

MINISTERE DE LA SANTE
CABINET
Secrétariat Général
Direction des Soins de Santé Primaires
Division de la Santé Familiale



**EVALUATION DE LA STRATEGIE DE DISTRIBUTION A
BASE COMMUNAUTAIRE (DBC) DES PRODUITS
CONTRACEPTIFS AU TOGO.**

Rapport provisoire

Avec l'appui du

Fonds des Nations Unies pour la Population



Cabinet ASK Consulting

Novembre 2014

Sommaire

Liste des graphiques	5
Sigles et acronymes	6
Avant-propos	8
Résumé exécutif de la stratégie	9
Tableau de progression des indicateurs clés	10
Résumé exécutif	12
I. Introduction	19
II- Contexte, objectifs, résultats attendus et méthodologie de l'évaluation.....	21
2.1- Contexte et justification	21
2.2- Objectifs de l'évaluation de la DBC	21
2.3- Résultats attendus.....	22
2.4- Méthodologie de l'évaluation.....	22
2.4.1- Démarche méthodologique	22
2.4.2- Zone couverte par l'évaluation.....	22
2.4.3- Cibles de l'évaluation.....	23
2.4.4- Echantillonnage.....	23
2.4.5- Conception des outils de collecte	25
2.4.6- Recrutement et formation des agents de collecte	25
2.4.7- Déroulement de la collecte.....	26
2.4.8- Bilan de la collecte des données.....	26
2.4.9- Saisie et traitement des données.....	26
2.4.10- Difficultés rencontrées	27
III. Contexte de la stratégie de Distribution à Base Communautaire au Togo	28
IV. Résultats	29
4.1- La pertinence de la stratégie DBC.....	29
4.1.1. Alignement sur les stratégies nationales.....	29
4.1.2. Pertinence des activités de la stratégie.....	31
4.1.3. Adéquation de la stratégie avec les besoins des communautés	32
4.2- Efficacité de la stratégie	33
4.2.1. Analyse des indicateurs de processus	33
4.2.2. Efficacité en termes de performance des ASC	36
4.2.3. Analyse des indicateurs d'effet.....	47
4.2.3.1- Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés	47
4.2.3.2- Niveau de connaissance et perception des méthodes PF.....	49
4.2.3.3- Utilisation des méthodes PF.....	54
4.2.3.4- Perception de la qualité de prestation de services des ASC	69
4.3. Efficience.....	73
4.4. Partenariat, Synergie d'actions et Implication des acteurs dans la mise en œuvre de la DBC.....	74
4.5- Dispositif de suivi-évaluation.....	77
4.6- Pérennisation	78
4.7- Insuffisances constatées	81
4.8- Leçons apprises	82
4.9- La mise à échelle	83
V- Conclusion et recommandations	85
Références bibliographiques	87
Annexes	88

Liste des tableaux

Tableau 2.01 : Détermination de la taille de ménage par district	24
Tableau 2.02: Récapitulatif des outils de collecte des données	25
Tableau 2.03 : Récapitulatif de la situation de la collecte des données par district.....	26
Tableau 4.01 : Evolution la prévalence en PF par district test	33
Tableau 4.02 : Niveau de mise en œuvre des activités	35
Tableau 4.03 : Caractéristiques sociodémographiques des ASC contractuels	36
Tableau 4.04 : Pourcentage des ASC ayant reçus une formation formelle en PF avant le début des prestations.....	37
Tableau 4.05 : Pourcentage des ASC qui sont sur d'autres programmes.....	39
Tableau 4.06 : Pourcentage des ASC par type de collaboration qui existe entre eux.....	40
Tableau 4.07 : Pourcentage des ASC ayant connu une rupture de stock.....	42
Tableau 4.08 : Pourcentage d'ASC ayant réalisé le nombre requis de causeries éducatives par période ..	42
Tableau 4.09 : Pourcentage d'ASC ayant rendu visite aux femmes par période.....	43
Tableau 4.10 : Pourcentage d'ASC ayant référé les personnes par période	43
Tableau 4.11 : Pourcentage d'ASC ayant distribué les cycles de pilules par période.....	44
Tableau 4.12 : Pourcentage d'ASC ayant distribué les injectables par période	44
Tableau 4.13 : Pourcentage d'ASC ayant référé les femmes enceintes.....	45
Tableau 4.14 : Pourcentage des compétences techniques des ASC	45
Tableau 4.15 : Nombre d'ASC fonctionnels	46
Tableau 4.16: Répartition des enquêtés selon les caractéristiques sociodémographiques.....	48
Tableau 4.17 : Répartition des femmes enquêtées ayant une fois accouché et le nombre moyen d'enfants	49
Tableau 4.18 : Répartition des femmes enquêtées selon la connaissance des méthodes PF	52
Tableau 4.19: Répartition des enquêtés selon leur avis sur l'utilisation de la PF par les femmes	53
Tableau 4.20: Répartition des enquêtés selon leur exposition à la sensibilisation sur la PF	54
Tableau 4.21: Proportion d'enquêtes utilisant les méthodes de Planification familiale	55
Tableau 4.22 : Proportion des enquêtes utilisant les méthodes de la PF et ayant obtenu l'accord du conjoint	58
Tableau 4.23 : Avis des enquêtés sur la décision des femmes à faire la PF sans l'avis de leur conjoint	59
Tableau 4.24 : Proportion des enquêtés ayant ressenti des effets secondaires	60
Tableau 4.25 : Proportion des enquêtés selon l'intention d'utilisation et préférence	61
Tableau 4.26 : Répartition des femmes selon la planification du nombre d'enfants et les raisons d'en avoir eu plus que prévu	63
Tableau 4.27: Proportion des femmes enceintes qui sont allées à la consultation dans un centre de santé	65
Tableau 4.28 : Proportion des enquêtés ayant un enfant de moins de 12 mois et le lieu d'accouchement de cet enfant	65
Tableau 4.29 : Proportion des femmes ayant un enfant de moins de 12 mois et qui ont reçu les conseils des ASC sur l'allaitement exclusif durant 6 premiers mois	67
Tableau 4.29 : Proportion des enquêtés ayant fait leur test de VIH sida	69
Tableau 4.30 : Proportion des enquêtés connaissant l'existence des ASC et leurs ayant participé aux activités des ASC.....	71
Tableau 4.31 : Proportion des enquêtés selon le thème de discussion lors de la dernière visite d'un ASC	72
Tableau 4.32 : Proportion des enquêtés selon la qualité de service des ASC.....	73
Tableau 4.33 : Valeurs des CAP par année et district	74
Tableau 1.01 : Quelques indicateurs sur la santé de reproduction en 2010 et 2013 au Togo.....	88
Tableau An.01: Répartition des enquêtés selon leur connaissance de l'existence de moyens ou produit PF	89
Tableau An.02: Répartition des femmes selon la méthode de Planification familiale utilisée actuellement	90
Tableau An.03: Perception enquêtés des problèmes de santé dans la communauté.....	91
Tableau An.04: Connaissance spontanée des méthodes de planification familiale chez les enquêtés par district	92

Tableau An.05 : Proportion des enquêtés connaissant l'existence des ASC et leurs activités.....	93
Tableau An.06 : Exactitude des données des ASC.....	94
Tableau 3.01 : Répartition des districts de mise en œuvre de DBC	96
Tableau 3.02 : Répartition des districts de mise en œuvre de DBC par nombre d'USP, nombre de villages et nombre d'ASC.....	97

Liste des graphiques

Graphique 4.01 : Pourcentage des ASC par type d'outils disponible et la qualité de remplissage	38
Graphique 4.02 : Difficultés de remplissage des outils	38
Graphique 4.03 : Pourcentage des ASC par type de matériels disponibles et leur état	40
Graphique 4.04 : Répartition des ASC selon le lieu de stockage des produits contraceptifs	41
Graphique 4.05 : Perception enquêtés des problèmes de santé dans la communauté	50
Graphique 4.06 : Perception des besoins non satisfaits selon les districts	60
Graphique 4.07 : Proportion des femmes selon les méthodes modernes PF préférées.....	62
Graphique 4.08 : Proportion des hommes selon les méthodes modernes PF préférées.....	62
Graphique 4.09 : Proportion de femmes sexuellement actives enquêtées selon qu'elles soient enceintes et le désir d'en avoir.....	63
Graphique 4.10 : Proportion des femmes enceintes selon les raisons de non utilisation de méthodes PF pour éviter une grossesse non désirée.....	64
Graphique 4.11 : Proportion des enquêtés selon la Connaissance de cas de décès des femmes enceintes et allaitantes	68
Graphique 4.12 : Perception des enquêtés selon la connaissance de l'existence des ASC	70
Graphique 4.13 : Perception des enquêtés selon les activités des ASC.....	70
Graphique An.01 : Prévalence contraceptive moderne (femmes en union), selon l'EDST-I 1988, EDST-II 1998, MICS 2010 et EDST-III 2013	101

