

SÉRIE SWEDD: GUIDE DE BONNES PRATIQUES

LA DISTRIBUTION À BASE COMMUNAUTAIRE (DBC) DANS L'AMÉLIORATION DES INDICATEURS SRMNIN AU DERNIER KM

Les recherches menant à ce Guide ont été dirigées par le Centre Humanitaire des Métiers de la Pharmacie (CHMP) et portent sur le projet SWEDD. Les informations guideront la mise en œuvre du SWEDD+



© UNFPA/Vincent Tremeau



Le projet couvre des pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre

■ SWEDD (2015–2024) ■ SWEDD+ (2024–2028) ■ SWEDD & SWEDD+

La DBC (Distribution à Base Communautaire), dans le cadre du projet SWEDD, est une intervention qui vise à améliorer l'offre des services et de produits de Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile et Nutritionnelle (SRMNIN) aux populations en les rapprochant par différentes stratégies des communautés.

Le présent Guide vise à documenter l'expérience de mise en œuvre de la DBC dans trois pays (la Côte d'Ivoire, le Mali, et le Niger) afin de tirer des succès et difficultés rencontrés et les leçons apprises. Il est à noter qu'au Niger le projet SWEDD n'a pas implémenté de pilotes de DBC bien que des stratégies





© UNFPA/Vincent Tremeau

conduites par d'autres projets existent. Nous incluons quand même l'expérience du Niger car elle offre des leçons pertinentes pour les autres pays qui prévoient introduire ou améliorer des activités de la DBC.

La mise en œuvre dans les différents pays s'est intégrée aux stratégies nationales de santé communautaire et a suivi les phases suivantes: l'estimation des besoins en produits de SRMNIN, la communication et la sensibilisation des bénéficiaires, le recrutement et la formation des agents DBC, le déploiement des produits SRMNIN, l'offre de services, la collecte et la gestion des données, et la supervision et le suivi des activités.

Échantillon : Acteurs de la DBC (un représentant de l'Unité de Coordination du Projet (UCP-SWEDD), un représentant de UNFPA, un représentant des autorités locales, un groupe de quatre agents DBC et un groupe de trois membres de la communauté) dans trois pays du SWEDD: la Côte d'Ivoire, le Mali et le Niger.

Sources principales de données :

- Les sources documentaires tels que les documents de stratégies nationales de santé communautaire, les plans stratégiques nationaux de la chaîne d'approvisionnement, et les rapports d'entretien avec les acteurs de la DBC.

Date : décembre 2022 à janvier 2023

Voir les annexes ci-jointes pour plus de détails sur la méthodologie et l'échantillonnage.

L'ESTIMATION DES BESOINS EN PRODUITS SRMNIN

L'estimation des besoins en produits SRMNIN est une phase importante qui se déroule en amont de l'offre de services aux bénéficiaires. Elle vise à s'assurer que les produits SRMNIN pour la DBC sont disponibles et, le cas échéant, que les gaps pourront être couverts avant le démarrage de la DBC. Cette étape fait intervenir plusieurs acteurs: Unité de Coordination du Projet (UCP)-SWEDD, UNFPA, et les acteurs des Ministères de la Santé à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

En Côte d'Ivoire, le Programme National de la Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME) coordonne les activités de passation des commandes des produits SRMNIN stockés à la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire (NPSPCI). A travers son service logistique et en collaboration avec la Direction de l'Activité Pharmaceutique (DAP), il se charge de quantifier les produits SRMNIN nécessaires pour les activités¹ (y compris pour les consultations foraines) et en autorise la distribution par la NPSPCI. L'UNFPA apporte un appui technique et financier important à travers l'acquisition de produits SRMNIN (près de 85 pour cent des produits de planification familiale (PF)) et l'appui technique au projet SWEDD.



© UNFPA/Vincent Tremeau

Au Mali, la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) supervise la chaîne d'approvisionnement à travers le schéma directeur pharmaceutique et un plan opérationnel pour tous les projets y compris le projet SWEDD. Ainsi, la DPM assure la coordination du groupe technique en charge de la quantification des besoins. À ce titre, elle a organisé les réunions de quantification des besoins en produits contraceptifs et a placé les commandes auprès de la Pharmacie Populaire du Mali (PPM).



L'estimation des besoins en produits SRMNIN est une phase importante qui se déroule en amont de l'offre de services aux bénéficiaires

© UNFPA/Vincent Tremeau

¹ Globalement, il existe trois méthodes d'estimation : (a) en utilisant les données de morbidité (objectifs en termes de cible et en projetant la consommation par rapport au nombre d'utilisatrices attendues sur la période); (b) en utilisant les données historiques de consommation et en projetant l'évolution de cette consommation sur la période à venir; et (c) en combinant les 2 méthodes précédentes.

