

Un ralentissement des progrès : La règle américaine du Bâillon mondial entrave l'accès à la contraception à Madagascar

Lantonirina Ravaoarisoa, Chercheuse-Enseignante, Institut National de Santé Publique et Communautaire (INSPC), Antananarivo, Madagascar
lantonirinadr@yahoo.fr

Mamy Jean Jacques Razafimahatratra, Assistante de recherche, Institut National de Santé Publique et Communautaire (INSPC), Antananarivo, Madagascar
mamyjjrazafimahatratra@yahoo.fr

Mamy Andrianina Rakotondratsara, Assistante de recherche, Institut National de Santé Publique et Communautaire (INSPC), Antananarivo, Madagascar
tsiry@yahoo.com

Naomi Gaspard, Assistante de recherche, Heilbrunn Department of Population and Family Health, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, USA
nq2698@columbia.edu

Marie Rolland Ratsimbazafy, Directrice de la formation et de la recherche, Institut National de Santé Publique et Communautaire (INSPC), Antananarivo, Madagascar
rollandmarie2@yahoo.fr

Jean Florent Rafamantanantsoa, Assistant de recherche, Institut National de Santé Publique et Communautaire (INSPC), Antananarivo, Madagascar
rafamatanantsoa@gmail.com

Voahanginirina Ramanantsoa, Assistante de recherche, Institut National de Santé Publique et Communautaire (INSPC), Antananarivo, Madagascar
ramanantsoalucie@yahoo.fr

Marta Schaaf, Consultante indépendante, New York, États-Unis
martaschaafconsult@gmail.com

Anne-Caroline Midy, Assistante de recherche, Heilbrunn Department of Population and Family Health, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, États-Unis
am4000@cumc.columbia.edu

Sara E Casey*, Professeure adjointe, Heilbrunn Department of Population and Family Health, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, États-Unis
sec42@columbia.edu

*auteure correspondante

Mots clés : santé sexuelle et reproductive, contraception, Règle du Bâillon mondial, Madagascar, avortement

Résumé

Le système de santé malgache est extrêmement dépendant du financement des donateurs, en particulier des États-Unis d'Amérique, et compte sur quelques organisations non gouvernementales (ONG) pour assurer des services de contraception dans les zones écartées du pays. L'administration Trump a rétabli et élargi la « Global Gag Rule » (ou règle du bâillon mondial) en 2017 ; cette règle oblige les ONG non américaines recevant des fonds internationaux pour la santé de la part des États-Unis à certifier que ni elles-mêmes ni leurs bénéficiaires ne pratiqueront l'avortement, ne donneront de conseils en matière d'avortement ni ne feront la promotion de l'avortement comme méthode de planification familiale. Les données sur les répercussions de la règle dans un pays avec des lois restrictives sur l'avortement, comme Madagascar qui n'a pas d'exception explicite pour sauver la vie de la femme, sont limitées. De mai 2019 à mars 2020, les chercheurs ont réalisé des entretiens semi-structurés avec 259 représentants du Ministère de la santé et d'ONG, des prestataires publics et privés de services de santé, des agents de santé communautaires et des clients de services de contraception à Antananarivo et dans huit districts. Les entretiens ont mis en lumière les conséquences de la règle du bâillon mondial sur les ONG qui n'avaient pas présenté de certificat et avaient perdu leur financement américain. Cette réduction des fonds a abouti à une diminution des points de prestation de services contraceptifs, notamment les services mobiles avancés, un volet essentiel des soins dans les zones rurales. Les prestataires publics et privés ont signalé une multiplication des ruptures de stock de contraceptifs et une hausse des frais facturés aux clients. Même si la règle du bâillon mondial concerne ostensiblement l'avortement, elle a aussi réduit l'accès de la population malgache à la contraception. C'est l'une des rares études à documenter directement l'impact sur les femmes qui ont-elles-mêmes décrit leurs difficultés grandissantes pour obtenir une contraception, ce qui aboutit en fin de compte à l'interruption de l'emploi de contraceptifs, des grossesses non désirées et des avortements à risque.

Introduction

Alors que, pour la plupart des étrangers, Madagascar renvoie à des images de flore et de faune exotiques, ce pays figure parmi les plus pauvres au monde [1]. Depuis son indépendance en 1960, la croissance économique du pays ne suit pas le rythme de sa croissance démographique. En 2019, on estimait que 75% de la population vivait avec moins de 1,90 dollar américain (USD) par jour [1]. Le système de santé est proportionnellement faible et ne parvient pas à répondre aux besoins de la population malgache, en particulier parmi les personnes les plus démunies dépendant principalement du secteur public [2]. Madagascar dépend fortement de l'aide étrangère pour assurer ses services de santé, bien que le pays ait connu une réduction drastique du soutien des bailleurs de fonds de 2008 à 2014, à la suite du coup d'État de 2009 [3]. Les principaux bailleurs de fonds du système de santé national sont les Nations Unies (ONU), notamment l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP, et l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). Les agences de l'ONU dispensent principalement un soutien direct au Ministère de la Santé (MS), tandis que l'USAID finance des organisations non

gouvernementales (ONG) qui dispensent des services aux communautés, renforcent les compétences du MS et appuient le secteur privé.

Outre la forte dépendance de Madagascar envers les bailleurs de fonds internationaux, l'accès aux services de santé est inéquitable à travers les régions, avec 20% des zones du pays considérées comme hautement isolées du fait de l'infrastructure de transport extrêmement inadéquate, en particulier dans les parties marécageuses ou montagneuses. Seules 53% des structures de santé du pays sont accessibles toute l'année depuis la capitale de district car les inondations saisonnières bloquent les routes, et 40% de la population vit à moins de 5 km de l'établissement sanitaire le plus proche [4]. Par ailleurs, les prestataires de soins sont concentrés dans les villes, laissant ainsi un nombre réduit d'agents de santé dans les zones rurales. À certains endroits, l'insécurité causée par le banditisme entrave l'accès aux soins de santé, dans la mesure où les individus ne peuvent pas se déplacer en toute sécurité dans des zones isolées.

La santé sexuelle et reproductive (SSR) demeure un défi majeur et un obstacle au bien-être des femmes à Madagascar. La ratio de mortalité maternelle de 426 pour 100 000 naissances vivantes décrit clairement la gravité de cette situation [5]. L'amélioration de la santé maternelle et infantile constitue un des six fondements stratégiques du Plan de développement du secteur santé du MS pour la période 2015-2019. En 2015, Madagascar s'est engagé dans le cadre de l'initiative Family Planning 2020 (FP2020) pour accroître la prévalence contraceptive à 50% à l'horizon 2020 [6], un objectif que le pays est peu susceptible d'atteindre avec une prévalence contraceptive de 40% en 2018 [5]. Le besoin insatisfait en matière de contraception est de 18,4% [5], soit bien au-delà de son engagement de 9,5% dans le cadre des Objectifs de développement durable [7]. Le taux synthétique de fécondité nationale est de 4,6 enfants par femme, bien que le taux en milieu rural soit 1,5 fois celui de la capitale (5,0 contre 3,4) [5]. Le taux de grossesse chez les adolescentes est élevé avec 34,7% de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans ayant déjà commencé à procréer. Ce taux est bien plus élevé chez les adolescentes du quintile le plus pauvre (49,3%) par rapport au quintile le plus riche (15,8%) [5].

Le FNUAP et l'USAID sont les principaux bailleurs de fonds en matière de SSR, notamment dans le domaine de la contraception. En 2017, le gouvernement américain (GA) a fourni 59,4% de l'aide au développement officiel de Madagascar (ADO) pour la population et la santé reproductive de manière globale, et 88,4% de l'ADO en matière de planification familiale [8]. Le FNUAP fournit des produits contraceptifs aux structures de santé du secteur public et à ses ONG partenaires, forme le personnel de santé et finance certaines activités liées à l'amélioration de la santé maternelle. De la même manière, l'USAID fournit des produits contraceptifs, aussi bien aux établissements publics qu'aux structures du secteur privé, par le biais d'ONG, et dispense des formations axées sur les compétences aux agents de santé. En 2014, le MS a indiqué que 85% de son financement pour la SSR et les produits contraceptifs de première nécessité provenait de l'USAID, suivi du FNUAP (11%), avec moins de 1% issu du gouvernement malgache [9]. En 2015, le MS s'est engagé à accroître ses contributions financières annuelles en faveur des produits contraceptifs de 5% par an et à veiller à la sécurité des produits contraceptifs d'ici 2020 [6,9]. Néanmoins, les conditions ne sont pas réunies pour que le gouvernement concrétise ses engagements [10]. Le MS réunit un groupe de travail technique en SSR qui comprend le FNUAP, l'USAID et certaines ONG partenaires pour veiller à

la coordination, en particulier s'agissant des produits contraceptifs, et promouvoir des stratégies de plaidoyer communes, notamment l'enregistrement du misoprostol pour la prévention de l'hémorragie du post-partum. En outre, le MS coordonne ses efforts avec les ONG pour garantir l'accès équitable aux services dans les zones éloignées des structures de santé par le biais de cliniques mobiles. Les ONG soutiennent également les structures de santé en formant le personnel de santé à la prestation de méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action (MRLDA). Alors que les agents de santé communautaires (ASC) à Madagascar éduquent, dispensent des informations concernant les visites des équipes mobiles et réfèrent les patients vers des services de contraception, ils n'offrent, pour la plupart, pas directement de méthodes contraceptives.