Sigles et acronymes

3ASC	: Association d'Appui aux Activités de Santé Communautaire
ADESCO	: Appui au Développement et à la Santé Communautaire
AFD	: Agence Française de Développement
ASC	: Agent de Santé Communautaire
ATBEF	: Association Togolaise pour le Bien-Etre Familial
AWARE	: Action for West Africa Region
CAP	: Couple Année Protection
CDQ	: Comité de Développement de Quartier
COGES	: Comité de Gestion de Santé
CVD	: Comité Villageois de Développement
DBC	: Distribution à Base Communautaire
DIU	: Dispositif Intra-Utérin
DPS	: Direction Préfectorale de Santé
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DSF	: Division de de la Santé de la Famille
ECD	: Equipe Cadre de District
ECR	: Equipe Cadre de Région
EDST	: Enquête Démographique et de Santé au Togo
IBC	: Interventions à Base Communautaire
ICP	: Infirmier Chef de Poste
IEC/CCC	: Information, Education et Communication/Communication pour un Changement de Comportement
IPPF	: Fédération Internationale pour la Planification Familiale
ISF	: Indice Synthétique de Fécondité
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
MAMA	: Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MICS	: Enquête par grappes à indicateurs multiples
MILDA	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation non Gouvernementale
PCIMNE-C	: Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant au niveau Communautaire
PF	: Planification Familiale
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PSI	: Population Service International
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PTME	: Prévention de la Transmission du VIH de la Mère-Enfant
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
Sida	: Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise
SMI	: Soins Maternels et Infantiles
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SR	: Santé de Reproduction

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID : United States Agency for International Development
USP : Unité de Soins Périphériques
VIH : Virus Immunodéficience Humaine

Avant-propos

Le Togo est manifestement engagé dans la promotion de la santé reproductive, lequel engagement a été réaffirmé par le développement du Plan d'action pour le repositionnement de la Planification Familiale (PF) au Togo. En effet, le pays a participé à un haut niveau à la conférence sur «Population, planification familiale et développement : l'urgence d'agir» tenue du 8 au 10 février 2011 à Ouagadougou ainsi qu'à la conférence de Sally Mbour au Sénégal sur «l'engagement de la société civile en faveur de la planification familiale» en Septembre 2011. A la suite de ces conférences, le Togo a développé, à travers un processus participatif et inclusif, un plan d'action pour le repositionnement de la planification familiale qui a associé tous les acteurs clés dans le but de saisir toutes les opportunités stratégiques.

Tenant compte de ce contexte, le Ministère de la Santé a fait de la Planification Familiale (PF) une priorité. La PF est l'une des interventions les plus bénéfiques pour l'amélioration de la santé des mères et des enfants. Dans ce sens, la PF réduit la mortalité maternelle et néonatale, le nombre de grossesses non planifiées et permet l'espacement des grossesses. La contraception contribue à sauver les vies de milliers de mères et d'enfants chaque année. En plus de sauver des vies, la PF contribue à ralentir le rythme de croissance de la population, permettant la réalisation des stratégies de développement du pays.

Profondément convaincu de l'importance de la Planification Familiale face aux défis de la santé reproductive, de la croissance démographique galopante (2,84% par an), de la mortalité maternelle et néonatale, le Togo prend un engagement majeur à travers ce plan d'action pour le repositionnement de la planification familiale en se fixant comme objectif pragmatique et réaliste de porter la prévalence contraceptive de 15,2% en 2012 à 24,3 % en 2017.

Ce plan s'articule autour de quatre principaux axes prioritaires :

- ✓ *Augmenter la demande des populations en matière de planification familiale*
- ✓ *Améliorer l'accessibilité et l'offre des services de planification familiale*
- ✓ *Créer un environnement habilitant*
- ✓ *Améliorer la coordination du programme de planification familiale.*

La réussite de ce plan d'action dépend non seulement de l'engagement du gouvernement et des acteurs de la Planification Familiale mais aussi des innovations stratégiques dans le domaine. C'est dans cette optique que la distribution à base communautaire a été mise en œuvre dans certains districts avec l'appui de différents partenaires. Aujourd'hui, la nécessité d'évaluer cette stratégie s'impose à tous les acteurs afin de passer à l'échelle.

Le Ministère de la Santé à travers la Division de la Santé Familiale (DSF) remercie toutes les organisations, institutions et personnes qui ont contribué à la réalisation de cette évaluation en participant aux travaux depuis l'équipe opérationnelle jusqu'à la validation du document.

Les remerciements vont principalement aux partenaires techniques et financiers, notamment le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), aux Organisations Non Gouvernementales (ONG), aux communautés enquêtées ainsi qu'au cabinet ASK Consulting commis pour l'expertise.

Résumé exécutif de la stratégie

Stratégie : Distribution à Base Communautaire des produits contraceptifs au Togo			
Objectif : Réduire le taux de mortalité maternel et infantile au Togo			
Date de début : Juin 2011			
Lieu de mise en œuvre :			
Maritime	Plateaux	Centrale	Savanes
<ul style="list-style-type: none"> • Yoto • Vo • Avé¹ • Zio¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Haho • Ogou 	<ul style="list-style-type: none"> • Blitta • Tchamba 	<ul style="list-style-type: none"> • Kpendjal • Oti
Partenaires de mise en œuvre :			
<ul style="list-style-type: none"> • 3ASC dans la région des Savanes • ADESCO dans la région Centrale • ATBEF dans la région Maritime et des Plateaux 			
Partenaires techniques et Financier : USAID ; UNFPA ; AFD ; OMS			
Organisme de coordination : DSF ; DSC ; DSP			
Activités de la stratégie :			
ONG :			
<ul style="list-style-type: none"> • Sélection des ASC par la communauté bénéficiaire • Formation des ASC • Motivation des ASC • Supervision technique des ASC par les ICP chaque mois • Suivi des ASC par les animateurs et le chargé de suivi 			
ASC :			
<ul style="list-style-type: none"> • Organisation des causeries éducatives • Administration des méthodes contraceptives (Pilule, Injectable, Préservatif) • Référence des femmes vers les USP pour les méthodes de longue durée • Prise en charge des effets secondaires • Référence des femmes enceintes • Gestion de stock des méthodes contraceptives 			

¹ La stratégie DBC n'était pas encore mise en œuvre dans ces deux districts au moment de l'évaluation.