L'ensemble des documents consultés dans le cadre du présent Guide ont permis d'identifier, entre autres pratiques prometteuses, la coordination des activités pour l'estimation des besoins par une structure (PNSME en Côte d'Ivoire et DPM au Mali) qui en assure le leadership: « *La coordination des activités d'estimation des besoins participe à garantir la disponibilité à temps des produits SRMNIN* » (acteur national, Mali). Mais les documents ont aussi identifié des difficultés qui sont essentiellement liées à la mauvaise estimation des besoins qui, selon le niveau de la pyramide sanitaire où elle intervient, peut entraîner des perturbations de DBC allant de l'insuffisance de produits (interruption de DBC) à l'absence de produits (retard ou report de DBC). En Côte d'Ivoire l'entretien avec les représentants de l'UCP-SWEDD a fait ressortir des difficultés liées à l'approvisionnement allant de l'insuffisance de certains produits jusqu'à l'absence totale des produits SRMNIN au niveau de certains districts. Ces difficultés sont essentiellement dues à des problèmes d'estimation de besoins, de gestion des stocks ou à la capacité de stockage au niveau des districts et du centre de santé.

Leçons apprises



LEÇON #1 : La bonne coordination des activités d'estimation des besoins et l'implication des différentes parties prenantes (structure en charge de la santé mère et enfant, structure en charge de la chaîne d'approvisionnement, et partenaires appuyant l'achat des produits SRMNIN) participent à rendre les produits disponibles à temps.

PHASE

2

LA COMMUNICATION ET LA SENSIBILISATION DES BÉNÉFICIAIRES

La communication et la sensibilisation des bénéficiaires est une étape qui permet de mobiliser les bénéficiaires autour de la DBC et de leur expliquer les avantages des méthodes de PF proposées. Cette phase fait intervenir plusieurs acteurs dont les organisations non-gouvernementales (ONG), les agents de santé communautaires (ASC), les leaders traditionnels et les chefs religieux, les agents de santé, et ainsi de suite.

En Côte d'Ivoire, par exemple, dans le cadre du projet SWEDD les ONG utilisent les ASC pour conduire la communication de proximité au niveau communautaire. Le champ d'activités des ASC couvre les visites à domicile (VAD), la communication interpersonnelle et le dépistage, la mobilisation communautaire, et l'animation de groupes, et dans différents domaines d'intervention dont la promotion des Pratiques Familiales Essentielles (PFE), la lutte contre la mortalité maternelle (fistules obstétricales, la promotion des consultations prénatal (CPN) et post-natales (CPoN)), et la PF. En effet, les ASC effectuent des visites à domicile, animent des causeries de groupe et communiquent avec la population lors des consultations foraines. Ces activités sont essentielles pour favoriser la DBC.



© UNFPA/Ollivier Girard

La stratégie de communication retenue par le projet SWEDD est une stratégie axée sur les jeunes qui consiste à faire porter le message par les jeunes à d'autres jeunes. Les ASC accèdent les jeunes par plusieurs chemins. Premièrement, les ASC sont identifiées par la communauté, et la sélection des ASC est prévue d'accorder une proportion de 60 pour cent aux jeunes de 18 à 35 ans et au moins 50 pour cent aux jeunes filles, qui travailleraient au quotidien dans leur zone tout le long de l'année. Les prestations des ASC sont entièrement gratuites pour les bénéficiaires y compris les produits contraceptifs modernes (préservatifs, pilules et injectables). En plus, les ASC constituent aussi les coachs des écoles de maris et des écoles de futurs maris, donc créant une connexion interpersonnelle avec les jeunes hommes et garçons de ces clubs.²

Afin de mieux soutenir les activités des ASC et des points de prestation, des séances de consultations foraines sont organisées dans les localités, prioritairement dans les villages les plus reculés, les écoles, et accessoirement dans les villes de la zone d'intervention. Ces consultations itinérantes servent à informer les adolescentes et les jeunes sur les services de santé sexuelle et reproductive (SSR) et la prévention du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), tout en sensibilisant la population générale à l'importance de l'utilisation de ces services. Ces initiatives sont aussi des occasions d'offrir immédiatement les conseils et services cliniques en SSR/VIH, tels que la planification familiale, le dépistage du VIH, le dépistage de grossesse, le diagnostic et la prise en charge d'infections sexuellement transmissibles (IST). C'est aussi l'occasion de renforcer les capacités des prestataires locaux en matière de contraception de longue durée d'action pause et retrait d'implant, de dispositif intra-utérin (DIU) et de conseil et dépistage VIH. Les ASC et les stations de radio locales diffusent des informations et mobilisent la communauté pour chaque activité. Les messages sont diffusés deux jours avant la séance et le premier jour de l'activité, donnant aux jeunes et aux autres membres de la communauté le temps de s'organiser pour en profiter.

Au Mali, une plateforme des leaders religieux (musulmans, chrétiens, animistes et autres) a été mise en place et financée à travers le projet SWEDD pour aider la communauté dans l'acceptation des produits de contraception moderne. Aux niveaux nationale et régionales, le Réseau Islam Population et Développement (RIPoD), une faîtière qui coopère avec le projet SWEDD Mali, a été formé sur des thématiques du projet telles que la santé reproductive, la lutte contre les violences basées sur le genre, l'autonomisation des femmes, la scolarisation des filles, etc.. A cette fin, des supports de sensibilisation



Premièrement, les ASC sont identifiées par la communauté, et la sélection des ASC est prévue d'accorder une proportion de 60 pour cent aux jeunes de 18 à 35 ans et au moins 50 pour cent aux jeunes filles, qui travailleraient au quotidien dans leur zone tout le long de l'année.