Madagascar est doté de lois extrêmement restrictives sur les avortements provoqués, sans exception explicite pour sauver la vie de la femme [11]. L'Article 317 du Code pénal malgache punit les femmes mettant volontairement un terme à leur grossesse et à toutes les personnes (dans le domaine médical ou non) les y aidant [12]. Les soins après avortement, un paquet de services susceptibles de sauver des vies pour prendre en charge les complications des avortements spontanés ou provoqués, sont toutefois autorisés à Madagascar [13,4]. Alors que les taux d'avortement sont généralement similaires à travers les pays avec des restrictions juridiques variables [14], bon nombre de femmes continuent de chercher à se faire avorter à Madagascar [15–17]. En 2015, le MS estimait que 11,8% des décès maternels étaient dus à des complications causées par des avortements [4]. Une étude de 2016 réalisée dans 10 districts a permis de découvrir que 11% des femmes sexuellement actives âgées de 18 à 49 ans avaient subi au moins un avortement provoqué au cours des 10 années précédentes ; 27,7% de ces femmes avaient cherché à bénéficier de soins pour des complications à la suite d'avortements, indiquant que ceux-ci étaient non sécurisés [16]. En 2007, plusieurs agences de l'ONU ont soulevé la question de la dépénalisation de l'avortement ; cette recommandation a engendré une levée de boucliers au sein de l'Église catholique et de la part du Président [18]. Le MS a proposé des articles autorisant l'avortement pour sauver la vie de la femme dans le cadre d'une loi de 2017 sur la santé reproductive et la planification familiale mais ceux-ci ont été retirés à l'issue des débats [18]. Lors d'une visite, en décembre 2019, une délégation de l'Union africaine à Madagascar a plaidé pour la ratification par le pays du Protocole de la Charte africaine sur les droits humains et des personnes et les droits des femmes en Afrique (Protocole de Maputo). La résistance affichée face à l'assouplissement des restrictions en matière d'avortement (qui requiert que les États autorisent l'avortement en cas de viol, d'inceste, d'anomalies fœtales et pour préserver la santé mentale ou physique ou la vie de la femme) figurait parmi les principales objections soulevées à l'Assemblée nationale contre sa ratification [19, 20].

En janvier 2017, le gouvernement Trump a introduit une version élargie de la Règle du Bâillon mondial (GGR ou *Global Gag Rule*). Cette règle oblige les ONG non établies aux États-Unis, et recevant des fonds d'assistance pour la santé mondiale émanant du gouvernement américain, à certifier que ni elles ni leurs sous-bénéficiaires ne dispensent de services, de références, de conseils ou d'efforts de plaidoyer en matière d'avortement, en tant que méthode de planification familiale, à l'aide de fonds américains ou autres [21]. Des soins après avortement peuvent être dispensés à l'aide de fonds émanant du gouvernement américain et ces prestations sont appuyées par l'USAID [22, 23]. La GGR comporte certaines exceptions en cas de viol, d'inceste

ou pour sauver la vie de la femme. Bien que les précédentes versions de la GGR ne s'appliquaient qu'à l'assistance américaine en matière de planification familiale (575 millions USD à l'échelle mondiale en 2016), la politique actuelle, rebaptisée « Protection de la vie dans le cadre de l'assistance en santé mondiale », applique ces restrictions à la majorité de l'aide américaine en santé mondiale, soit 9,5 milliards USD en 2016, d'après les estimations [24]. Les ONG établies aux États-Unis ne sont pas bâillonnées par la politique. Toutefois, si elles reçoivent des fonds du gouvernement américain pour la santé mondiale, elles doivent appliquer la GGR lorsqu'elles octroient ces fonds à des ONG non établies aux États-Unis. La GGR a été introduite dans le cadre d'une politique anti-avortement à plus grande échelle qui inclut l'amendement Helms interdisant le financement de l'avortement par le gouvernement américain [25] et retirant le financement du FNUAP au prétexte qu'il appuie des avortements à caractère coercitif en Chine [26, 27].

Les principales ONG partenaires du MS de Madagascar en matière de contraception sont deux ONG internationales non établies aux États-Unis, une ONG américaine (non assujettie à la GGR, du fait de son établissement sur le territoire américain), et deux petites ONG confessionnelles locales. Les deux ONG non établies aux États-Unis ont refusé de se faire certifier par rapport à la GGR. Bien qu'elles ne dispensent pas de soins en matière d'avortement à Madagascar, en raison des restrictions juridiques dans ce domaine, elles disposent d'une présence à l'échelle mondiale leur permettant de faire valoir le droit des femmes à des services SSR polyvalents et d'assurer des avortements en toute sécurité dans d'autres pays où cette pratique est autorisée. Une de ces ONG non établies aux États-Unis est le partenaire le plus important du MS dans la prestation de services de contraception à Madagascar et a reçu un financement élevé de l'USAID, préalablement à l'imposition de la GGR. L'autre ne recevait aucun fond de la part du gouvernement américain lorsque cette règle a été introduite. Lorsque cette ONG a refusé de se faire certifier, son financement octroyé par l'USAID pour accroître l'accès et l'utilisation de services de haute qualité et d'un coût abordable en matière de contraception (3,5 millions d'USD pour l'exercice comptable 2017 à Madagascar) a subitement pris fin en août 2017. Cette ONG dispense des services contraceptifs dans certains districts à travers les 22 régions du pays, en se focalisant principalement sur les zones rurales reculées et les populations jeunes et démunies, en s'appuyant sur un réseau de prestataires privés et en soutenant les structures de santé publiques (Encadré 1). Toutes dispensent des méthodes à court terme et des MRLDA, tandis que des équipes de proximité et des cliniques offrent également certaines méthodes permanentes (ligature des trompes et vasectomie). L'ONG aide, en outre, les ASC formés à dispenser des services d'éducation, de counseling et de référence.

Encadré 1 : Modalités de prestation de services pour les ONG non certifiées

- Les équipes de proximité mobiles visitent des zones dotées de peu d'autres prestataires en matière de contraception (voire aucun).
- Les sages-femmes à l'échelle communautaire reçoivent une formation, des fournitures et une allocation, tout en bénéficiant d'une supervision de la part de l'ONG pour dispenser des services de contraception chez elles et par le biais de visites à domicile.
- Les franchises sociales avec des prestataires privés reçoivent des formations, des fournitures, une supervision et une accréditation de la part de l'ONG.

- Les structures de santé publiques reçoivent une formation et une supervision de la part de l'ONG. Bien que ces établissements publics bénéficient de la chaîne d'approvisionnement nationale, l'ONG fournit un stock tampon pour pallier les pénuries.
 - Cliniques administrées par l'ONG : 20 cliniques dans 14 régions (en 2016)
- *Toutes dispensent des méthodes à courte durée d'action et des MRLDA. Les équipes de proximité et les cliniques offrent également certaines méthodes permanentes.*

La forte proportion de financement du secteur santé provenant du gouvernement américain et la contribution significative d'ONG non certifiées dans la prestation de services contraceptifs à Madagascar suggèrent que la GGR exercerait un impact considérable dans le pays. Cette étude évalue les effets de la GGR sur la prestation de services contraceptifs publics et privés et sur la capacité des femmes à accéder à la contraception.

Méthodologie

L'Institut National de Santé Publique et Communautaire (INSPC), en collaboration avec le Département Heilbrunn en charge de la Population et de la Santé familiale à l'Université de Columbia, a réalisé une étude descriptive qualitative pour déterminer l'impact de la Règle étendue du Bâillon mondial sur les programmes et services SSR à Madagascar. L'étude a été réalisée au niveau central et à l'échelle régionale du système de santé. Nous avons sélectionné huit régions au sein desquelles les ONG financées par l'USAID dispensaient des services SSR en 2016 : Androy, Atsimo Andrefana, Atsimo Atsinanana, Betsiboka, Bongolava, Diana, Itasy, et Vatovavy Fitovinany. Dans chaque région, deux districts ont été retenus : la capitale régionale et un situé à une demi-journée de trajet. Dans chaque district, nous avons sélectionné des structures de santé publiques et privées dispensant des services SSR, actuellement ou préalablement appuyées par des ONG partenaires de l'USAID.

Échantillonnage et recrutement des participants

Au niveau central, à Antananarivo, des informateurs clés ont été recrutés au sein du département du MS responsable des programmes SSR, l'organe paragouvernemental en charge de la logistique et de la gestion des produits de première nécessité, ainsi que des ONG dispensant des services SSR. Au niveau régional et des districts, les personnes sondées ont été sélectionnées à partir des groupes suivants : Les équipes de gestion du MS comprenaient les directeurs de divers programmes de santé familiale (SSR, VIH, paludisme, santé communautaire) ; des prestataires de soins communautaires issus des établissements sanitaires publics et privés et des représentants régionaux des ONG appuyant la prestation de services SSR. Au niveau communautaire, nous avons recruté des participants issus de zones préalablement desservies par des équipes de proximité d'ONG non certifiées : Des ASC qui assuraient l'éducation et la référence des clientes en matière de contraception, et des clientes actuelles ou antérieures des services de contraception. Les ASC ont pris contact avec leurs clientes en leur demandant si elles accepteraient de parler à un enquêteur, avant de présenter les volontaires à cette personne. Au total, 219 entretiens approfondis ont été réalisés avec 259 participantes (Tableau 1). Certaines équipes du MS ont été interrogées en formant un petit groupe.