Tableau de progression des indicateurs clés

Tableau comparatif des indicateurs entre les districts test et les districts témoin

N°	Indicateurs	VO ²	Zio	Kpendjal ³	Tandjoaré	Blitta ⁴	Haho	Wawa
1	Proportion de femmes ayant été sensibilisées sur la PF durant les 12 derniers mois	70% **	19%	84% ^{ns}	81%	71% **	71% **	22%
2	Proportion d'hommes ayant été sensibilisés sur la PF durant les 12 derniers mois	68% **	19%	81% ^{ns}	74%	69% **	73% **	21%
3	Proportion de femmes ayant été sensibilisées par un ASC sur la PF durant les 12 derniers mois	76% **	10%	82% **	19%	84% **	89% **	3%
4	Proportion d'hommes ayant été sensibilisés par un ASC sur la PF durant les 12 derniers mois	79% **	11%	73% **	25%	85% **	89% **	6%
5	Proportion de femmes connaissant au moins une méthode moderne de PF	99% ^{ns}	98%	99% ^{ns}	98%	96% ^{ns}	100% **	98%
6	Proportion d'hommes connaissant au moins une méthode moderne de PF	99% ^{ns}	97%	99% ^{ns}	100%	98% ^{ns}	100% **	97%
7	Proportion de femmes connaissant au moins une méthode moderne de PF autre que le préservatif	99% ^{ns}	98%	99% *	97%	95% ^{ns}	100% **	97%
8	Proportion d'hommes connaissant au moins une méthode moderne de PF autre que le préservatif	99% **	92%	97% ^{ns}	99%	96% ^{ns}	100% **	96%
9	Proportion de femmes ayant une fois utilisé une méthode PF	56% **	46%	56% *	49%	72% **	57% ^{ns}	51%
10	Proportion d'hommes ayant une fois utilisé une méthode PF	63% ^{ns}	63%	57% ^{ns}	56%	78% **	61% ^{ns}	55%
11	Proportion de femmes sous une méthode moderne de PF au moment de l'enquête	34% **	21%	43% **	32%	40% **	33% ^{ns}	28%
12	Proportion de femmes sous une méthode moderne de PF autre que le préservatif au moment de l'enquête	29% **	14%	42% **	27%	33% **	31% **	23%
13	Proportion de femmes sous pilule ou sous injectable au moment de l'enquête	45% **	11%	63% **	26%	35% *	43% **	29%
14	Besoins non satisfaits en PF	32% ^{ns}	39%	5% ^{ns}	14%	19% ^{ns}	14% ^{ns}	17%
15	Proportion de femmes enceintes ayant été référée par un ASC vers les centres de santé	55% **	19%	58% **	22%	40% ^{ns}	38% ^{ns}	24%
16	Proportion de femmes enceintes ayant fait la CPN	60% ^{ns}	68%	72% ^{ns}	72%	67% ^{ns}	66% ^{ns}	57%
17	Proportion de femmes enceintes ayant fait le test de dépistage du VIH au moment de la grossesse	46% ^{ns}	57%	48% ^{ns}	47%	29% ^{ns}	35% ^{ns}	46%
18	Proportion d'enfants de 0-12 mois nés dans un centre de santé	76% *	64%	58% **	74%	68% **	66% **	90%
19	Proportion de femmes allaitantes conseillées par un ASC pour appliquer la MAMA	46% **	26%	69% ^{ns}	60%	70% **	51% **	8%
20	Proportion de femmes allaitantes ayant appliqué la MAMA	66% *	51%	77% ^{ns}	65%	79% **	79% **	38%
21	Proportion de femmes ayant fait le test de dépistage du VIH	54% ^{ns}	51%	37% ^{ns}	43%	46% ^{ns}	33% **	46%
22	Proportion d'hommes ayant fait le test de dépistage du VIH	37% ^{ns}	36%	30% ^{ns}	35%	24% ^{ns}	28% ^{ns}	30%

** la proportion dans le district test est significativement différente de celle du district témoin au seuil de 1%

* la proportion dans le district test est significativement différente de celle du district témoin au seuil de 5%

^{ns} la proportion dans le district test n'est pas significativement différente de celle du district témoin

² Le district de VO est le district test et son district témoin est celui de Zio

³ Le district de Kpendjal est le district test et son district témoin est celui de Tandjoaré

⁴ Les districts de Blitta et Haho sont les districts test et leur district témoin est celui de Wawa

Tableau comparatif des indicateurs dans le temps au sein des districts test

N°	Indicateurs	VO		KPENDJAL		Blitta		Haho	
		2012	2014	2012	2014	2011	2014	2011	2014
1	Proportion de femmes ayant été sensibilisées sur la PF durant les 12 derniers mois	74%	70% ^{ns}	65%	84% ^{**}	-	71%	-	71%
2	Proportion d'hommes ayant été sensibilisés sur la PF durant les 12 derniers mois	67%	68% ^{ns}	67%	81% ^{**}	-	69%	-	73%
3	Proportion de femmes ayant été sensibilisées par un ASC sur la PF durant les 12 derniers mois	65%	76% ^{**}	68%	82% ^{**}	-	84%	-	89%
4	Proportion d'hommes ayant été sensibilisés par un ASC sur la PF durant les 12 derniers mois	71%	79% ^{ns}	63%	73% [*]	-	85%	-	89%
5	Proportion de femmes connaissant au moins une méthode moderne de PF	73%	99% ^{**}	64%	99% ^{**}	-	96%	-	100%
6	Proportion d'hommes connaissant au moins une méthode moderne de PF	77%	99% ^{**}	76%	98% ^{**}	-	98%	-	100%
7	Proportion de femmes connaissant au moins une méthode moderne de PF autre que le préservatif	66%	99% ^{**}	63%	99% ^{**}	-	95%	-	100%
8	Proportion d'homme connaissant au moins une méthode moderne de PF autre que le préservatif	61%	99% ^{**}	72%	97% ^{**}	-	96%	-	100%
9	Proportion de femmes ayant une fois utilisé une méthode PF	34%	56% ^{**}	29%	56% ^{**}	-	72%	-	57%
10	Proportion d'hommes ayant une fois utilisé une méthode PF	44%	63% ^{**}	39%	57% ^{**}	-	78%	-	61%
11	Proportion de femmes sous une méthode moderne de PF au moment de l'enquête	32%	34% ^{ns}	21%	43% ^{**}	-	40%	-	33%
12	Proportion de femmes sous une méthode moderne de PF autre que le préservatif au moment de l'enquête	22%	29% ^{ns}	17%	42% ^{**}	-	33%	-	31%
13	Proportion de femmes sous pilule ou sous injectable au moment de l'enquête	19%	45% ^{**}	13%	63% ^{**}	-	35%	-	43%
14	Besoins non satisfaits en PF	-	32%	-	5%	-	19%	-	14%
15	Proportion de femmes enceintes ayant été référées par un ASC vers les centres de santé	17%	55% ^{**}	27%	58% ^{**}	-	40%	-	38%
16	Proportion de femmes enceintes ayant fait la CPN	50%	60% ^{ns}	54%	72% ^{ns}	-	67%	-	66%
17	Proportion de femmes enceintes ayant fait le test de dépistage du VIH au moment de la grossesse	31%	46% ^{ns}	43%	48% ^{ns}	-	29%	-	35%
18	Proportion d'enfants de 0-12 mois nés dans un centre de santé	65%	76% ^{ns}	26%	58% ^{**}	-	68%	-	66%
19	Proportion de femmes allaitante conseillée par un ASC pour appliquer la MAMA	27%	46% ^{**}	38%	69% ^{**}	-	70%	-	51%
20	Proportion de femmes allaitantes ayant appliqué la MAMA	42%	66% ^{**}	78%	77% ^{ns}	-	79%	-	79%
21	Proportion de femmes ayant fait le test de dépistage du VIH	30%	54% ^{**}	31%	37% [*]	-	46%	-	33%
22	Proportion d'hommes ayant fait le test de dépistage du VIH	22%	37% ^{**}	18%	30% ^{**}	-	24%	-	28%

** la proportion de 2014 est significativement différente de celle de l'année de base au seuil de 1%

* la proportion de 2014 est significativement différente de celle de l'année de base au seuil de 5%

^{ns} la proportion de 2014 n'est pas significativement différente de celle de l'année de base

Résumé exécutif

Dans le cadre du repositionnement de la planification familiale au Togo, le gouvernement a initié plusieurs stratégies avec l'appui des partenaires. Au nombre de ces stratégies, on distingue la Distribution à Base Communautaire (DBC) des produits contraceptifs dans dix districts parmi lesquels on retrouve Blitta, Haho, Vo et Kpendjal qui sont les districts test. Pour apprécier les résultats immédiats des interventions des acteurs sur le terrain notamment les ASC et analyser la stratégie adoptée par les ONG sur le terrain, une évaluation a été effectuée.