© UNFPA/Ollivier Girard

² Voir le Guide de bonnes pratiques numéro 5 pour plus d'informations sur les Clubs de Maris/Clubs de Futurs Maris.

spécifiques ont été élaborés et mis à disposition de la faïtière. Ces acteurs réalisent des sessions de plaidoyers, des prêches et des émissions sur ces différentes thématiques. De plus, au niveau des villages, les ONG en lien avec les assemblées villageoises ont identifié cinq à sept leaders par village : un homme et une femme des religions musulmane et chrétienne, un représentant de la chefferie traditionnelle, un représentant des jeunes, et une représentante des organisations des femmes. Ils ont tous été formés et outillés pour la sensibilisation autour des mêmes thématiques. Tous ces acteurs sont un levier important sur lequel la sensibilisation et la mobilisation autour de DBC s'effectue.

L'ensemble des données collectées dans le cadre de ce Guide a permis d'identifier, entre autres pratiques prometteuses, l'implication d'acteurs clés tels que les leaders religieux, les chefs traditionnels et les jeunes dans la communication et la sensibilisation autour de DBC. Cependant, des difficultés persistent, notamment celui relatif à la faible implication des hommes (maris) comme bénéficiaires et le relais de la sensibilisation. Comme il est culturellement nécessaire pour les femmes d'avoir la permission de leur mari pour la contraception, ce défi a limité l'adhésion des femmes aux méthodes contraceptives.

Leçons apprises



LEÇON #2 : Il est important de prendre en compte et d'inclure la sensibilisation des hommes (maris) en amont de DBC pour améliorer l'adhésion des femmes aux méthodes offertes au cours de DBC.



LEÇON #3 : L'implication des leaders religieux, chefs traditionnels et des jeunes dans la communication et la sensibilisation est un facteur de succès de la mobilisation autour des DBC.³



© UNFPA/Ollivier Girard

³ Voir le Guide de bonnes pratiques numéro 1 pour plus d'informations sur l'engagement des leaders religieux et traditionnels.

LE RECRUTEMENT, LA FORMATION ET LA RÉMUNÉRATION DES AGENTS DBC

La qualité des ressources humaines impliquées dans les DBC est un élément essentiel pour leur réussite. Les Agents DBC (ADBC) sont un maillon essentiel considérant le rôle qu'il jouent au niveau de la sensibilisation des bénéficiaires, la collecte et la remontée des données et, selon les pays, l'offre de certaines méthodes contraceptives.

En Côte d'Ivoire, les ASC intervenant dans la DBC sont recrutés par la communauté sur la base de plusieurs critères (résider dans la communauté, parler la langue locale, savoir lire et écrire, être âgé d'au moins 18 ans et au plus 50 ans, entre autres) tels que décrits dans le Plan Stratégique de la Santé Communautaire (PSSC). Même si le recrutement encourage les candidatures féminines, une faible représentation des femmes au sein des ASC/ADBC a été constaté. Les ADBC interrogés affirment: « *il y a bien des femmes ASC/ADBC mais elles sont en nombre infime par rapport aux hommes qui sont de très loin les plus nombreux* ». Selon les entretiens entrepris pour ce Guide, le nombre de femmes ASC reste encore réduit du fait de l'influence des coutumes, les difficultés au niveau rural pour les femmes de concilier le travail de fonctionnaire avec les besoins de leurs familles, et l'analphabétisme, qui demeure encore 47 pour cent dont les deux tiers sont des femmes⁴ malgré des efforts consentis par le gouvernement pour scolariser les filles. Pour le projet SWEDD, le critère de l'âge est aussi important afin de tenir compte de la stratégie de communication du projet dans les activités de sensibilisation: « les jeunes pour les jeunes ».

Les choix opérés par les communautés suivent un processus de validation tel que décrit dans le statut de l'ASC qui aboutit à la prise d'un arrêté de nomination de l'ASC. Une fois nommés, les ASC ont tous reçu une formation sur la communication pour le changement de comportement (CCC) et une formation sur la connaissance des méthodes contraceptives. Les modules de formation et les supports de communication des ASC sont élaborés par le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU) de la Côte d'Ivoire. Ce sont des formations qui se font en cascade. Elles durent cinq jours et se font sur la base des documents

© UNFPA/Olivier Girard



⁴ https://www.gouv.ci/_actualite-article.php?recordID=15651.

Deux exemples des expériences de DBC dans le monde :

Plusieurs expériences de DBC documentées dans le monde ont montré l'intérêt des services communautaire dans l'amélioration du recours à la contraception notamment « *lorsque les agents de DBC peuvent offrir à leurs clients une large gamme de méthodes, soit directement, soit en les orientant vers d'autres services.* » Un document publié par Family Health International (FHI) montre des modèles de réussite en Turquie, au Mali, et au Bangladesh avec des taux de prévalence pouvant tripler à la suite de ces interventions (Best, 1999).