Tableau 1 Nombre d'entretiens, par type de participant

Catégorie	Nombre
-----------	--------

ONG dispensant des services SSR – niveau central	8
ONG dispensant des services SSR – niveau des districts	33
MS – niveau central	2
MS – niveau régional et des districts	38
Prestataires de services – public	41
Prestataires de services – privé	20
Agents de santé communautaires (ASC)	33
Clientes des services de contraception	44
Total	219

Procédures de l'étude

Les chercheurs de l'INSPC et de Columbia ont mis au point des guides d'entretien semi-structurés pour quatre catégories de participants : représentants du MS, représentants des ONG, prestataires de soins et clientes. Les guides ont été élaborés sur la base de l'impact supposé de la GGR, évalué en partie par les travaux de recherche réalisés sur les précédentes versions de la politique [28]. Les guides se penchaient sur les changements potentiels en termes de financement, d'appui technique, d'approvisionnement et d'utilisation des services en rapport avec les services de contraception, les soins après avortement et d'autres types de services de santé. Les clientes ont été interrogées sur les changements opérés en termes d'accès, de disponibilité et de coût des méthodes et services liés à la contraception. Les guides d'entretien ont été testés dans un district n'ayant pas été inclus dans l'étude et modifiés par la suite à des fins de clarification. Quatre équipes d'enquêteurs qualifiés et expérimentés en matière de recherche liée à la SSR ont réalisé des entretiens dans les langues locales ou en français, en fonction des préférences affichées par les personnes interrogées. Avant chaque entretien, les enquêteurs ont livré une explication de l'étude à l'aide d'une fiche récapitulative, affirmé que la participation n'aurait aucune incidence sur leur emploi ou leur accès aux services, et obtenu le consentement verbal des personnes pour participer à un entretien faisant l'objet d'un enregistrement audio. Les entretiens ont eu lieu sur trois périodes : les entretiens au niveau central se sont déroulés de mai à juin 2019, tandis que les entretiens au niveau régional et à l'échelle des districts ont été réalisés de juillet à août 2019 et de février à mars 2020.

Analyse des données

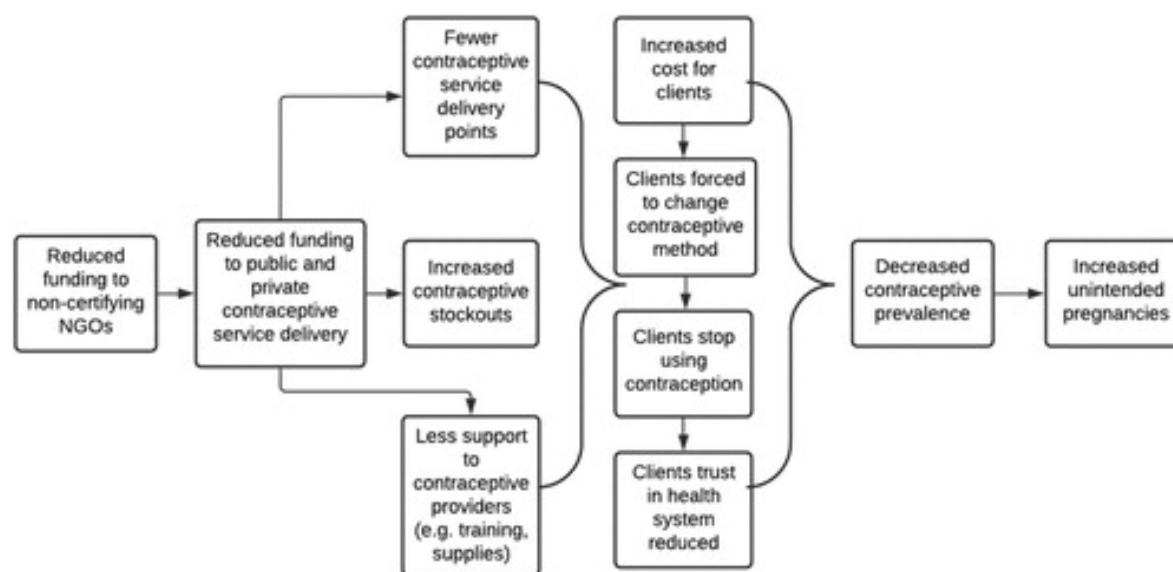
Les entretiens ont été retranscrits, traduits en français, vérifiés pour en garantir l'exactitude et dépersonnalisés avant d'être téléchargés sous NVivo 12 (QSR International) à des fins d'encodage. Les chercheurs de l'INSPC et de l'Université de Columbia (parlant couramment français et anglais) ont lu un échantillon des retranscriptions pour mettre au point un livret de codage préliminaire fondé sur les thèmes des guides d'entretien, avant de coder plusieurs retranscriptions ensemble. Une équipe formée de trois chercheurs de l'INSPC a codé de manière indépendante un sous-ensemble de retranscriptions, s'est réunie pour établir la fiabilité entre les responsables du codage et a déterminé des codes supplémentaires, le cas échéant. Ils ont ensuite codé les transcriptions restantes de manière indépendante. Après l'encodage, les chercheurs ont procédé à une analyse du contenu thématique pour identifier certains thèmes émergents liés à l'impact de la GGR sur les ONG, les prestataires et les clientes. Des auteurs maîtrisant l'anglais et le français ont rédigé l'analyse finale figurant dans cet article en anglais.

Nous avons obtenu l'approbation éthique du Comité national d'éthique pour la Recherche biomédicale à Madagascar (007-MSANP/CERBM) et le Comité de protection des personnes de l'Université de Columbia (AAAR6802).

Résultats

Nos observations ont révélé la relation causale de l'impact de la GGR à Madagascar (Figure 1), similaire à celle supposée et détectée ailleurs [28–32]. La réduction du financement des ONG n'ayant pas été certifiées en rapport avec la GGR a abouti à la fermeture de certains points de prestation de services contraceptifs et à la réduction du soutien dont ils bénéficiaient, débouchant ainsi sur des ruptures de stock et une augmentation des coûts pour les clientes. En fin de compte, cela a amené bon nombre de femmes à ne plus utiliser de méthodes contraceptives et à connaître des grossesses non désirées. À Madagascar, le premier impact de la GGR a été ressenti à travers le retrait du financement de l'ONG partenaire principale du MS en matière de contraception. Nous présentons les résultats ci-dessous par niveau d'impact, en commençant par un bref récapitulatif des ONG touchées, suivi par le système de santé et les prestataires de soins, et enfin l'impact sur les clientes.

Figure 1. Voie Causale de l'impact de la GGR à Madagascar



Impacts sur les ONG

Nous avons interrogé des représentants de huit organisations non gouvernementales ou internationales établies à Antananarivo et impliquées dans la prestation de services SSR à Madagascar. La plupart des représentants avaient une connaissance limitée de la GGR. Toutefois, les principaux partenaires du MS dans le domaine de la contraception étaient davantage au fait de cette règle et de son impact.

Lorsque l'ONG de premier plan non certifiée citée précédemment s'est vue retirer son financement au milieu de l'année 2017, elle a été obligée de mettre fin à son soutien à plus de 100 structures de santé publiques et 90 établissements sanitaires privés, à rendre 12 véhicules

utilisés par les équipes de proximité mobiles et à mettre un terme à son programme de coupons contraceptifs pour les adolescentes. Par ailleurs, l'ONG ne reçoit plus de produits contraceptifs de la part de l'USAID. Lorsque l'USAID a rappelé les 12 véhicules employés dans le cadre des efforts de proximité, elle les a transférés à une ONG américaine. Bien que l'ONG non certifiée ait rendu les véhicules à l'USAID au milieu de l'année 2017, l'ONG américaine a indiqué ne les avoir reçus qu'en janvier 2019, accompagnés d'un financement complémentaire de l'USAID, soit un intervalle de plus d'un an. Les services de proximité de l'ONG non certifiée ont bénéficié en moyenne à 200 000 clientes, tandis que le programme de coupons a permis d'aider chaque année 25 000 jeunes individus.

Bien que l'ONG non certifiée ait été en mesure de remplacer certains des véhicules à l'aide de dons privés, elle ne disposait pas du financement suffisant pour couvrir les frais de formation, les salaires et l'entretien des cliniques mobiles. Les 3,5 millions USD qu'elle recevait de la part de l'USAID représentaient près de la moitié de son financement total en 2017. Elle est parvenue à remplacer environ 1 million USD du financement perdu en 2018. L'imposition de la GGR a également engendré des coûts de transactions considérables pour cette ONG. Lorsqu'elle a perdu son financement de l'USAID, ses responsables ont passé 50% de leur temps (80% du temps du directeur national) à essayer de combler les déficits de financement suscités par la GGR. Ces coûts de transactions ont aussi été engagés par d'autres ONG. Par exemple, une ONG américaine a également indiqué avoir passé du temps dans le cadre d'efforts administratifs afin de créer une séparation claire entre ses flux de financement issus du gouvernement américain et d'autres sources, de manière à ce que la GGR n'exerce aucun impact sur ces activités financées, quand bien même les ONG américaines ne sont pas sujettes à cette règle. Pour intégralement séparer la gestion financière, elle a dû accroître le nombre d'agents du personnel et dupliquer certains rôles.

Les personnes interrogées issues des ONG non certifiées ont mentionné qu'elles continuaient à participer au groupe de travail sur la contraception formé par le MS, qui inclut les ONG financées par le gouvernement des États-Unis. Néanmoins, l'une d'elles a commenté que les ateliers nationaux en matière de contraception, lors desquels les partenaires présentaient leurs besoins en produits essentiels au MS et aux bailleurs de fonds, étaient maintenant séparés en des événements distincts pour les ONG partenaires du gouvernement américain et les autres ONG.