Population et méthodes

Il s'est agi d'une évaluation menée en août 2014 au sein des ménages de sept districts. L'enquête a été basée sur des échantillons de femmes en âge de procréer de 15 à 49 ans et d'hommes, chefs de ménage dans des localités situées à plus de 5 km d'une unité de soins périphérique, identifiés pour bénéficier des interventions du projet. Au total 2223 ménages et 131 ASC ont été enquêtés pour l'étude quantitative. D'autres acteurs ont été touchés, notamment les DRS, les DPS, les Chargés SR des districts, les ICP, les ONG ainsi que les leaders communautaires pour l'étude qualitative. Les données sur la pertinence, l'efficacité, la pérennité et l'efficacité de la DBC ont été collectées à l'aide d'entretiens individuels, de discussions de groupes par des enquêteurs formés et d'une recherche documentaire. De même, les connaissances, perceptions et utilisation de méthodes de PF des communautés, le niveau d'implication de la communauté ainsi que la qualité des données fournies par les ASC, leur performance, la complétude des rapports et le circuit de reporting, la synergie entre les différents acteurs, le système de suivi mis en place ont été renseignés.

Caractéristiques sociodémographiques

Au total 5162 individus dont 3393 femmes et 1769 hommes ont été enquêtés. La proportion des districts vont de 11,5% à Tandjoaré à 16,4% à Blitta. La majorité des personnes interviewées sont des individus de la tranche d'âge compris entre 25 et 34 ans. Les personnes de plus de 45 ans ne représentent qu'environ 14 % des individus interviewés. La répartition selon le niveau d'instruction montre que 43% des enquêtés n'ont aucun niveau et près d'un quart d'entre eux ont le niveau secondaire et plus. Les femmes interviewées sont moins instruites que les hommes. En effet, plus de la moitié des femmes (51%) n'ont aucun niveau contre 28% chez les hommes.

Pertinence et efficacité de la stratégie

S'agissant de la pertinence, l'évaluation conclut que la stratégie DBC est d'un niveau de pertinence élevé. Il est constaté non seulement un alignement sur les stratégies nationales (Politiques et Normes en Santé de Reproduction, Objectifs du Millénaire pour le Développement ; Politique Nationale des Interventions à Base Communautaire) mais aussi une bonne cohérence entre les activités et la stratégie de mise en œuvre. Par ailleurs, la stratégie est en parfaite adéquation avec les problèmes de santé récurrents que vivent les communautés rurales. D'une part, les besoins enregistrés en PF montrent que 29,4% dans Haho et 28,4% dans Blitta des femmes désirent une contraception mais 3 femmes sur 10 (31,8%) ne l'avaient pas encore utilisé. D'autre part, l'intention d'utiliser une méthode contraceptive est plus forte dans le district de Kpendjal (77% chez les hommes et 75% chez les femmes) que dans le Vo (50% chez les hommes et 47% chez les femmes). Ces besoins non satisfaits rendent compte de la situation inquiétante qui prévaut dans ces localités et la DBC répond bien à ces situations.

Aussi, les ressources allouées à la stratégie ont été utilisées convenablement avec un taux variant entre 84% et 95%. Malgré les montants apparemment élevés par rapport aux budgets des autres

stratégies mises en œuvre (stratégie fixe, mobile, avancée,...), les couvertures contraceptives de Vo et Kpendjal passent respectivement de 7%, 8% en 2011 à 43%, 20% en 2013.

✚ Efficacité de la stratégie

Par rapport à l'efficacité, il faut signaler que le niveau de réalisation est relativement élevé dans les districts de Vo et Kpendjal. Quoique, les activités comme le nombre de personnes référées aux USP, le nombre de cycles de pilules distribués, le nombre de femmes enceintes suivies n'ont pas pu être à 100%. Plus spécifiquement l'évolution des indicateurs permet d'apprécier l'efficacité de la stratégie. Ces données se présentent comme suit :

☞ Connaissance des méthodes de planification familiale

On constate que le niveau de connaissance est assez élevé dans l'ensemble. Par rapport aux districts, on note une légère avance du niveau de connaissance dans les districts du projet sur celui des districts témoins. En termes de connaissance d'au moins une méthode moderne de PF, le niveau est élevé. Comparé à l'étude de base menée en 2012, 77% des hommes et 73% des femmes dans le Vo et respectivement 76% et 64% dans le Kpendjal connaissaient au moins une méthode PF. En effet, chez les femmes, il est de 86,6% pour la connaissance spontanée et de 97,6% après description ; chez les hommes, il est de 87,3% et 97,6%, respectivement. S'agissant des méthodes, ce niveau de connaissance est différent. Il ressort que les méthodes les plus connues par les personnes enquêtées après description desdites méthodes par l'enquêteur sont l'utilisation des préservatifs (88%), les pilules (82%), les injectables (88%) et le jodelle (65%).

☞ Niveau d'utilisation des méthodes de la PF

Parmi les enquêtés, 55% des femmes versus 60% des hommes ont une fois utilisé une méthode de la planification familiale contre 31% de femmes et 41% d'hommes lors des études de base de 2012. On remarque que les proportions d'enquêtés ayant déclaré avoir utilisé une fois les méthodes de la PF dans les districts témoins sont légèrement inférieures à celles des districts du projet. Par rapport à l'utilisation actuelle de ces méthodes, on note qu'elle est relativement plus élevée chez les célibataires (56,5% des femmes et 63,4% % des hommes), chez les plus jeunes (36% de femmes et 52% des hommes) et chez les enquêtés du niveau d'instruction secondaire et plus (44% chez les femmes et 52%% chez les hommes). S'agissant de l'utilisation des méthodes autre que le préservatif, le constat est que la proportion des utilisateurs dans les districts témoins demeure inférieure à celles des districts du projet.

☞ Besoins en planification familiale

Parmi les enquêtés non utilisateurs de méthodes PF, 60,5% des femmes et 59% de leur conjoint ont l'intention de l'utiliser. Ces proportions tournent autour de 60% selon les études de base. Cette intention est plus forte dans la zone du projet que dans la zone témoin que ce soient chez les hommes ou chez les femmes. Cette situation peut s'expliquer par le fait que la zone du projet a été sensibilisée sur le bien-fondé de l'utilisation des méthodes PF et leurs préjugés sur les méthodes PF se sont dissipés. Pour les femmes enceintes, 28% d'entre elles n'avaient pas désiré leur grossesse. Cet avis est plus remarqué dans les zones témoins (36%) que dans les zones de mise en œuvre du projet (24%), ce qui peut s'expliquer par le manque d'information.

☞ Consultation prénatale

Parmi les 10% des femmes enceintes enquêtées, 66% avaient déjà fait une consultation prénatale et 38% l'ont faite suite à une référence par un ASC. A l'étude de base, 10% aussi des femmes rencontrées étaient enceintes dont 52% avaient déjà fait une consultation prénatale. Dans l'ensemble des districts, le pourcentage des femmes enceintes ayant déjà fait une consultation prénatale est de 65,9%. Par rapport aux districts, ce sont les districts de Kpendjal et Tandjoaré

qui enregistrent les plus forts taux de consultations prénatales alors que Wawa enregistre le plus faible taux.

✚ Perception des méthodes de planification familiale et exposition aux sensibilisations

La Planification Familiale est bien perçue dans l'ensemble par les enquêtés. Ils sont 91,6 % des femmes et 90,1 % des hommes à penser que la PF est une bonne chose comparativement à 86% de femmes et de 84% d'hommes en 2012. Cette bonne perception demeure quel que soit l'âge, le niveau d'instruction et la situation matrimoniale.

En ce qui concerne la participation aux sensibilisations, 60% des femmes et 58% des hommes avaient déjà bénéficié d'information ou de sensibilisation sur la planification familiale. En fonction du district sanitaire, à l'exception du district de Tandjoaré où une forte proportion (81% pour les femmes et 73% pour les hommes) déclare avoir été sensibilisée, seulement 2 enquêtés sur 10 ont déclaré avoir été sensibilisés dans les autres districts témoins (Zio et Wawa) contre 7 personnes sur 10 dans les districts du projet.

✚ Qualité des données des ASC

En termes de qualité des données, l'évaluation conclut une définition harmonisée de tous les indicateurs collectés par les ASC. En effet, il a été noté que tous les indicateurs sont clairement définis dans le manuel de formation de l'ASC et dans le manuel de suivi - évaluation de chaque ONG. De plus, la conformité entre les données issues d'une part des registres versus des rapports des ASC, d'autre part celles issues des rapports des ASC versus des rapports des ONG a été appréciée. Il en ressort que les données sont relativement exactes sauf pour l'indicateur « nombre de personnes touchées par les activités de sensibilisation sur la planification familiale ». En effet, les données issues des registres des ASC concordent avec celles de leurs rapports jusqu'à 96% pour le mois de janvier 2013 en termes de nombres de nouvelles utilisatrices de pilules. Pour les injectables, elles concordent dans 92% des cas. S'agissant du nombre d'anciennes utilisatrices de méthodes contraceptives, les données des rapports des ASC versus celles des ONG sont exactes dans au moins 57% des cas pour le mois de juin 2014.