En plus, des initiatives de distribution communautaire de contraceptifs injectables et leurs stratégies d'introduction dans quatre pays d'Afrique subsaharienne (Ouganda, Madagascar, Nigéria et Kenya) et documentées dans le Rapport spécial sur les « Perspectives internationales sur la santé sexuelle et génésique » ont permis d'atteindre d'intéressants résultats notamment sur les taux de réinjection au bout de trois mois, la satisfaction de l'utilisatrice, de la connaissance par la cliente des caractéristiques essentielles de l'injectable et des comparaisons d'incidence de morbidité entre les injections administrées par les agents de santé communautaire et en clinique. Par exemple, au Madagascar, « *(u)ne évaluation ultérieure a révélé que 1.662 clientes avaient accepté le DMPA proposé par un agent de santé communautaire durant les sept premiers mois de prestation. Quarante et un pour cent d'entre elles adoptaient ainsi la planification familiale pour la première fois ou reprenaient leur pratique contraceptive. Presque toutes avaient l'intention de continuer à obtenir le DMPA d'un agent de santé communautaire et la plupart ont affirmé qu'elles recommanderaient le service à une amie* » (Hoke et al, 2012).

Sources : Best, 1999; Hoke et al, 2012.



de formation élaborés en atelier avec toutes les parties prenantes qui portent sur les notions de genre, le droit de la femme, la SSR/VIH des adolescents et des jeunes y compris les célibataires, et l'initiation de la contraception de courte durée d'action y compris l'injectable.⁵

Au cours des supervisions des activités des ASC sur le terrain, des besoins de formation complémentaires sont identifiés par les ONG recrutés par le projet SWEDD et aboutissent à un renforcement de capacités notamment sur la façon de renseigner les outils de collecte de données. Cette supervision se fait de façon conjointe et mensuelle avec le responsable du centre de santé. En plus des différentes motivations non financières (facilité d'accès aux soins, soutien de la communauté, reconnaissances honorifiques), un subside de 20.000 F/CFA est octroyé à travers les ONG partenaires et payé trimestriellement sur présentation des rapports validés par l'agent de santé superviseur.

⁵ La documentation est disponible sur le site web de la DSCPS : www.dsccom-ci.org.

Au Mali, les ASC et relais communautaires sont recrutés selon des critères décrits dans le PSNSEC.⁶ Dans le cadre du projet SWEDD, les ASC et relais communautaires présents dans les villages sont identifiés (un homme et une femme) à travers les chefs de village et les leaders religieux pour devenir des ADBC. Les ADBC rencontrés ont reçu en plus de leur formation initiale, une formation sur la planification familiale. Ces agents ne reçoivent pas de rémunération fixe mais perçoivent des revenus issus de la vente des produits aux bénéficiaires (équivalent à 50% du montant de la vente).

Au Niger,⁷ la sélection des ADBC se fait avec l'implication de toutes les couches de la communauté en collaboration avec les autorités et agents de santé. Ce processus aboutit en général, au niveau de chaque village, au recrutement d'un homme et d'une femme. Une rémunération de 5000 F CFA leur est accordée à travers les ONG recrutées par l'UNFPA ou autres partenaires. En outre, ils bénéficient d'autres types de motivation, tels que les dons en espèce et les témoignages de satisfaction.

Cependant, des difficultés liées aux modalités de rémunération et l'absence de moyens de déplacement peuvent entraver la motivation et l'engagement de ces acteurs. En effet, en Côte d'Ivoire la rémunération mensuelle fixée est rattachée à un objectif de 75 femmes à sensibiliser et de 20 nouvelles acceptantes par mois. Les ASC interrogés estiment cet objectif « difficile à atteindre » en raison de la non gratuité des produits : « *il est très difficile d'atteindre cet objectif, surtout les 20 nouvelles acceptantes par mois, car les produits PF ne sont pas gratuits. Ils sont payants et cela décourage un peu les femmes* ». Aussi, dans des contextes où les pays s'orientent de plus en plus vers la réduction des coûts liés à la SRMNIN (et souvent vers la gratuité), la rémunération basée sur la cession des produits aux bénéficiaires n'offre pas aux ADBC un revenu stable et durable. De plus, il présente un risque de biais dans l'offre des méthodes aux utilisatrices. Au Mali, les ADBC interrogés pensent que « *la vente des produits contraceptifs ne marche pas bien car les femmes [bénéficiaires] ont tendance à aller vers les méthodes de contraception de longue durée* » avant de compléter : « *les femmes prétendent oublier les prises journalières, raison pour laquelle elles préfèrent les méthodes de longue durée* ».



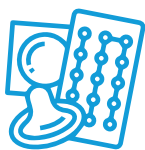
© UNFPA/Vincent Tremeau

⁶ PSNSEC : Plan Stratégique National des Soins Essentiels dans la Communauté (Mali).

⁷ Bien que n'ayant pas implémenté dans le cadre du projet SWEDD, il existe au Niger de DBC mises en œuvre par des ONG avec l'appui de l'UNFPA.