Impacts sur les prestataires au sein du système de santé

Nous avons réalisé 165 entretiens auprès de prestataires dans huit régions, notamment avec des représentants du MS à l'échelle des régions et des districts (n=38) et des représentants d'ONG (n=33), des prestataires publics et privés/ONG (n=61) et des ASC (n=33) (Tableau 1). Bon nombre de participants ont décrit divers moyens dont la perte de financement par une ONG non certifiée de premier plan a affecté leur travail (Figure 1). Peu de différences majeures ont été relevées entre les prestataires publics et leurs homologues privés. Ainsi, dans les paragraphes suivants, les références aux « prestataires » incluent aussi bien les agents des structures publiques que des établissements sanitaires privés, à moins qu'il n'en soit spécifié autrement.

Plusieurs personnes sondées ont mentionné la réduction des visites de proximité assurées par l'ONG non certifiée de premier plan. Par exemple, dans une des régions, l'ONG non certifiée a réduit le nombre d'équipes de proximité de deux à une ; l'équipe restante devant dorénavant couvrir six districts, résultant en un nombre réduit de visites vers chacun d'eux. Ces équipes de proximité desservent des clientes dans certaines des zones les plus démunies et les plus difficiles d'accès à Madagascar et constituaient souvent les seules prestataires de MRLDA ou de méthodes permanentes. La fin des visites de proximité par l'ONG non certifiée a signifié que les femmes vivant dans ces zones n'avaient plus accès à la contraception, à moins qu'elles ne se déplacent plus loin et dépensent davantage d'argent pour obtenir de tels services. Un représentant régional du MS a souligné que les services de proximité de cette ONG venaient en aide à des communautés très isolées, des zones que le MS ne pouvait pas atteindre, et représentaient une perte considérable lorsqu'ils ont pris fin.

Outre la fin des services de proximité, les représentants du MS au niveau régional et à l'échelle des districts ont déploré la réduction du nombre de centres de santé publics qui bénéficiaient d'un soutien de l'ONG en matière de contraception, allant de « beaucoup » à quatre dans un district et de moitié dans un autre, en raison du financement réduit. Un autre représentant régional a livré quelques commentaires sur la réduction des services de proximité et l'impact sur la prévalence contraceptive et l'augmentation du nombre de femmes se rendant en consultation prénatale avec des grossesses non désirées comme résultat.

[L'ONG non certifiée] peut atteindre certaines zones isolées avec ses équipes de proximité (...) Et nous, au niveau régional, nous travaillons avec le système de santé au niveau des établissements sanitaires, mais pas dans les fokontany (hameaux) par le biais de la stratégie avancée [de proximité] comme le faisait [l'ONG non certifiée] (...) [Les femmes] posaient des questions sur l'absence de passage du véhicule de proximité car les personnes n'ont pas toujours le temps de rallier la structure de santé. Dès lors, si vous êtes dans les zones les plus reculées, vous entendez toujours ces questions, en particulier les plaintes des clientes suivant la fin de ces visites de proximité ces jours-ci, surtout dans les endroits où le centre de santé ou l'hôpital se situe à plusieurs kilomètres de là. (Représentant régional du MS 20, Betsiboka)

Comme indiqué précédemment, bien que l'USAID ait, d'après les rapports, transféré 12 véhicules de l'ONG non certifiée vers une ONG américaine, des retards considérables ont été observés avant que l'ONG américaine ne lance les équipes de proximité. Certaines des nouvelles équipes de proximité ont été déployées vers des zones différentes, abandonnant du même coup celles desservies par l'ONG non certifiée. Nous ne savons pas si le nombre de bénéficiaires est demeuré le même, dans la mesure où les participants n'ont pas partagé ce détail. Par ailleurs, certains prestataires ont exprimé leur frustration quant au fait que l'ONG américaine a imposé des pratiques différentes, notamment le fait de ne pas octroyer d'allocations aux ASC pour la mobilisation communautaire préalablement à l'arrivée de l'équipe de proximité. Un prestataire public a également souligné que, outre l'accueil des visites de l'équipe de proximité, ils avaient aussi reçu des fournitures contraceptives de la part de l'ONG non certifiée, quelque chose que l'ONG américaine ne leur offrait pas. Un ASC qui éduquait la communauté sur la contraception et le timing des visites de l'équipe de proximité mobile a

déclaré qu'ils n'avaient réalisé aucune mobilisation communautaire au cours de l'année écoulée en raison du départ de l'ONG non certifiée.

Ensuite, il y avait toujours les équipes de proximité qui venaient ici et cela nous causait des problèmes dans la mesure où les ASC ont déjà l'habitude de recevoir des allocations [de motivation] auprès d'elles, et s'il n'y a pas de motivation, financière, j'entends, ils font mal leur travail (...) Dans la mesure où [l'ONG américaine] a annoncé qu'il y aurait certains changements, en particulier par rapport aux questions de motivation, les ASC font preuve d'une diligence moindre. (Prestataire public 32, Atsimo-Atsinanana)

Je n'ai pas du tout fait de sensibilisation en 2019 parce que [l'équipe de proximité de l'ONG] n'est pas venue cette année-là. (Agent de santé communautaire 14, Betsiboka)

Les prestataires publics et privés appuyés par l'ONG non certifiée ont décrit des réductions dans les allocations du personnel, les formations, les fournitures et les supervisions à la suite de la perte de financement par le gouvernement américain. Certaines structures soutenues par l'ONG ont réduit le nombre de prestataires de soins dispensant des services de contraception. Certains prestataires ont fait part de leurs préoccupations quant à la qualité moindre des soins qu'ils dispensaient. Une sage-femme communautaire précédemment affiliée à l'ONG non certifiée a déclaré que les coupes financières l'ont obligée à réduire le nombre de sites qu'elle visitait de moitié. La perte de formations de la part de l'ONG non certifiée signifiait que les compétences des prestataires n'étaient plus actualisées sur le plan de la pratique clinique. Par ailleurs, les nouveaux agents embauchés pour remplacer ceux étant partis n'ont pas reçu de formation, les empêchant ainsi de dispenser des MRLDA aux clientes.

[En ce qui concerne la formation] nous ne savons plus ce qui a changé en termes de nouvelles recommandations sur les ordonnances, la réception des clientes et la contraception. En médecine, il y a toujours de nouvelles connaissances, des changements (...) Par conséquent, nos connaissances sont dépassées car elles ne sont plus actualisées. (Prestataire public 25, Betsiboka)

Un commentaire sur la contraception en termes de formation, parce que nous avons un nouveau prestataire qui n'est formé ni aux méthodes longue durée, ni à la Depo-Provera, ni à la prise en charge des effets secondaires indésirables (...) Dès lors, il convient de former cet agent. De plus, du temps de notre collaboration avec [l'ONG non certifiée], nous avons des ASC qui approchaient les femmes au sujet de la contraception. (Prestataire public 27, Betsiboka)

Les participants ont fait part de perturbations de la chaîne d'approvisionnement en produits contraceptifs à travers Madagascar qui constituaient un problème national chronique, exacerbé par la GGR. Ils ont fait état de ruptures de stock périodiques en contraceptifs injectables, en pilules et en implants. Plusieurs prestataires publics ont indiqué que l'ONG non certifiée complétait leurs fournitures du MS en fournissant un stock tampon pour éviter les ruptures de stock. Néanmoins, une fois que le soutien a pris fin, ils ont eux aussi connu des ruptures de stock pour de multiples méthodes.

Il n'y avait ni pilules, ni injectables, ni Implanon [implant]. Le bureau de district du MS ne nous a pas fourni de produits, ce qui était d'autant plus [important] dans la mesure où [l'ONG non certifiée] ne collaborait plus avec nous. (Prestataire public 27, Betsiboka)

D'autre part, nous coopérons avec [l'ONG non certifiée] de manière à ce qu'elle nous fournisse des produits. Quand nous avons été en rupture de stock, [l'ONG non certifiée] nous a donné les produits pour pallier cette pénurie. Mais, à l'heure actuelle, nous ne collaborons plus avec [l'ONG non certifiée]. Dès lors, elle ne nous rend plus visite. (Prestataire public 40, Anosy)

Les prestataires ont indiqué que lorsqu'ils étaient en rupture de stock pour la méthode préférentielle d'une femme, ils lui offraient une méthode différente en stock ou l'envoyaient à la pharmacie pour l'acheter et leur ramener afin qu'ils lui administrent (dans le cas des injectables). Par ailleurs, plusieurs agents de santé dans différentes régions ont indiqué avoir dispensé des produits et services contraceptifs gratuitement ou à un coût réduit lorsqu'ils bénéficiaient du soutien de l'ONG non certifiée, en particulier pour les personnes à faibles revenus et les jeunes femmes recevant des coupons. Toutefois, avec la perte de ce soutien, il était dorénavant demandé aux clientes de payer pour leur méthode, voire dans certains cas pour les intrants nécessaires à l'injection ou à l'insertion sécurisée de la méthode contraceptive. Plusieurs prestataires ont indiqué que bien que l'achat de la méthode soit réalisable par certaines, les femmes issues des zones rurales et les adolescentes étaient souvent incapables d'engager de telles sommes. Les prestataires de soins, les ASC et les représentants du MS au niveau régional et à l'échelle des districts ont décrit une réduction drastique et notable de l'utilisation des méthodes contraceptives au sein de la population, suite aux ruptures de stocks et à l'augmentation des coûts.