✚ Performance des ASC

S'agissant du référencement des personnes vers les USP, l'analyse montre qu'aucun ASC n'a pu le réaliser totalement. D'ailleurs, les proportions obtenues sont faibles. En 2013, la proportion la plus élevée des ASC ayant référé des personnes en un (1) mois est de 50%. Ce pourcentage a été enregistré dans le district de Kpendjal alors qu'il est de 43,3% dans le Vo.

Pour l'activité de distribution des cycles de pilules, les ASC du district de Vo enregistrent plus de performance. En 2014, 70% des ASC ont atteint leur quota à Vo alors qu'aucun ASC ne l'a atteint dans le Kpendjal en sept (7) mois.

La performance enregistrée au niveau des injectables est élevée. En effet, 86,7% des ASC du district de Kpendjal ont pu atteindre ce quota par mois contre 76,7% dans le Vo en 2012. Les performances sont encore meilleures en 2013 et 2014 où la totalité des ASC de Kpendjal l'ont atteint par mois.

En ce qui concerne les visites à domicile aux femmes utilisatrices de méthodes PF, tous les ASC n'ont pas atteint ce quota de visites à effectuer. Les proportions varient de 11,7% à 91,7% dans Kpendjal contre 53,3% à 98,3% dans Vo.

En termes de causeries éducatives, l'ensemble des ASC de Kpendjal ont atteint leur quota sauf pour la période des 12 derniers mois où seulement 41,7% l'ont atteint contre 6,7% dans le Vo.

L'une des missions des ASC est de faire aussi le suivi des femmes enceintes dans leurs localités en les référant vers les centres de santé. Ce suivi n'a pas été systématique dans les districts. Très peu d'ASC ont accompli cette obligation. En 2013 et sur une période d'un (1) mois, 60% (Kpendjal) et 63% (Vo) des ASC ont référé trois (3) femmes enceintes comme indiqué dans leurs tâches contractuelles. La mesure de cet indicateur pose des problèmes sur le terrain dans le cas où d'un mois à l'autre ou d'un trimestre à l'autre voire un semestre à l'autre, la même femme enceinte pourrait être comptabilisée deux fois, si sa grossesse n'a pas été à terme.

De plus, l'évaluation technique effectuée par les ICP montre que 99% des ASC sont capables d'administrer correctement les différentes méthodes PF et 90% d'entre eux organisent efficacement les causeries éducatives.

La proportion des ASC ayant reçu une formation formelle en PF avant le début des prestations est élevée, 97,7%. Le reste étant des ASC remplaçants, ils ont été formés sur le tas. Il a également été observé que 5% des ASC éprouvent des difficultés à remplir correctement tous les outils. L'indication selon laquelle il faut absolument conserver les produits contraceptifs dans la caisse afin d'assurer leur sécurisation n'est pas respectée par 12% des ASC.

Ces situations doivent interpeller les acteurs clés du système sur la subjectivité liée à la définition des quotas des indicateurs et la difficulté de réalisation de certaines activités.

✚ Complétude des rapports

La complétude des rapports a été mesurée par rapport à la fonctionnalité des ASC. Il est constaté que le nombre d'ASC fonctionnels est inférieur au nombre d'ASC recrutés sur des périodes. Le nombre d'ASC fonctionnels est décroissant dans le district de Haho. Dans le district de Vo, les 60 ASC n'ont jamais été fonctionnels sur les périodes considérées. Les raisons évoquées pour les ASC non fonctionnels sont : le désistement suite à un changement de localité. Spécifiquement pour le cas de Haho, le nombre décroissant des ASC fonctionnels est une conséquence du départ du partenaire suivi de la détérioration des conditions de travail.

✚ Circuit de reporting

Dans le circuit de l'information sanitaire au Togo, le niveau communautaire reste le dernier maillon dans ce système. Ainsi, le bilan des activités au niveau communautaire est transmis à l'USP qui s'en sert pour la production du rapport des activités dans son aire sanitaire. Selon le système national d'information sanitaire, le mois sanitaire prend fin chaque 25 du mois. Les USP élaborent leur rapport entre le 26 et le 05 du mois suivant, qu'elles transmettent aux districts. Ces derniers élaborent leur rapport entre le 05 et le 10 du mois qu'ils transmettent à la région. Pour respecter ce circuit et les délais définis dans le système d'information sanitaire, les ASC sont tenus d'envoyer leurs rapports au plus tard le 25 du mois pour être pris en compte par les USP. Entre le 20 et le 25 ils élaborent leurs rapports sous la supervision de l'animateur dans l'USP. Les ASC empêchés pour des raisons diverses se font aider par leur collègues qui se chargent d'élaborer leurs rapports. Avec cette organisation mise en place, il est constaté lors de l'évaluation, une promptitude des rapports des ASC à cent pour cent.

✚ Adéquation du paquet de services offerts

La lecture des données indique que près de 60% des ASC travaillent actuellement sur d'autres programmes. Selon les districts, ceux de Vo (71,8%) et de Kpendjal (65,6%) enregistrent de fortes proportions pour ce qui est du travail simultané avec d'autres programmes. Les partenaires les plus impliqués dans cette concomitance sont Plan Togo (80%) et le Ministère de la santé (49%). Ces résultats montrent que l'intégration des paquets de services constitue une des pistes importantes pour assurer la durabilité de la stratégie.

✚ Partenariat et synergie entre les différents acteurs

La mobilisation des populations autour des objectifs de la stratégie s'est faite à travers la synergie de plusieurs acteurs dont les rôles et responsabilités ont contribué à l'atteinte de ces résultats. Ces acteurs peuvent être classés à trois niveaux : le ministère de la santé à travers la DSF et la DSC, les partenaires techniques et financiers, et les partenaires de mise en œuvre. En dehors des partenaires financiers et techniques que sont l'UNFPA et USAID – AWARE II, on peut citer la DSF, les structures déconcentrées de l'Etat à savoir la Direction Régionale de la Santé (DRS) et les Directions Préfectorales de Santé (DPS) des différents districts concernés, les partenaires de mise en œuvre des activités notamment les ONG ainsi que les acteurs locaux comme les ASC et les leaders communautaires.

✚ Pérennisation

Les premiers constats de pérennisation se remarquent dans les districts sanitaires de Blitta et Haho où les partenaires locaux de mise en œuvre notamment ADESCO pour Blitta et ATBEF pour Haho poursuivent les activités de suivi/supervision des ASC en dépit de l'arrêt de financement. Par ailleurs, un autre élément de pérennisation de la DBC est l'implication d'autres partenaires techniques et financiers dans le processus. Il faut souligner aussi l'appui financier de l'Etat dans le cadre de la motivation des ASC. En effet, l'Agence Française de Développement (AFD) envisage de mettre en œuvre la DBC dans la région des Plateaux. D'un autre côté, Agir PF s'est déjà impliqué dans ce processus pour relayer Respond et continuer les activités dans les districts de Haho et Blitta. D'autres éléments de durabilité sont observés. Il s'agit de l'implication des acteurs (DSF, DRS/DPS, ONG, ASC et la communauté) dans la stratégie et la sensibilisation des communautés sur la possibilité de contribuer à la motivation financière des ASC. En outre, le renforcement de capacités des ASC pour relever leur niveau et accroître leur performance ainsi que l'instauration du continuum de soins dans le paquet d'activités des ASC et la possibilité de mise en œuvre intégrée avec les autres programmes (paludisme, PCIMNE, nutrition) qui s'appuient sur les ASC constituent des éléments de garantie pour cette stratégie.