La mobilité des acteurs pour réaliser (et au cours de) la DBC est un facteur essentiel pour leur réussite. L'utilisation de moyens adaptés pour surmonter les obstacles d'accessibilité dans certaines zones permettra de faire bénéficier toutes les populations de DBC et d'améliorer les indicateurs du projet. En Côte d'Ivoire les ADBC interrogés évoquent des difficultés de mobilité liées à l'inadéquation des moyens roulants notamment en saison pluvieuses où certaines routes deviennent impraticables (des vélos sont prévus mais pas encore distribués). À défaut de moyens roulant, il n'existe pas de prime de transport prévu. Une situation similaire est décrite au Mali, où les ADBC interrogés bien que réalisant leur travail avec leur propre moyen de locomotion affirment ne pas bénéficier d'une prise en charge des frais de déplacement.

Leçons apprises



LEÇON #4 : La disponibilité d'acteurs de la communauté formés et motivés (engagés et rétribués financièrement) pour sensibiliser les bénéficiaires, collecter et faire remonter les données et, selon les pays, offrir des méthodes de contraception est un facteur important dans la réussite de DBC.



LEÇON #5 : L'absence de moyens de déplacement adaptés limite les capacités des ADBC à mener leurs activités dans certaines zones difficiles d'accès.



LEÇON #6 : Les modalités de rémunération des ADBC influencent les capacités des pays à les maintenir à leur poste.

PHASE

4

LE DÉPLOIEMENT DES PRODUITS SRMNIN ET L'OFFRE DE SERVICE DE PLANIFICATION FAMILIALE

En complément d'une bonne estimation des besoins, le déploiement des produits jusqu'aux sites de distribution est un maillon essentiel pour rendre disponibles et accessibles les produits aux bénéficiaires. Ce déploiement précède la phase active de la DBC où les différents acteurs vont à la rencontre des communautés pour les sensibiliser et leur offrir des méthodes contraceptives. En générale, on trouve que l'existence de schéma directeur et circuit de distribution, le respect de ces schémas et circuits, et le suivi de la distribution permettent d'améliorer la disponibilité au niveau périphérique de la pyramide sanitaire et de faciliter la réactivité dans l'approvisionnement lors de DBC.

En Côte d'Ivoire le déploiement des produits se fait à travers un circuit de distribution établi dans le pays. Spécifiquement, la distribution des médicaments essentiels est assurée par la NPSPCI qui approvisionne les districts sanitaires, les hôpitaux de référence, et les établissements sanitaires d'Abidjan selon un chronogramme pré établi. C'est à partir des districts sanitaires que débute l'approvisionnement pour la distribution à base communautaire. En dépit de la disponibilité des moyens de transport au niveau de tous les districts sanitaires, la livraison des sites périphériques n'est pas réalisée dans la majorité des districts. Les informations sur la distribution des médicaments recueillies auprès des districts ayant bénéficié de véhicules dans le cadre du renforcement de la chaîne d'approvisionnement en médicament montre l'existence de plans de distribution pour les 21 districts bénéficiaires et de l'effectivité de la distribution dans 18 districts.

Afin d'améliorer la performance de la distribution, la Direction de l'Activité Pharmaceutique (DAP) a expérimenté avec deux modèles pilotes de distribution jusqu'au dernier kilomètre dans le cadre du projet SWEDD de façon à retenir le modèle le plus avantageux et le plus pérenne. Il s'agissait du modèle public ou approche district (basé sur les capacités logistiques de distribution du district) et le modèle partenariat public-privé (PPP) (expérimentant l'externalisation de la distribution par un prestataire privé). Chacun de ces modèles a été expérimenté dans cinq districts différents et a permis de retenir l'approche district comme étant la plus avantageuse et la plus pérenne. Dans cette approche, les districts sont exemptés des frais de transport. Ainsi, l'offre de service de PF au cours de DBC se fait essentiellement à travers les consultations foraines par les sages-femmes et les infirmiers/infirmières, les activités des ADDB se limitant à la sensibilisation, l'orientation et le suivi des bénéficiaires après les consultations foraines.

Au Mali, une fois les commandes placées auprès de la PPM, l'approvisionnement se fait à travers le schéma directeur d'approvisionnement et distribution en médicaments essentiels. La Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) organise la supervision de la distribution des produits de la DBC pour s'assurer de la bonne exécution du plan de distribution. Les ASC reçoivent une dotation initiale par l'Association de Santé Communautaire (ASACO) après la formation et cèdent les produits selon les dispositions en vigueur (les tarifs pratiqués ne doivent aucunement dépasser ceux du Centre de Santé Communautaire (CSCom)).

Dans le cadre du projet SWEDD, plusieurs stratégies de DBC ont été déployées. Initialement, la DBC s'est appuyée sur la stratégie classique de distribution à travers les relais communautaires et les ASC dans les CSCom. Ainsi, les femmes qui se rendent aux centres de santé pour se soigner ou pour accompagner leurs enfants (vaccination ou maladie) ou leurs parents, sont invitées à participer à des groupes de discussions aux cours desquels des méthodes contraceptives leur sont proposées. Dans un deuxième temps, en plus de la stratégie classique, deux nouvelles stratégies ont été mises en œuvre, à savoir : a) la distribution de ces méthodes contraceptives dans les salons de coiffures fréquentés par les femmes et dans les tontines bihebdomadaires implémentées par l'ONG AMPPF (Association Malienne pour la Promotion de la Femme et de la Famille). Le paquet des relais et des ASC comporte aussi bien les activités de Communication pour le Changement Social de Comportement (CCSC) et de promotion des