Les impacts sont vraiment tangibles s'agissant de la PF [planification familiale]. Dans la mesure où les individus ont déjà l'habitude de services PF gratuits. Ensuite, lorsqu'il leur a été demandé de payer, le nombre de clientes perdues de vue a augmenté. Bon nombre de femmes ne se rendent pas à leurs visites de suivi. Et même notre taux de couverture ne cesse de baisser. Nous pouvons même dire que l'impact dans notre district a été catastrophique, en raison de l'approvisionnement interrompu des produits. (Représentant de district du MS 34, Androy)

Bon nombre de prestataires ont fait part de leur frustration et d'une déception grandissante auprès de leurs clientes concernant le coût des services de contraception qui étaient autrefois gratuits, ainsi que l'indisponibilité de leurs méthodes préférentielles. De nombreux prestataires ont témoigné des diverses manières dont cette situation a amoindri la confiance des clientes à leur égard et envers les structures de santé. Un prestataire privé a fait référence à certaines pratiques trompeuses et risquées parmi certains vendeurs de médicaments ne faisant qu'éroder davantage la confiance des femmes envers la contraception.

Oui, nous avons des réunions mensuelles (...) avec les ASC. Nous avons pris l'initiative d'éduquer les personnes pour qu'elles continuent de venir récupérer leurs méthodes en dépit des fréquentes ruptures de stock. Et de telles situations amènent la communauté à ne plus avoir confiance en nous. Pour éviter cela, nous essayons sans cesse d'expliquer la réalité à la communauté. Le plus triste, dans tout cela, c'est que c'est à nous d'entrer

en conflit avec la collectivité. C'est un des principaux problèmes auquel est confronté notre système de santé. (Prestataire public 32, Atsimo-Atsinanana)

À un moment donné, aussi bien nous que le centre de santé public avons été confrontés à une rupture de stock. À ce moment-là, ceux qui disposaient de méthodes les vendaient à des prix exorbitants. Et puis certains d'entre eux divisaient une fiole de Depo en deux doses pour les vendre (...) Certaines femmes sont allées se plaindre d'être tombées enceintes alors même qu'elles utilisaient de la Depo. (Prestataire privé 1, Itasy)

Plusieurs prestataires ont indiqué avoir observé une augmentation du nombre de grossesses non désirées, notamment parmi les adolescentes, cela étant démontré par la quantité accrue de consultations prénatales. Ils ont également affirmé avoir observé une augmentation du nombre de clientes en soins après avortement, à la suite d'avortements non sécurisés. Un prestataire a d'ailleurs souligné que la plupart des cas concernaient des adolescentes.

Nous faisons le constat suivant : les personnes qui sont habituées à des soins gratuits et doivent désormais payer sont très affectées par cette situation. Dans la mesure où les soins gratuits ont pris fin, deux choix s'offrent aux utilisatrices : soit elles changent de méthodes, soit elles décident d'arrêter. Et nous pouvons évaluer les effets par l'augmentation du nombre de CPN [consultations prénatales]. Plus particulièrement chez les moins de 18 ans. Les grossesses à haut risque sont en hausse. Cela pèse sur notre structure de santé, dans la mesure où nous devons prévenir différentes sortes de complications. (Prestataire public 32, Atsimo-Atsinanana)

Impacts sur les clientes des services de contraception

Nous avons interrogé 44 utilisatrices actuelles ou anciennes de méthodes contraceptives dans huit régions. Conformément aux indications des prestataires, la vaste majorité des clientes interrogées ont fait part de difficultés accrues dès qu'il s'agissait d'obtenir leur méthode préférée, tandis que quelques autres ne notaient aucun changement dans leur accès à la contraception.

Bon nombre de clientes ont décrit de multiples obstacles en tentant d'acquiescer des méthodes contraceptives ou de payer pour de tels services au cours de l'année écoulée. Certaines femmes ont indiqué regarder dans de multiples pharmacies et structures de santé lorsque leur prestataire était en rupture de stock de leur méthode préférée, souvent l'injectable. Certaines ont été en mesure d'acheter la méthode en pharmacie mais il arrivait parfois que les pharmacies soient elles aussi en rupture de stock. Dans certains cas, les femmes devaient acheter des méthodes dans leurs supérettes locales ou auprès de prestataires non qualifiés. Même si un marché noir pour les produits contraceptifs a toujours existé, la vente de ces produits par des fournisseurs informels non réglementés semblait augmenter à certains endroits avec l'instauration de la GGR. D'autres ont relaté une expérience différente chaque fois qu'elles allaient obtenir leur nouvelle dose, ce qui rendait difficile l'utilisation ininterrompue d'une méthode : parfois elle était disponible, parfois elles devaient l'acheter en pharmacie et dans d'autres cas elles devaient tout simplement arrêter la contraception ou changer de méthode faute de pouvoir trouver celle qu'elles désiraient.

Depuis 2018, j'utilise [l'injectable] de manière peu régulière en raison des ruptures de stock. Comme d'habitude, à chaque rupture de stock, nous devons nous rendre en pharmacie. Mais parfois la pharmacie n'en a pas non plus. (Cliente des services de contraception 36, Atsimo-Atsinanana)

J'ai utilisé l'injectable et quand je suis venue ici il n'y en avait pas et ils m'ont dit d'aller en pharmacie. Je suis allée l'acheter en pharmacie et je suis revenue ici pour recevoir mon injection. Au bout de 3 mois, je suis revenue et la méthode était disponible. Et après cela, il n'y en avait encore plus. Alors, j'ai arrêté l'injectable. (Cliente des services de contraception 42, Androy)

Je n'ai pas changé de centre de santé mais j'ai changé de services car j'utilisais l'injectable. Alors, j'ai changé pour la méthode dans le bras [implant] parce qu'il n'y avait plus d'injectables. (Cliente des services de contraception 17, Menabe)

La hausse des coûts constituait un obstacle fréquemment cité, une entrave insurmontable chez bon nombre des personnes sondées. La plupart des clientes ont indiqué recevoir précédemment leur méthode gratuitement ou à un très faible coût. De nombreuses femmes ont mentionné que les prix actuellement pratiqués étaient deux à cinq fois plus élevés que le prix d'origine, jusqu'à 5 000 ariary malgaches (soit environ 1,35 USD), ce qui les mettaient hors de portée (le salaire journalier moyen étant de 3 000 ariary).

J'utilisais l'injectable mais ils ont commencé à me le facturer. Mais j'ai, tout de même, fait l'effort de continuer dans la mesure où j'avais déjà trop d'enfants. J'ai plutôt l'habitude des injectables. Ils étaient gratuits auparavant. Désormais, ils ne le sont plus. Alors, j'ai changé et j'utilise maintenant des pilules. (Cliente des services de contraception 44, Anosy)

Le coût élevé a engendré des problèmes chez de nombreuses femmes qui ont affirmé devoir choisir entre l'usage de contraceptifs et l'achat de nourriture pour leur famille. Ces choix ont souvent abouti à des grossesses non souhaitées. Les femmes ont expliqué qu'elles devaient trouver un travail supplémentaire pour gagner l'argent nécessaire à l'achat de leur méthode contraceptive.

[L'achat de la méthode a constitué] un problème, dans la mesure où l'argent est nécessaire à l'achat de la nourriture et que vous devez engager une certaine somme pour acheter la méthode. (Cliente des services de contraception 18, Betsiboka)

Et à présent, il n'y en a pas au centre de santé public. Du coup, l'injectable est très cher. Il coûte 3 000 ariary en pharmacie. Et dans la mesure où nous sommes pauvres et que nous ne sommes pas allées à l'école, nous ne pouvons pas trouver de travail offrant un revenu convenable. Alors, nous travaillons comme blanchisseuses, nous cherchons des emplois qui réclament un dur labeur pour trouver de l'argent nous permettant d'acheter des injectables. Nous vendons du bois pour avoir l'argent nécessaire. Pour pouvoir l'acheter, nous n'avons plus d'argent pour survivre. Et maintenant, je suis enceinte et je ne le souhaite pas. Vous savez, vu comme la vie est difficile, avec le manque de

moyens, il est dur de trouver de l'argent et vous vous retrouvez enceinte comme moi. (Cliente des services de contraception 39, Androy)

La vie est difficile par chez nous. Durant la période des cultures, quand il ne pleut pas, nous n'avons pas d'activités génératrices de revenus. Pour avoir de l'argent, vous devez vendre vos assiettes [un signe de pauvreté aigüe à Madagascar] et en acheter de nouvelles uniquement lorsque les récoltes sont bonnes. (Cliente des services de contraception 42, Androy)

Dans l'ensemble, les clientes ont indiqué un usage irrégulier des contraceptifs en raison des ruptures de stock et de l'augmentation des prix. Dans certains cas, les clientes ont acheté leur méthode en pharmacie jusqu'à ce qu'elles n'aient plus les moyens de le faire. Elles obtenaient ensuite des préservatifs auprès des ASC jusqu'à ce que ces produits soient en rupture de stock. En fin de compte, elle ont tenté la méthode du calendrier, en changeant de méthode ou en arrêtant de recourir à la contraception. Certaines clientes ont indiqué changer une nouvelle fois de méthode dans la mesure où celle du calendrier était trop difficile à mettre en œuvre avec leur partenaire. D'autres se sont plaintes d'effets secondaires après avoir changé de méthodes, en particulier au profit des pilules, qui les ont amenées à cesser leur utilisation. Certaines femmes ont recouru à des méthodes traditionnelles mais inefficaces voire dangereuses pour prévenir une grossesse et ont fini par tomber enceintes.