✚ Insuffisances constatées

Quelques insuffisances ont été constatées dans la mise en œuvre de la stratégie. Les plus importantes sont les critères de sélection des villages devant bénéficier de la stratégie, l'absence d'un dispositif de pérennisation de la stratégie, le quota mensuel de client(e)s à recruter pour la planification familiale imposé aux ASC et le système d'approvisionnement qui rencontre des ruptures fréquentes des intrants. En dehors de ces faiblesses, on note aussi une insuffisance des ressources humaines au niveau du ministère de la santé pour accompagner les acteurs de mise en œuvre et de surcroît l'inexistence d'une reconnaissance officielle qui institutionnalise la DBC y compris les injectables.

✚ Leçons apprises et la mise à échelle

En termes de leçons apprises, l'évaluation a noté des changements de comportements et d'attitudes des prestataires et des client(e)s de la PF, des progrès en matière de connaissances de la planification familiale et de la santé maternelle ainsi que l'évolution du taux de couverture contraceptive. De plus, il a été constaté que les ASC sont des acteurs clés en matière de santé communautaire. Les résultats obtenus dans le cadre de la DBC permettent d'affirmer que cette stratégie a connu un succès remarquable et son passage à échelle devient inévitable. Par ailleurs, d'autres raisons justifient la mise à échelle de cette stratégie. Il s'agit de l'adhésion et l'adoption des nouvelles méthodes PF par les communautés (Vo, 56,1%; Haho, 56,6%; Kpendjal, 55,9%; Blitta, 71,5%) qu'on imaginait réfractaires à cause des considérations socioculturelles ainsi que des besoins exprimés par les localités qui sont hors de la zone de mise en œuvre de la stratégie.

En effet, les ASC ont rapporté que les villages voisins ne figurant pas dans leur zone d'intervention sollicitent leurs prestations. De plus, l'intention d'utiliser les méthodes PF cernée chez ces communautés témoins indique que les besoins sont réels (Wawa : 56,2%; Zio : 52,0%; Tandjoaré : 62,1%). Ceci confirme la nécessité de pourvoir satisfaire ces besoins non satisfaits.

Recommandations

Au vu de ces résultats, des recommandations suivantes sont faites et nécessitent d'être prises en compte pour la mise à échelle :

Par rapport à la pertinence

- ☞ Réviser la politique sanitaire nationale en intégrant la distribution à base communautaire des méthodes contraceptives orales et injectables
- ☞ Réviser les politiques normes et Protocoles en matière de SR en prenant en compte la distribution à base communautaire des méthodes contraceptives orales et injectables
- ☞ Réviser la Politique Nationale des Interventions à Base Communautaire (IBC) en matière du traitement des ASC;
- ☞ Institutionnaliser la DBC par une reconnaissance officielle comme on peut le constater dans les stratégies de lutte contre le paludisme par exemple ;

Par rapport à la pérennité

- ☞ Prévoir un plan de pérennisation des actions et des acquis ;
- ☞ Explorer d'autres possibilités d'implication d'autres partenaires dans la mise en œuvre de la DBC ;
- ☞ Maintenir les ASC dans le système de santé afin de permettre d'atteindre la couverture universelle de santé ;
- ☞ Intégrer le continuum de soins au paquet de services des ASC pour couvrir les autres besoins exprimés.
- ☞ Lever les restrictions liées aux critères de sélection des villages pour enrôler tous les villages des districts pilotes ;
- ☞ Maintenir les acteurs locaux dans la phase de mise en œuvre de la stratégie ;
- ☞ Augmenter la contribution de l'Etat pour la motivation des ASC

Par rapport à la performance des ASC

- ☞ Lever la fixation du quota mensuel de client(e)s à recruter pour la planification familiale imposée aux ASC. La PF reste un choix libre, et demander un quota à réaliser revient à obliger les ASC à recourir aux pratiques peu orthodoxes ;
- ☞ Revoir les critères de sélection des ASC notamment le niveau d'instruction en vue de leur permettre de répondre à un minimum requis des exigences de performance de l'heure ;
- ☞ Renforcer les capacités des ASC afin de relever le niveau de renseignement des outils de rapportage des ASC ;
- ☞ Doter les ASC des accessoires (les raglans, les torches, les bottes) afin de mieux assurer leur mission dans certains milieux dont la géographie est souvent accompagnée d'une forte saison pluvieuse ;

Par rapport au mécanisme de suivi/supervision

- ☞ Améliorer le système de suivi/supervision élaborée dans la mise en œuvre de la stratégie et s'assurer de son effectivité ;
- ☞ Former tous les ICP encadrant les ASC en PF clinique, Counseling selon l'approche REDI et en supervision facilitante ;
- ☞ Autoriser les ONG à assurer le suivi aux ICP ;

I. Introduction

Le Togo, pays de l'Afrique occidentale, est limitée par le Ghana à l'Ouest, la République du Bénin à l'Est, le Burkina-Faso au Nord et l'Océan Atlantique au Sud. Avec une superficie de 56 600 km², il est caractérisé par deux types de climat: dans la partie sud du pays, c'est le climat subéquatorial avec deux saisons sèches et deux saisons pluvieuses et la moitié nord du pays est couverte par le climat tropical sec avec une seule saison de pluie et une saison sèche.

Administrativement, le Togo est subdivisé en six (06) régions sanitaires : la région des Savanes, la région de la Kara, la région Centrale, la région des Plateaux, la région Maritime et Lomé Commune (considérée comme région). Ces régions sont subdivisées en 35 préfectures, 1 sous-préfecture et 391 cantons⁵. A ces préfectures s'ajoutent cinq (05) arrondissements de Lomé commune.

Selon la Direction Générale de la Statistique de la Comptabilité Nationale (DGSCN), la population résidente du Togo est estimée à 6 191 155 habitants en novembre 2010. Cette population est composée de 3 009 095 hommes (48,6%) contre 3 182 060 femmes (51,4%)⁶.

L'une des caractéristiques de cette population est son extrême jeunesse. Par ailleurs, le contexte social est marqué par un niveau de pauvreté en baisse, surtout en milieu rural; cependant la situation demeure préoccupante. En effet, l'incidence de la pauvreté est passée de 61,7% en 2006 à 58,7% en 2011. La pauvreté au Togo demeure essentiellement rurale en 2011 dans la mesure où la grande majorité des pauvres (71,6%) vit encore dans ce milieu. Il faut signaler tout de même que 15,5% des pauvres habitent à Lomé et 12,8% dans les autres milieux urbains.

De même, la réalisation des droits à l'alimentation, à un emploi décent, à la santé, à l'éducation et à un logement décent, rencontre encore des difficultés malgré les avancées observées depuis 2008 sur le plan des réformes économiques et sociales. La principale conséquence qui en découle porte sur la faible probabilité d'atteindre la plupart des OMD à l'horizon 2015, si les tendances actuelles se maintiennent. Selon les conclusions du dernier rapport de suivi des OMD réalisé en 2010, seuls les objectifs portant sur l'éducation universelle et la lutte contre le VIH/Sida semblent atteignables si les efforts sont maintenus.

Le taux de croissance économique de 3,7% atteint en 2010 (supérieur au taux de croissance démographique de 2,84% la même année) est un signe encourageant de la relance économique. Mais des efforts importants doivent encore être réalisés pour atteindre une moyenne de 6 à 7% de croissance annuelle et réduire les inégalités de répartition de revenus afin d'avoir des retombées sur la réduction de la pauvreté et sur le bien-être des populations.

En ses articles 100 et 101, le Code togolais de la Santé dispose de ce qui suit : « *Tout individu ou tout couple a droit à l'information relative à la planification familiale et à tous les moyens d'y accéder* » et « *toute personne majeure, homme ou femme, a le droit de décider du nombre d'enfants qu'elle désire et du moment auquel elle voudra les avoir* ».

C'est dire que la santé de la reproduction et la planification familiale constituent des droits fondamentaux pour tout individu ou tout couple.

Cependant la situation sanitaire nationale est encore caractérisée par des niveaux élevés des taux de morbidité et de mortalité touchant plus particulièrement la femme et l'enfant.⁷ Et les données

⁵ Cf. RGPH4. Novembre 2010

⁶ Cf. RGPH4. Novembre 2010

⁷ République togolaise : Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015.

statistiques dans le domaine de la Santé de la Reproduction le démontrent clairement : en 2013, le ratio de mortalité maternelle est estimé à 400 décès pour 100 000 naissances vivantes⁸.