Le déploiement des produits jusqu'aux sites de distribution est un maillon essentiel pour rendre disponibles et accessibles les produits aux bénéficiaires.



pratiques familiales essentielles adoptées au niveau national que la DBC des produits non médicaux et/ou approuvés y compris les contraceptifs (préservatifs, collier, pilules, spermicides);⁸ et b) l'utilisation de plateformes mobiles (véhicules médicalisées) pouvant accueillir trois personnes et offrant des services de santé allant des consultations médicales aux tests rapides de dépistage pour certaines maladies (diabète, VIH) et aux services de PF.

Les échanges initiés avec les différentes parties prenantes et la revue documentaire réalisée dans le cadre de l'élaboration de ce document ont permis d'identifier comme pratiques prometteuses la mise en œuvre d'une phase pilote de distribution au dernier kilomètre en Côte d'Ivoire et l'évaluation des modèles de distribution déployés au cours de cette phase pilote pour en retenir le plus pertinent au regard du contexte du pays. Cependant, en attendant sa mise à l'échelle, les difficultés d'acheminement des produits jusqu'à la communauté (routes impraticables en saison pluvieuses, sites enclavés, problèmes de sécurité) et l'inadéquation des moyens de transport entravent la disponibilité continue des produits au niveau des communautés et donc le bon déroulement de DBC. L'entretien et la maintenance des moyens logistiques reste aussi un défi face au besoin de déployer les produits SRMNIN du niveau central jusqu'au niveau communautaire. Au Mali, les autorités nationales évoquent des « *difficultés majeures résidant dans l'entretien et la maintenance des matériels roulants mis à la disposition des districts sanitaires dans le cadre du projet* ».

Leçons apprises



LEÇON #7 : Le déploiement des produits selon un schéma directeur et circuit de distribution établi contribue à améliorer leur traçabilité et leur disponibilité à temps au niveau communautaire.



LEÇON #8 : Au-delà de la disponibilité des moyens logistiques, une bonne gestion de la flotte (entretien, maintenance, dotation en carburant, etc.) permet d'assurer le déploiement efficace des produits SRMNIN.



LEÇON #9 : La diversification des stratégies de DBC permet d'élargir les possibilités d'offres de services de PF.

PHASE

5

LA GESTION DES DONNÉES, LA SUPERVISION ET LE SUIVI DE DBC

En Côte d'Ivoire, le leadership sur la gestion des données en matière de SRMNIN est assuré par le PNSME. Les ADBC recrutés sont formés sur la collecte de données et leur équipement contient des outils de collecte de données au niveau de leur communauté. Par ce biais et à travers les ONG partenaires, l'UCP SWEDD collecte les données pour renseigner les indicateurs du projet sur la rupture des intrants, sur le nombre de nouvelles utilisatrices et sur le nombre de femmes sensibilisées. En effet, les ADBC disposent d'outils de collecte qu'ils doivent renseigner pour justifier les activités.

⁸ Au Mali, en plus des produits distribués par les relais communautaires, les ASC ont la possibilité d'administrer la méthode injectable (Depo Provera).

Il est important que l'activité des ADBC soit suivie pour qu'ils soient motivés, et coachés en cas de besoin. Ce suivi est assuré par le prestataire de santé le plus proche (l'infirmier ou la sage-femme). La supervision se fonde sur le principe de gradient de niveau de supervision. Ainsi, au plan national, en Côte d'Ivoire, la supervision des ADBC est assurée par l'infirmier ou la sage-femme du centre appelé infirmier ou sage-femme superviseur. Elle est aussi réalisée au niveau du district, à travers le coordinateur des activités à base communautaire (CAC), mais également par les ONG recrutées par le projet SWEDD à travers le superviseur de cette ONG, et par le Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME), à travers la supervision des consultations foraines.

Au Mali, les ADBC sont suivis à travers des missions de supervision ou de formation/recyclage par l'AMPPF (Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la famille) et les CSCom. Cette supervision est mensuelle et couvre, entre autres, les aspects de disponibilité des intrants et de remplissage des supports. Aussi la Direction Régionale de la Santé (DRS) et le Dépôt Répartiteur de Cercle (DRC) complètent ce dispositif à travers les missions de supervision et des appels téléphoniques.

Au Niger, les agents DBC sont régulièrement suivis selon un rythme bien déterminé en fonction des niveaux: un suivi mensuel par le chef du CSI de rattachement, un suivi trimestriel par le district et semestriel par le niveau régional et un suivi conjoint du niveau central avec un échantillon de sites DBC en collaboration avec certaines ONG.