Certaines font une décoction. Elles vont voir une sage-femme et font une décoction alors qu'il y a des effets secondaires. Elles pensent que cela peut marcher mais sont ensuite déçues quand, au bout de 6 mois, elles tombent enceintes. Cela arrive. (Cliente des services de contraception 22, Bongolava)

Certaines femmes ont également fait part de leur frustration avec les agents de santé qui ne pouvaient pas expliquer pourquoi ils ne disposaient pas des méthodes comme cela était prévu, ni à quel moment ils anticipaient leur livraison ou pourquoi elles devaient payer pour les obtenir.

Ils [les prestataires de soins] disaient qu'ils avaient déjà commandé les produits contraceptifs mais que nous devons attendre. Mais, à présent, les femmes en ont assez d'aller voir ailleurs pour obtenir leurs produits car parfois nous les trouvons et d'autres fois non. Certaines ont changé de méthode et ont choisi l'Implanon [Implant], d'autres ont accepté les pilules contre leur gré. Mais moi, je ne veux que l'injectable. (Cliente des services de contraception 15, Atsimo-Atsinanana)

Comme l'ont également mentionné les prestataires, bon nombre de femmes ont indiqué qu'elles-mêmes et d'autres femmes qu'elles connaissaient, ont fini par avoir une grossesse non désirée après avoir cessé de recourir à la contraception.

Mais celle-ci est la fille du frère de mon mari et je lui ai demandé : « Pourquoi as-tu fait ça ? Tu as déjà beaucoup d'enfants et tu sais que la vie est difficile. » Elle m'a dit qu'elle ne pouvait pas obtenir l'injectable à l'hôpital et avait essayé la méthode dans le bras [implant] mais l'avait retirée car elle ne pouvait plus la tolérer et était soudainement tombée enceinte. (Cliente des services de contraception 18, Betsiboka)

Certaines n'ont pas pris leurs précautions et sont tombées enceintes, comme ma sœur. (Cliente des services de contraception 35, Vatovavy Fitovinany)

Pour être honnête, je ne suis pas prête à avoir un autre enfant. Pas prête (...) mais il arrive. C'est comme ça maintenant. (Cliente des services de contraception 24, Bongolava)

Les femmes ont fait part d'autres conséquences de leur grossesse non désirée, notamment davantage de difficultés économiques et une plus grande précarité. Une jeune femme a indiqué qu'elle avait dû abandonner l'école en raison de sa grossesse.

Je suis triste [à cause de ma grossesse], en particulier parce que j'ai dû abandonner mes études. (Cliente des services de contraception 41, Androy)

Par conséquent, je suis tombée enceinte dans la mesure où la méthode n'était pas disponible. Il est très difficile de trouver de la nourriture et nous n'étions pas en mesure d'acheter des médicaments parce qu'il n'y en avait pas dans ce centre de santé. À dire vrai, je n'ai pas choisi de tomber enceinte. C'est à cause de la rupture de stock. (Cliente des services de contraception 43, Androy)

Quelques clientes ont également indiqué qu'elles et d'autres femmes qu'elles connaissaient ont mis un terme à leur grossesse non souhaitée. Une femme nous a dit qu'elle avait déjà trop d'enfants et nous a décrit ses efforts pour poursuivre l'usage de sa méthode préférentielle (injectable). Elle est tombée enceinte et a provoqué son avortement en buvant une sorte de concoction. Elle a fini par chercher à obtenir des soins après avortement par la suite au sein d'une structure de santé, un autre coût qu'elle n'était pas en mesure d'assumer.

[Enquêteur : Et si à la fin tout était payant, pourquoi ne pas acheter la méthode que vous préférez ?] Parce que je n'ai pas assez d'argent (...) Je suis tombée enceinte mais je me suis fait avorter. (Cliente des services de contraception 44, Anosy)

Discussion

Nos résultats démontrent clairement l'impact considérable sur la prestation de services contraceptifs, et en fin de compte sur les femmes et les jeunes filles, à Madagascar. Lorsqu'un partenaire de premier plan du MS a refusé de se faire certifier en rapport avec la GGR et a perdu son financement auprès de l'USAID, il a fermé de nombreux points de prestation de services contraceptifs, causant certaines interruptions dans l'accès des femmes à la contraception et résultant en une augmentation du nombre de grossesses non désirées et d'avortements en découlant, soit supposément l'inverse de l'objectif visé par la GGR. Durant une visite initiale à Madagascar par deux auteurs pour discuter de l'étude proposée, plusieurs parties prenantes se sont demandées pourquoi nous chercherions à réaliser une étude sur la GGR à Madagascar où l'avortement est fortement restreint et où par conséquent la GGR n'aurait supposément que peu d'effet. Nos observations montrent clairement qu'il est incorrect de supposer que la GGR n'exerce aucun impact dans les pays dotés de lois restrictives en matière d'avortement.

La GGR a exacerbé les problèmes existants avec les produits contraceptifs à Madagascar, notamment les retards de livraison des produits contraceptifs du gouvernement par les fournisseurs internationaux fin 2017. Comme nous l'avons décrit précédemment, le FNUAP et l'USAID constituent les principales sources de financement pour les contraceptifs à Madagascar. L'imposition de la GGR et le retrait des fonds du FNUAP par le gouvernement Trump [26] ont coïncidé avec la fin de la subvention financée par le Royaume-Uni en 2017 à l'aide de laquelle le FNUAP dispensait des produits contraceptifs à Madagascar. La confluence de ces événements a résulté en une demande accrue en contraceptifs auprès du FNUAP, dans la mesure où l'ONG non certifiée avait perdu son financement de l'USAID à un moment où le FNUAP disposait de fonds moins importants pour répondre à ces besoins accrus. Le FNUAP a intensifié son soutien dans l'apport de contraceptifs à des ONG non certifiées fin 2017 mais n'a pas été en mesure de répondre totalement au besoin précédemment financé par l'USAID. En réalité, l'actualisation des engagements pris par Madagascar dans le cadre de l'initiative FP2020 fait spécifiquement référence au retrait des fonds de l'USAID à l'ONG non certifiée comme une menace planant sur la résilience de ses programmes en matière de contraception [10]. De plus, de nombreux informateurs clés ont mentionné que les retards administratifs au niveau de la mission du gouvernement américain durant un changement de financement de l'ONG non certifiée vers une ONG américaine avaient amplifié les problèmes d'approvisionnement à travers le pays.

Outre l'aggravation des problèmes d'approvisionnement en produits contraceptifs à Madagascar, la GGR a accentué la pression exercée sur un système de santé déjà fragilisé. Comme nous l'avons indiqué précédemment, le pays dépend en grande partie du financement des bailleurs de fonds pour le secteur de la santé : 72% du secteur santé est financé par des ressources externes, cela signifiant que le financement n'est pas toujours aligné au mieux sur les priorités du MS [3]. Étant donné que le GA assure la majorité du financement SSR à Madagascar, tout changement dans le mode de financement de cette entité exercerait un impact démesuré à l'échelle du pays. Plusieurs projets financés par l'USAID mis en œuvre par des ONG américaines (non bâillonnées) ont également apporté leur soutien au MS dans des domaines connexes, tels que la formation, la contraception en phase de post-partum et la chaîne d'approvisionnement en SSR [33]. Dans sa planification, le MS vise une répartition équitable du soutien en désignant certaines zones d'intervention parmi ses partenaires. Lorsque le GA a subitement mis un terme au financement d'un partenaire essentiel, il était hautement probable que cela déstabiliserait le système de santé. Le MS considère cette ONG comme un partenaire primordial dès lors qu'il s'agit de réduire les inégalités en œuvrant dans les zones rurales et reculées du pays insuffisamment desservies par le secteur privé, où peu d'autres partenaires ont investi, et en ciblant certaines populations marginalisées essentielles, notamment les pauvres et les jeunes. Ainsi, la GGR menace la capacité du gouvernement à choisir et à préserver certains partenariats et à veiller à ce que les services de santé soient répartis équitablement à travers le pays. Contrairement à d'autres pays où la GGR a exercé un impact négatif sur la coordination nationale [34–36], nous avons trouvé peu de données probantes témoignant d'une participation réduite des ONG certifiées ou non certifiées dans les réunions du groupe de travail en matière de contraception, peut-être en raison du faible nombre de partenaires SSR et du rôle considérable des ONG non certifiées dans l'apport de contraceptifs.

La GGR ne réduit manifestement pas la quantité de fonds accordés en faveur de la santé mondiale mais change seulement les partenaires qui reçoivent le financement nécessaire à la mise en œuvre des programmes. Malheureusement, nous n'avons pas été en mesure de trouver des données précises sur les attributions et les dépenses du GA à Madagascar, cela nous empêchant de déterminer si l'intégralité du financement retiré à l'ONG non certifiée avait été versé à d'autres ONG. Toutefois, même si le montant demeure constant, il faut du temps pour qu'un nouveau bénéficiaire des fonds satisfasse aux exigences administratives dans le cadre d'une subvention avant de pouvoir pleinement s'engager et de former le personnel nécessaire, obtenir les fournitures et équipements, et établir des partenariats adéquats, en particulier si la nouvelle ONG pénètre dans une zone du pays où elle n'a pas travaillé par le passé, comme cela était le cas à Madagascar [28]. Par exemple, certaines ONG ont rapporté un écart de plus d'un an entre le moment où les véhicules des services de proximité mobiles ont été rappelés auprès de l'ONG non certifiée et la date à laquelle ils ont été donnés à l'ONG américaine nouvellement dotée du financement. Il a fallu du temps supplémentaire pour doter les cliniques mobiles en effectifs, les former et les équiper avant qu'elles ne puissent être utilisées. Comme mentionné précédemment, de nombreux informateurs clés, issus aussi bien des ONG que du MS, ont noté de sérieuses lacunes et des écarts notables dans la prestation de services durant le transfert de financement réalisé par l'USAID de l'ONG non certifiée vers d'autres ONG. Le second examen de la mise en œuvre de la GGR par le Département d'État américain publié en 2020 a confirmé ces impressions. Il a notamment révélé que la mission de l'USAID à Madagascar avait besoin de temps supplémentaire pour identifier de nouveaux partenaires, afin de mettre en œuvre les programmes liés à la contraception assurés par l'ONG non certifiée avec son financement de l'USAID. Ceux-ci ciblaient les populations démunies et en milieu rural par le biais de services de proximité mobiles auprès des communautés [37]. Il n'est pas surprenant de constater que des ONG hautement compétentes en SSR et dotées d'une expertise unique dans ce domaine ont été difficile à remplacer, en particulier dans un pays tel que Madagascar qui dispose d'un nombre réduit d'ONG partenaires spécialisées, et où l'ONG non certifiée œuvrait à grande échelle, en dispensant des services contraceptifs à une large proportion des utilisatrices de méthodes contraceptives malgaches.