Selon les données d'EDST (2013), le taux de fécondité des adolescentes est estimé à 85% et le taux de prévalence contraceptive (méthodes modernes) est de 17%. En 2010, l'enquête MICS4 révèle que la situation de la santé maternelle et du nouveau-né est inquiétante. En effet, la couverture des soins prénatals au moins quatre fois par n'importe quel prestataire est de 54,9% et les accouchements institutionnels (structure de santé) est 66,5% (confer Tableau 1.01).

Les résultats de l'analyse de la situation du secteur de la santé et l'évaluation conjointe de la PNS et du PNDS réalisées en 2010-2011 et validés par le Comité des Partenaires du secteur de la santé révèlent que cette situation est due à une faible couverture en soins et services de santé, notamment ceux de la Santé de la Reproduction. Dans l'optique de contribuer à combler ces lacunes et pour permettre à la population de jouir de ces droits, le Ministère de la santé a pris des dispositions qui traduisent la volonté du Gouvernement et de ses partenaires à apporter des réponses urgentes et efficaces aux problèmes sanitaires du pays. Parmi ces dispositions, on peut mentionner :

- la Politique et normes en santé de la reproduction, planification familiale et infections sexuellement transmissibles ;
- la Déclaration du Millénaire relative à l'adoption des Objectifs du Millénaire pour le Développement par l'ONU pour 2015 ;
- Le Plan d'Action pour le Repositionnement de la Planification Familiale ;
- La Politique Nationale des Interventions à Base Communautaire.

La réponse à ce déficit de couverture en soins reçoit de plus en plus de soutien à travers des mesures de politique de santé menées par le gouvernement et qui sont inscrites dans la Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi (SCAPE 2013-2017), mais aussi à travers la planification familiale comme une stratégie de réduction de la mortalité maternelle à côté des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU).

La distribution à base communautaire des produits contraceptifs moderne est un exemple de stratégie appuyé par les partenaires techniques et financiers. Elle apparait comme un moyen nécessaire pour réaliser l'accès universel en PF. Cette stratégie en phase d'expérimentation requiert une évaluation en vue de tirer des leçons pour son optimisation et son passage à l'échelle.

Ce rapport est structuré en quatre grands axes à savoir :

- Contexte, objectifs, résultats attendus et méthodologie de l'évaluation ;
- Contexte de la stratégie de Distribution à Base Communautaire au Togo ;
- Résultats ; et
- Conclusion et recommandations.

⁸ Enquête Démographique et de Santé au Togo 2013.

II- Contexte, objectifs, résultats attendus et méthodologie de l'évaluation

2.1- Contexte et justification

Au Togo, la prévalence contraceptive moderne est de 17% (EDST3, 2013), quoique, les diverses stratégies de mise en œuvre de la Planification Familiale (PF) dans l'optique de la réduction du taux de la mortalité maternelle estimée à 25%, ont produit des effets. Il faut signaler que cette mortalité maternelle reste élevée avec 400⁹ décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. L'une des causes de la faible prévalence contraceptive moderne reste l'accès géographique limité de la population enclavée. Malgré les efforts consentis pour améliorer l'accès des individus et des couples aux méthodes contraceptives modernes (stratégies fixe, mobile et avancée), une frange importante de la population togolaise notamment les femmes vivant en milieu rural restent en marge de ces atouts ; d'où l'idée de rapprocher davantage les services des milieux ruraux par le biais des organisations de la société civile et les agents de santé communautaire.

En 2011, avec l'appui de l'USAID (projet AWARE II), il a été initié une distribution de produits contraceptifs y compris les injectables, dans les districts de Haho et Blitta au niveau communautaire (DBC).

Depuis 2012, L'UNFPA et l'OMS, à travers leurs programmes de coopération avec le gouvernement du Togo, ont convenu avec la Division de la Santé Familiale, d'apporter leur appui au Ministère de la santé, pour la réplique dans les districts de Kpendjal, Tchamba et Vo, en s'inspirant de l'expérience du projet AWARE II dont les premiers résultats avaient été concluants. En 2013, cette initiative a été étendue à deux nouveaux districts (Yoto dans la Maritime et Oti dans les Savanes).

Par ailleurs, dans son nouveau programme qui a démarré en 2014, l'UNFPA met un accent particulier sur l'amélioration de la disponibilité des services d'information et de planification familiale à l'échelon communautaire. En outre, pour atteindre les résultats fixés par le programme, il est prévu d'étendre la DBC à d'autres districts de la zone de concentration si les résultats s'avèrent probants. D'autres partenaires comme l'AFD et Agir PF prévoient intensifier cette stratégie afin de permettre au pays d'accroître l'accès des populations pauvres aux services de planification familiale.

Face à cet engouement pour la DBC, pour mieux organiser cette initiative et dans le souci de mesurer les impacts des interventions des ASC, et d'évaluer la stratégie d'intervention des ONGs dans sa globalité, il a été décidé de procéder à son évaluation avant toute nouvelle extension.

2.2- Objectifs de l'évaluation de la DBC

La présente évaluation vise à apprécier les résultats immédiats des interventions des acteurs sur le terrain notamment les ASC et à analyser la stratégie adoptée par les ONG sur le terrain.

Plus spécifiquement, il s'agit de :

- ✓ mesurer la pertinence, l'efficacité et la pérennité de la stratégie ;
- ✓ apprécier la perception de la communauté sur la DBC ;
- ✓ apprécier le niveau d'implication de la communauté à la DBC ;
- ✓ apprécier la qualité des données fournies par les ASC, leur performance, la complétude des rapports et le circuit de reporting ;

⁹ Enquête EDST3, 2013

- ✓ apprécier l'adéquation du paquet de services offert relativement aux besoins des bénéficiaires et contraintes du milieu ;
- ✓ analyser le système de suivi mis en place et faire des propositions d'amélioration ;
- ✓ apprécier la synergie entre les différents acteurs et parties prenantes sur le terrain et faire des propositions d'amélioration ;
- ✓ recenser les difficultés rencontrées par les acteurs et évaluer leur besoins en renforcement de capacités;
- ✓ mesurer le degré d'intégration de la composante PF avec l'ensemble du paquet de prestation des ASC ;
- ✓ faire des recommandations opérationnelles pour une meilleure orientation sur la stratégie de la DBC.

2.3- Résultats attendus

A la fin de la mission :

- ☛ La qualité des données des ASC, leur performance, la complétude des rapports et le circuit de reporting sont appréciés ;
- ☛ L'adéquation du paquet de services offert relativement aux besoins des bénéficiaires et contraintes du milieu est appréciée;
- ☛ Le système de suivi mis en place par l'ONG, la DSF, l'UNFPA et ses partenaires est analysé et des propositions d'amélioration sont faites ;
- ☛ La synergie entre les différents acteurs et parties prenantes sur le terrain est appréciée et des propositions d'amélioration sont faites;
- ☛ Les difficultés rencontrées par les acteurs sont recensées et une évaluation des besoins en renforcement de capacités est faite;
- ☛ Le degré d'intégration de la composante PF avec l'ensemble du paquet de prestation des ASC est mesuré ;
- ☛ Des recommandations opérationnelles pour un meilleur impact de la DBC sont faites.

2.4- Méthodologie de l'évaluation

2.4.1- Démarche méthodologique

Les principales parties prenantes de cette évaluation de la stratégie de distribution à base communautaire (DBC) des produits contraceptifs au Togo sont entre autres le Ministère de la santé à travers la Direction de la santé familiale, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) qui est le partenaire technique et financier, et les ONG qui sont des partenaires de l'UNFPA chargées de la mise en œuvre du projet dans les districts concernés. Les autorités administratives et locales et les communautés des zones concernées ont été sensibilisées par les opérateurs de collecte afin d'obtenir leur adhésion et collaboration.

Parallèlement à ces démarches administratives, la phase de la conception de l'étude a été faite. Il s'agit principalement de la détermination précise des cibles de l'évaluation, de l'échantillonnage, de la conception des outils de collecte et du recrutement et formation des agents de collecte.