Les échanges initiés avec les différents acteurs dans le cadre de ce Guide ont permis d'identifier comme pratique prometteuse la mise en place d'un système de collecte des données sur les activités de distribution à base communautaire, l'implication de tous les niveaux de la pyramide sanitaire dans le suivi de DBC, et l'engagement des ONG qui par leur expérience dans les interventions au niveau communautaire et/ou dans la santé sexuelle et de la reproduction renforcent la supervision des ADBC. Cependant, la seule existence des outils de collecte ne garantit pas la remontée de données de qualité. La non-utilisation des outils de collecte de données par les ASC et/ou la non-transmission de données de qualité par les ASC fragilise la remontée des données de DBC. Ce constat est également partagé par l'UCP-SWEDD de la Côte d'Ivoire qui indique que « *les ASC, bien que formés à l'utilisation des outils, n'arrivent pas à toujours transmettre des données de qualité. C'est pour cela que le projet SWEDD, à travers le service suivi et évaluation et les ONG recrutées, les forme à ce sujet* ». Au Mali, l'une des recommandations issues des différents entretiens est d'« *améliorer les supports de collecte de données en utilisant les nouvelles technologies de l'information avec les applications sur les tablettes et smartphones afin de permettre l'accès aux bases de données à distance de façon instantanée* ». Ainsi, la formation des ADBC à l'utilisation correcte et la validation des données remontées participe à en améliorer la qualité.

Leçons apprises



LEÇON #10 : La formation des ADBC à l'utilisation des outils et leur implication dans la collecte des données permettent d'améliorer la remontée de données de qualité.



LEÇON #11 : La supervision des ADBC par les différents niveaux du système de santé et les ONG favorise une efficace prise de décisions d'amélioration des stratégies de DBC.



LEÇON #12 : La contractualisation avec des ONG pour la mise en œuvre des DBC est un atout pour la coordination et le suivi des différentes étapes de la DBC.

RÉSUMÉ DES LEÇONS CLÉS

| | | |
|--|----|--|
| Phase 1 : L'estimation des besoins en produits SRMNIN | 1 | La bonne coordination des activités d'estimation des besoins et l'implication des différentes parties prenantes (structure en charge de la santé mère et enfant, structure en charge de la chaîne d'approvisionnement, et partenaires appuyant l'achat des produits SRMNIN) participent à rendre les produits disponibles à temps. |
| Phase 2 : La communication et la sensibilisation des bénéficiaires | 2 | Il est important de prendre en compte et d'inclure la sensibilisation des hommes (maris) en amont des DBC pour améliorer l'adhésion des femmes aux méthodes offertes au cours de la DBC. |
| | 3 | L'implication des leaders religieux, chefs traditionnels et des jeunes dans la communication et la sensibilisation est un facteur de succès de la mobilisation autour des DBC. |
| Phase 3 : Le recrutement, la formation et la rémunération des agents DBC | 4 | La disponibilité d'acteurs de la communauté formés et motivés (engagés et rétribués financièrement) pour sensibiliser les bénéficiaires, collecter et faire remonter les données et, selon les pays, offrir des méthodes de contraception est un facteur important dans la réussite de la DBC. |
| | 5 | L'absence de moyens de déplacement adaptés limite les capacités des ADBC à mener leurs activités dans certaines zones difficiles d'accès. |
| | 6 | Les modalités de rémunération des ADBC influencent les capacités des pays à les maintenir à leur poste. |
| Phase 4 : Le déploiement des produits SRMNIN et l'offre de service de planification familiale | 7 | Le déploiement des produits selon un schéma directeur et circuit de distribution établi contribue à améliorer leur traçabilité et leur disponibilité à temps au niveau communautaire. |
| | 8 | Au-delà de la disponibilité des moyens logistiques, une bonne gestion de la flotte (entretien, maintenance, dotation en carburant etc.) permet d'assurer le déploiement efficace des produits SRMNIN. |
| | 9 | La diversification des stratégies de DBC permet d'élargir les possibilités d'offres de services de PF. |
| Phase 5 : La gestion des données, la supervision et le suivi de DBC | 10 | La formation des ADBC à l'utilisation des outils et leur implication dans la collecte des données permettent d'améliorer la remontée de données de qualité. |
| | 11 | La supervision des ADBC par les différents niveaux du système de santé et les ONG favorise une efficace prise de décisions d'amélioration des stratégies de DBC. |
| | 12 | La contractualisation avec des ONG pour la mise en œuvre de la DBC est un atout pour la coordination et le suivi des différentes étapes de la DBC. |

ANNEXE 1 : Méthodologie et échantillonnage

I. La méthodologie de collecte des données

Les informations contenues dans ce Guide ont été récoltées lors d'entretiens organisés par le Centre hospitalier des métiers de la pharmacie (CHMP) auprès de répondants sélectionnés dans le cadre de la documentation rétrospective sur la conceptualisation et la mise en œuvre des activités de la DBC. Parmi tous les pays SWEDD, la Côte d'Ivoire, le Niger et le Mali ont opté de participer dans les entretiens pour cette thématique. Les informations ont été recueillies à travers l'exploitation des rapports d'entretien avec les acteurs clés de la DBC dans ces trois pays, et la revue des documents tels que les documents de stratégies nationales de santé communautaire et les plans stratégiques nationaux de la chaîne d'approvisionnement. Les répondants de chaque pays ont été proposés par le partenaire technique et les consultants, en liaison avec les membres des UGP de chaque pays participant.