La pression exercée par la GGR sur un système de santé déjà affaibli et la fermeture des points de prestation de services contraceptifs ou la réduction du soutien leur étant accordé a, en fin de compte, contribué aux impacts négatifs sur le recours aux contraceptifs par les femmes malgaches et la pratique d'avortements non sécurisés. La grande majorité des clientes interrogées ont fait part de difficultés dans l'obtention de contraceptifs depuis 2017. De nombreuses femmes ont cité l'augmentation des coûts comme une entrave majeure. Certaines études ont démontré que l'élimination ou la réduction des frais de services était associée à une utilisation accrue des services SSR [38], suggérant ainsi que ces frais constituent un frein à l'utilisation des produits contraceptifs. Les recherches effectuées auprès des adolescents en particulier suggèrent que le coût exerce un impact sur la décision de recourir aux services SSR et sur l'endroit où ces personnes cherchent à les obtenir [39,40]. Un programme essentiel qui a été éliminé à travers le retrait du financement par l'USAID de l'ONG non certifiée fournissait des coupons à l'aide d'ASC que les jeunes et les clientes à faibles revenus utilisaient pour bénéficier de contraceptifs et de services gratuits en matière de lutte contre les IST. Sur une période de 18 mois, entre 2013 et 2014, les clientes ont échangé 43 352 coupons, dont 78,5% pour des MRLDA [41]. Il a été démontré que les programmes à base de coupons augmentaient

l'accessibilité et l'utilisation des services SSR chez les femmes pour qui le coût constituait une entrave [42].

Nos observations ont révélé un sentiment de frustration accru parmi les utilisatrices de méthodes contraceptives, susceptible de résulter en une plus grande méfiance à l'égard du système de santé sur le long terme. Certaines femmes reprochaient les ruptures de stock et l'augmentation du coût des méthodes aux structures de santé ou aux prestataires, de la même manière qu'en Ouganda où les conclusions montraient que les femmes se méprenaient sur les ruptures de stock en pensant que les agents de santé refusaient d'administrer les services [43]. Lorsque leurs méthodes préférées n'étaient pas disponibles, les prestataires encourageaient les femmes à changer de méthodes contraceptives, une démarche qui exerce un impact sur l'autonomie des femmes et nourrit davantage leur méfiance à l'égard du personnel de santé et des établissements sanitaires [44]. Les ruptures de stock et l'incapacité des femmes à obtenir la méthode de leur choix figurent parmi les problèmes de qualité des services qui sont associés à l'abandon des méthodes contraceptives [45–48]. Les ruptures de stock constituent un problème majeur dans des pays comme Madagascar où les méthodes à courte durée d'action jouissent d'une certaine popularité. Comme ce constat est appuyé par notre recherche, la disponibilité irrégulière et les écarts de coûts des fournitures peuvent aboutir à une réticence globale à recourir au système de santé [49,50]. Cette méfiance pourrait durer et se poursuivre au-delà d'améliorations ultérieures apportées dans la disponibilité des contraceptifs.

Limites de l'étude

Cette étude est confrontée à plusieurs limites. Bien que nous ayons été en mesure d'interroger bon nombre des principales ONG œuvrant dans le domaine de la SSR, nous ne sommes pas parvenus à sonder plusieurs ONG non américaines travaillant dans d'autres domaines sanitaires et ayant bénéficié d'un financement du gouvernement américain en santé mondiale et qui ont pu être impactées par la GGR. Quelques ONG travaillant dans le domaine de la SSR n'ont été interrogées qu'à l'échelle des districts ou au niveau régional où les connaissances de la GGR sont plus limitées. Beaucoup de personnes sondées disposaient de connaissances limitées concernant la GGR, ce qui a contribué à certaines difficultés en termes d'attribution. Comme nous l'avons indiqué plus haut, de multiples facteurs ont affecté les ruptures de stock à Madagascar, compliquant ainsi davantage le mode d'attribution. Toutefois, nous avons réalisé certains entretiens dans les districts précédemment desservis par une ONG de premier plan ayant perdu son financement du gouvernement américain après avoir décliné sa certification en rapport avec la GGR. Les retranscriptions des prestataires ont été soigneusement étudiées pour trouver des références aux ONG affectées ou aux prestataires de services qu'elles appuyaient pour veiller à ce que leurs citations renvoient bien à l'impact de la GGR. Les clientes des services de contraception n'avaient, dans leur grande majorité, pas connaissance de la GGR et étaient également moins susceptibles de mentionner une ONG. Néanmoins, nous avons recruté des clientes dans des zones desservies par des prestataires appuyés par les ONG touchées et nous pensons, par conséquent, que beaucoup des difficultés auxquelles elles faisaient référence étaient le fruit de la GGR ou qu'elles étaient, tout du moins, aggravées par cette règle.

Conclusion

Dans un pays comme Madagascar fortement tributaire du financement des bailleurs de fonds pour son système de santé, et du gouvernement américain en matière de SSR, l'impact de la GGR a été dévastateur, en dépit du fait que le pays dispose de lois plus restrictives en matière d'avortement que les dispositions figurant dans cette politique. Ces observations pourraient être utilisées pour encourager le gouvernement à réduire sa dépendance vis-à-vis des bailleurs de fonds étrangers. Bien que la GGR ait ostensiblement trait à l'avortement, elle a réduit l'accès à la contraception et accru certaines inégalités au sein de la population malgache. Le retrait du financement accordé à un partenaire de premier plan du MS en matière de contraception a grandement réduit l'accès à la contraception, en particulier parmi les groupes priorités par le MS, notamment les jeunes et les personnes vivant dans des zones reculées, cela augmentant probablement les inégalités. L'arrêt du financement octroyé à cette ONG a freiné le pays dans son élan, l'empêchant de réaliser ses objectifs en santé mondiale, notamment les engagements relatifs aux Objectifs de développement durable, à ICPD25 [51] et à FP2020. Il s'agit d'une des quelques études répertoriant directement l'impact sur les femmes qui elles-mêmes ont fait part de leurs difficultés accrues dans l'obtention de contraceptifs, résultant en fin de compte à l'abandon des méthodes contraceptives, à des grossesses non désirées et des avortements à risque. La GGR a clairement enfreint à grande échelle certaines normes communes liées au développement guidé par le pays, à l'équité et à l'efficacité de l'aide. Il est impératif que le gouvernement américain cesse d'entraver la capacité de Madagascar et d'autres pays à faire valoir les droits et la santé des femmes.

Remerciements

L'équipe de recherche tient à remercier l'équipe d'enquêteurs pour son dévouement et les efforts déployés, ainsi que les participants pour le temps qu'ils ont accordé à nos équipes. Nous remercions également notre partenaire de prestation de services qui a facilité l'accès de nos équipes aux agents de santé affectés dans divers districts à travers le pays.

Références

- [1] World Bank Open Data. Available from: <https://data.worldbank.org/>.
- [2] Institut National de la Statistique, Office National de Nutrition. Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar: 2012-2013 Etude nationale. Antananarivo, Madagascar: INSTAT, Madagascar Ministry of Health, WHO; 2014.
- [3] Lang E, Saint-Firmin P, Olivetti A, et al. Analyse du système de financement de la santé à Madagascar pour guider de futures réformes, notamment la CSU. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus; 2018. Available from: <http://www.healthpolicyplus.com/pubs.cfm?get=8204>.
- [4] Ministère de la Santé Publique. Plan de Développement du Secteur Santé 2015-2019. Republic of Madagascar; 2015. Available from: <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/Mad169381.pdf>.
- [5] INSTAT, UNICEF. Enquête par grappes à indicateurs multiples-MICS Madagascar, 2018, Rapport final. Antananarivo, Madagascar: INSTAT et UNICEF; 2019. Available from: <https://mics-surveys->

prod.s3.amazonaws.com/MICS6/Eastern%20and%20Southern%20Africa/Madagascar/2018/Survey%20findings/Madagascar%202018%20MICS%20Survey%20Findings%20Report_French.pdf.