L'organisation des conversations s'est faite en face à face, ou virtuellement dans les circonstances où le face à face n'était pas possible. Les facilitateurs(trices) ont été munis d'un guide de conversation - développé par le partenaire technique - et qui comportait des questions sur la conceptualisation et la mise en œuvre des activités de la DBC. Lors des conversations, les facilitateurs(trices), à l'aide d'appareils d'enregistrement personnels (téléphones, tablettes, etc.), enregistraient les conversations puis les décryptaient plus tard avant de les consolider en synthèse.

II. Les sources de données

Les informations ont été recueillies à travers les interviews avec des informateurs clés pour la conceptualisation et le déroulement des activités de la DBC de trois pays du SWEDD listés ci-dessus. Ces informateurs ne constituent pas un échantillon systématique, mais sont plutôt la représentation d'un « échantillon de commodité et d'expériences plus accessibles à travers ces pays » et qui permettent de tirer parti de la capacité existante du SWEDD. Les informateurs pays sont décrits dans l'Annexe 2.

Pour des données globales sur le SRMNIN dans les trois pays, les informations proviennent de : les EDS (Enquête Démographique et de Santé) des trois pays impliquées dans ce Guide, des Plans Nationaux et Stratégiques des pays, et des recensements, tous de plusieurs années. Certaines autres informations proviennent des documents additionnels qui sont listés dans la Bibliographie ci-dessous.



ANNEXE 2 : Les interviewées lors de la rédaction du Guide

| Informateurs Interrogés | Pays |
|--|----------------------|
| En entretien individuel: deux représentants de l'UCP- SWEDD Côte d'Ivoire, un représentant de la Direction de l'Activité Pharmaceutique (DAP), une représentante du programme national de la santé de la mère et de l'enfant (PNSME), une représentante de la Direction de la Santé Communautaire (DSC) et deux représentants de l'UNFPA; En focus group: quatre ADBC et trois bénéficiaires | Cote d'Ivoire |
| En entretien individuel: un représentant de l'UGP-SWEDD Mali, un représentant de UNFPA, un représentant de la DPM; En focus group: quatre ADBC et trois bénéficiaires | Mali |
| En entretien individuel: un représentant de l'UGP SWEDD, un représentant de UNFPA, un représentant de la Direction de la Planification Familiale (DPF) | Niger |

Bibliographie

Analyse de l'impact du Covid 19 sur la mise en œuvre de la composante 2 du projet SWEDD. Document de travail.

Best, Kim. 1999. La distribution à base communautaire comble les lacunes. *Family Health International*. <https://www.caducee.net/DossierSpecialises/gyneco-obstetrique/la-distribution.asp>

Hoke, Theresa, et al. 2012. Distribution communautaire de contraceptifs injectables: stratégies d'introduction dans quatre pays d'Afrique subsaharienne. *Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique* 38(4) : 36-42. <https://www.guttmacher.org/fr/journals/ipsrh/2012/12/distribution-communautaire-de-contraceptifs-injectables-strategies>

Nations Unies. 2020-21. Cadre mondial d'indicateurs relatifs aux objectifs et aux cibles du Programme de développement durable à l'horizon 2030. *UN Statistics Division*. https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%202021%20refinement_Fre.pdf

USAID. Amélioration de la distribution jusqu'au dernier kilomètre en Côte d'Ivoire. Phase III –Préparation des pilotes de distribution au dernier kilomètre. *USAID : Programme Integrated Health Supply Chain Technical Assistance (IHSC-TA)*. https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00TR3V.pdf

Ce Guide fait partie d'une série qui documente d'une manière rétrospective le processus de mise en œuvre des interventions du projet SWEDD, et décrit les bonnes pratiques, les défis et les leçons apprises. Le projet "Autonomisation des Femmes et Dividende Démographique au Sahel" (SWEDD) a été lancé en novembre 2015 avec le soutien financier de la Banque mondiale, et l'appui technique du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et de l'Organisation Ouest-Africaine pour la Santé (OOAS). Le SWEDD vise l'accélération de la transition démographique, le déclenchement du dividende démographique, et la réduction des inégalités du genre au Sahel. La motivation pour cette série est le fait que le SWEDD est devenu un cadre stratégique pour les décideurs politiques, les leaders d'opinion (chefs traditionnels et religieux, et autres leaders communautaires), et la communauté permettant de traiter ensemble des sujets considérés comme sensibles dans la région. Au total quatre Guides de cette série, dont celui-ci, visent à documenter les expériences de mises en œuvre dans le cadre des interventions du composante 2 du SWEDD avec l'objectif d'améliorer l'offre de service de santé de reproduction. Il s'agit des interventions en matière de Distribution à Base Communautaire (DBC) pour rapprocher les services et produits des communautés (Guide numéro 9) ; les expériences en matière de renforcement de capacités du personnel soignant notamment les sage-femmes grâce à la mise en place du mentorat (Guide numéro 10) et des centres d'excellence (Guide numéro 11) ; et le déploiement de ces sage-femmes pour combler le déficit de personnel sur le terrain notamment dans les zones rurales (Guide numéro 12). Toutefois l'exploitation des enseignements issus de cette documentation n'implique pas la prise en compte systématique et simultanée des quatre interventions.