- [6] Gouvernement du Madagascar. Engagements FP2020. 2017. Available from: https://www.familyplanning2020.org/sites/default/files/Madagascar_Engagements_Commitments_2017.pdf.
- [7] By 2015, Madagascar commits to increase health spending to at least 12% - United Nations Partnerships for SDGs platform. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/partnership/?p=1075>.
- [8] Organisation for Economic Co-Operation and Development. Creditor Reporting System (CRS). OECD.Stat. Available from: <https://stats.oecd.org/>.
- [9] Ministère de la Santé Publique, Madagascar. Plan d'action national budgétisé en planification familiale à Madagascar 2016-2020. 2016. Available from: http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/2024-2046_PANBMadagascarsp.pdf.
- [10] Gouvernement du Madagascar. Madagascar Questionnaire 2018-2019 de mise à jour des engagements FP2020. 2019. Available from: https://www.familyplanning2020.org/sites/default/files/Madagascar%20_Questionnaire%20for%20Self-Report%202019_FINAL_FR.pdf.
- [11] Loi fixant les règles générales régissant la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale. Republic of Madagascar; 2017. Report No.: Loi no 2017-043. Available from: http://genderlinks.org.za/wp-content/uploads/2019/04/Sexual-Education_Madagascar_Adolscnt-SRHR_2017.pdf.
- [12] Gouvernement de Madagascar. Madagascar Code Pénal du 1972 mis à jour au 30 juin 1998. 1998. Available from: <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/01-Madagascar-Penal-Code-1998.pdf#page=42>.
- [13] Corbett MR, Turner KL. Essential Elements of Postabortion Care: Origins, Evolution and Future Directions. *International Family Planning Perspectives*. 2003;29:106–111.
- [14] Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health*. 2020 [cited 2020 Jul 23];0. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30315-6/abstract](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30315-6/abstract).
- [15] Gastineau B, Rajaonarisoa S. Santé de la reproduction et avortement à Antananarivo (Madagascar) résultats d'une recherche originale. *African Journal of Reproductive Health*. 2010;14.
- [16] Ratovoson R, Kunkel A, Rakotovo JP, et al. Frequency, risk factors, and complications of induced abortion in ten districts of Madagascar: results from a cross-sectional household survey. *BMC Women's Health*. 2020;20:96.

- [17] Pourette D, Mattern C, Ratovoson R, et al. Complications with use of misoprostol for abortion in Madagascar: between ease of access and lack of information. *Contraception*. 2018;97:116–121.
- [18] Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme. Rapport de la République de Madagascar dans le Cadre du 25ème Anniversaire de la 4ème Conférence Mondiale sur les Femmes et de l'Adoption de la Déclaration et du Programme d'Action de Beijing en 2015. Republic of Madagascar; 2019. Available from: https://www.uneca.org/sites/default/files/uploaded-documents/Beijing25/madagascar-beijing25_report.pdf.
- [19] African Union. Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa. Maputo, Mozambique; 2003. Available from: <https://au.int/en/treaties/protocol-african-charter-human-and-peoples-rights-rights-women-africa>.
- [20] Chef SIRM. Ratification du protocole de Maputo : Plaidoyer de la Commission de l'Union Africaine. Assemblée Nationale de Madagascar. 2019. Available from: <https://assemblee-nationale.mg/ratification-du-protocole-de-maputo-plaidoyer-de-la-commission-de-lunion-africaine/>.
- [21] The White House. Presidential Memorandum Regarding the Mexico City Policy. 2017. Available from: <https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/presidential-memorandum-regarding-mexico-city-policy/>.
- [22] Curtis C. Meeting Health Care Needs of Women Experiencing Complications of Miscarriage and Unsafe Abortion: USAID's Postabortion Care Program. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2007;52:368–375.
- [23] Postabortion Care. Available from: <https://www.postabortioncare.org/>.
- [24] Population Action International (PAI). With a Stroke of the Pen - Trump's Global Gag Rule Dramatically Expands Harmful Health Impacts. PAI. 2017. Available from: <https://pai.org/newsletters/stroke-pen-trumps-global-gag-rule-dramatically-expands-harmful-health-impacts/>.
- [25] Barot S. Abortion Restrictions in U.S. Foreign Aid: The History and Harms of the Helms Amendment. *Guttmacher Policy Review*. 2013;16:9–13.
- [26] Macmanus JE. Memorandum on the Defunding of the United Nations Population Fund (UNFPA). 2017. Available from: <https://www.globaljusticecenter.net/publications/advocacy-resources/705-memorandum-on-the-defunding-of-the-united-nations-population-fund-unfpa-annotated>.
- [27] The Henry J. Kaiser Family Foundation. UNFPA Funding & Kemp-Kasten: An Explainer. 2020. Available from: <https://www.kff.org/global-health-policy/fact-sheet/unfpa-funding-kemp-kasten-an-explainer/>.
- [28] Schaaf M, Maistrellis E, Thomas H, et al. 'Protecting Life in Global Health Assistance'? Towards a framework for assessing the health systems impact of the expanded Global Gag Rule. *BMJ Glob Health*. 2019;4:e001786.

- [29] Jones KM. Contraceptive Supply and Fertility Outcomes: Evidence from Ghana. *Economic Development and Cultural Change*. 2015;64:31–69.
- [30] Bendavid E, Avila P, Miller G. United States aid policy and induced abortion in sub-Saharan Africa. *Bull World Health Organ*. 2011;89:873-880C.
- [31] Brooks N, Bendavid E, Miller G. USA aid policy and induced abortion in sub-Saharan Africa: an analysis of the Mexico City Policy. *The Lancet Global Health*. 2019;7:e1046–e1053.
- [32] Rodgers Y. *The Global Gag Rule and women’s reproductive health: rhetoric versus reality*. New York: Oxford University Press; 2018. Available from: <https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=GM90DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=2OzRkvVwPB&sig=3yw1FDi0wYKb3fZEQ9Stn1ZmuhA>.
- [33] U.S. Foreign Aid Explorer. Available from: <https://explorer.usaid.gov/>.
- [34] Tamang J, Khanal A, Tamang A, et al. Foreign Ideology vs. National Priority: Impacts of the U.S. Global Gag Rule on Nepal’s sexual and reproductive healthcare system. *Sexual and Reproductive Health Matters*. 2020;28.
- [35] Ushie BA, Juma K, Kimemia G, et al. Foreign assistance or attack? Impact of the expanded Global Gag Rule on sexual and reproductive health and rights in Kenya. *Sexual and Reproductive Health Matters*. 2020;28:1794412.
- [36] McGovern T, Schaaf M, Battistini E, et al. From bad to worse: global governance of abortion and the Global Gag Rule. *Sexual and Reproductive Health Matters*. 2020;28:1794411.
- [37] U.S. Department of State. Review of the Implementation of the Protecting Life in Global Health Assistance Policy. 2020. Available from: <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2020/08/PLGHA-2019-Review-Final-8.17.2020-508.pdf>.
- [38] Dzakpasu S, Powell-Jackson T, Campbell OMR. Impact of user fees on maternal health service utilization and related health outcomes: a systematic review. *Health Policy Plan*. 2014;29:137–150.
- [39] Biddlecom AE, Munthali A, Singh S, et al. Adolescents’ views of and preferences for sexual and reproductive health services in Burkina Faso, Ghana, Malawi and Uganda. *Afr J Reprod Health*. 2007;11:99–100.
- [40] Erulkar AS, Onoka CJ, Phiri A. What Is Youth-Friendly? Adolescents’ Preferences for Reproductive Health Services in Kenya and Zimbabwe. *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive*. 2005;9:51–58.
- [41] Burke E, Gold J, Razafinirinasoa L, et al. Youth Voucher Program in Madagascar Increases Access to Voluntary Family Planning and STI Services for Young People. *Global Health: Science and Practice*. 2017;5:33–43.
- [42] Eva G, Quinn A, Ngo TD. Vouchers for family planning and sexual and reproductive health services: A review of voucher programs involving Marie Stopes International among 11

Asian and African countries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2015;130:E15–E20.

- [43] Grindlay K, Turyakira E, Kyamwanga IT, et al. The Experience and Impact of Contraceptive Stockouts Among Women, Providers and Policymakers in Two Districts of Uganda. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2016;42:141–150.
- [44] Kok M, Tolani M, Mtonga W, et al. Enabling and hindering factors of health surveillance assistants' roles in the provision of contraceptive services in Mangochi, Malawi. *Reproductive Health*. 2020;17:57.
- [45] Magnani RJ, Hotchkiss DR, Florence CS, et al. The Impact of the Family Planning Supply Environment on Contraceptive Intentions and Use in Morocco. *Studies in Family Planning*. 1999;30:120–132.
- [46] Tumlinson K, Pence BW, Curtis SL, et al. Quality of Care and Contraceptive Use in Urban Kenya. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2015;41:69–79.
- [47] Hubacher D, Olawo A, Manduku C, et al. Preventing unintended pregnancy among young women in Kenya: prospective cohort study to offer contraceptive implants. *Contraception*. 2012;86:511–517.
- [48] Blanc AK, Curtis SL, Croft TN. Monitoring Contraceptive Continuation: Links to Fertility Outcomes and Quality of Care. *Studies in Family Planning*. 2002;33:127–140.
- [49] Lopes Ibanez-Gonzalez D, Mendenhall E, Norris SA. A mixed methods exploration of patterns of healthcare utilization of urban women with non-communicable disease in South Africa. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:528.
- [50] Sripad P, Kirk K, Adoyi G, et al. Exploring survivor perceptions of pre-eclampsia and eclampsia in Nigeria through the health belief model. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2019;19:431.
- [51] Engagement de Madagascar pour accélérer les promesses de la CIPD. Nairobi Summit. 2019. Available from: <https://www.nairobisummiticpd.org/commitment/engagement-de-madagascar-pour-acc%C3%A9l%C3%A9rer-les-promesses-de-la-cipd>.