2.4.2- Zone couverte par l'évaluation

Les zones de l'évaluation programmatique sont les districts qui ont bénéficié du projet de distribution à base communautaire. Il s'agit du district de Vo, Blitta, Haho et Kpendjal. Pour

apprécier la progression des indicateurs due aux actions du projet, trois districts de contrôle ont été également visités. Ce sont les districts de Zio, de Wawa et de Tandjoaré.

2.4.3- Cibles de l'évaluation

Les bénéficiaires principales du projet DBC sont des femmes (15 - 49 ans) et les hommes en âge de procréer. De ce fait, la collecte des données quantitatives est faite auprès de ces derniers ainsi qu'auprès des agents de santé communautaire.

Outre les agents de santé communautaire, les femmes et les hommes-chef de ménages, les cibles ci-après sont concernées par cette évaluation :

- ONG, partenaires de l'UNFPA;
- Agents de suivi et animateurs;
- DPS et le point focal SR/PF du district ;
- Responsables de poste et Chargé SR des USP concernées ;
- DSF ;
- Bureau de l'UNFPA;
- Partenaires (Agir PF) ;
- COGES ;
- Chefs de village ;
- Division de la Santé Communautaire.

2.4.4- Echantillonnage

Prenant en compte la taille des différentes catégories de cibles de l'étude, le recensement et le sondage ont été utilisés au cours de la mission.

➤ Recensement

Le recensement était nécessaire pour les cibles suivantes :

- ONG (ATBEF, ADESCO et 3ASC) ;
- Agents de suivi et Animateurs ;
- DPS et Points focaux SR/PF des districts concernés ;
- Chefs de Poste et Sages-femmes des USP des districts concernés ;
- COGES ;
- Chefs de village pour les villages sélectionnés ;
- DSF ;
- Bureau de l'UNFPA;
- Partenaires (Agir PF)

➤ Sondage

Pour les ASC, il a été interviewé systématiquement les ASC des villages concernés par la collecte des données en tenant compte de la parité sexe. Ainsi il a été enquêté au moins 30 ASC par district en estimant que cette taille d'échantillon est le minimum jugé satisfaisant pour

appréhender les problèmes rencontrés par les ASC dans la mise en œuvre de leurs activités liées à la stratégie DBC.

En ce qui concerne les bénéficiaires, les femmes en âge de procréer et les hommes -chefs de ménage ont été tirés au sein des ménages échantillonnés. La formule suivante a été utilisée pour déterminer la taille minimale des ménages à visiter dans chaque district :

$$n_h = \frac{z^2 \cdot p_h \cdot (1 - p_h)}{1,4 \cdot \alpha^2}, \quad h \in \{VO, HAHO, BLITTA, KPENDINGJAL\}$$

Où :

- ✓ n_h est la taille moyenne de l'échantillon des ménages à enquêter dans le district h ;
- ✓ p_h la proportion d'individus par rapport à une variable d'intérêt mesurée par une étude récente ;
- ✓ α est la marge d'erreur ;
- ✓ z est le fractile d'ordre 95% de la loi normale ($z = 1.96$) ;
- ✓ 1.4 correspond à la taille moyenne de femmes de 15 à 49 ans dans les ménages au Togo d'après le RGPH4.

Pour déterminer la taille n_h des ménages à interroger dans les zones ciblées par l'étude, il a été procédé à une simulation en considérant les proportions des attributs des différentes variables d'intérêt obtenues par l'étude de base faites dans les districts. Les proportions utilisées ici pour la simulation sont :

1. « La proportion de femmes utilisatrices des méthodes contraceptives modernes »
2. « La proportion de femmes utilisatrices de méthodes contraceptives modernes autre que le préservatif »
3. « La proportion de femmes utilisatrices de méthodes de pilules ou d'injectables »

En considérant les valeurs des différentes proportions obtenues après l'étude de base dans Vo et Kpendjal et l'évaluation finale dans Blitta et Haho, et en fixant le niveau de signification $\alpha = 0,05$, on a obtenu la taille de l'échantillon des ménages à enquêter résumé dans le tableau suivant pour les districts tests :

Tableau 2.01 : Détermination de la taille de ménage par district

Attribue de la variable d'intérêt	Vo		Kpendjal		Blitta		Haho	
	p_h	n_h	p_h	n_h	p_h	n_h	p_h	n_h
Femmes utilisatrices de méthodes contraceptives modernes	0,32	239	0,21	182	0,56	271	0,37	256
Taille de l'échantillon	239		182		271		256	

Une harmonisation a été faite et en tenant compte des éventuels non réponses, la taille de ménages à enquêter dans chaque district a été arrondi à 300. En ce qui concerne les districts où d'autres partenaires ont mis en place la stratégie, il a été retenu deux districts pour l'évaluation. Il s'agit du district de Haho et de Blitta. Dans ces districts il a été interrogé aussi 300 ménages par district.

Les données des études de bases ont été utilisées pour des comparaisons des indicateurs dans le temps dans les zones où la stratégie est mise en place. Mais pour s'assurer que les changements constatés sont attribuables à la stratégie, il a été retenu des districts témoins pour comparer les indicateurs de ces districts à ceux des districts ayant bénéficié de la distribution à base communautaire.

Deux districts sont retenus à cet effet dans la zone où l'UNFPA intervient il s'agit de Tandjoaré pour la région Savanes et de Zio pour la région maritime. Une évaluation avait été faite par le partenaire dans les districts de Haho et Blitta. Au cours de celle-ci, la zone témoins retenue était le district de Wawa. Pour la présente évaluation le district Wawa a également été retenu comme district témoin pour Haho et Blitta. Tout comme dans les districts de la stratégie, 300 ménages ont été enquêtés dans chaque district témoin.

In fine, les opérations de collecte ont eu lieu dans sept (07) districts. Dans chaque ménage, deux femmes âgées de 15 à 49 ans et le chef de ménage ont été interrogés.

Le nombre de ménage à enquêter dans chaque village ciblé a été déterminé par la méthode des quotas (répartition des 300 ménages proportionnellement à la taille des ménages du village).

2.4.5- Conception des outils de collecte

L'élaboration des outils de collecte a tenu compte des différentes catégories de cibles. Ainsi à chaque catégorie de cible, un outil de collecte adapté a été élaboré conformément aux termes de références et validé par l'équipe de l'UNFPA avant la formation des agents enquêteurs. Le tableau ci-dessous récapitule la situation des outils conçus et utilisés lors de la collecte.

Tableau 2.02: Récapitulatif des outils de collecte des données

Outils	Cibles
Questionnaire de ménage	Femmes âgées de 15 à 49 ans et hommes chefs de ménage
Questionnaire aux ASC	ASC
Guide d'entretien	DPS
Guide d'entretien	Chargée SR
Guide d'entretien	ICP
Guide d'entretien	Directeur Exécutif ONG
Guide d'entretien	Chargé de programme PF
Guide d'entretien	Chargé de suivi
Guide d'entretien	Animateur
Guide d'entretien	Leader communautaire
Focus group	Femmes âgées de 15 à 49 ans et hommes chefs de ménage

2.4.6- Recrutement et formation des agents de collecte

Au total, 42 agents de collectes et 7 contrôleurs. Ces agents et contrôleurs sont recrutés sur la base de leur expérience antérieure dans le domaine des enquêtes quantitatives et qualitatives sur la PF, leur niveau d'étude et leur connaissance de la langue du milieu.

Ces agents ont été formés pendant trois (03) jours (du 31 juillet au 2 août 2014) sur les différents outils de collecte et un accent a été mis sur les différentes méthodes de planification familiale et les règles d'éthiques. En effet, les agents de collecte ont été formés par un Expert en Santé de la Reproduction et Planification familiale. Cette formation a consisté à donner une connaissance approfondie des méthodes en planification familiale aux agents de collecte. Chaque méthode en planification familiale a été expliquée et traduite en langue locale pour permettre aux agents d'avoir les aptitudes nécessaires par rapport à la qualité des informations à collecter. Ensuite, les

outils de collectes validés ont été présentés et chaque question a fait objet de débat pour permettre aux agents de collecte d'avoir la même compréhension du sujet. La traduction des questions en langues locales s'est faite sous forme d'exercices dans un jeu de rôle au cours de la formation.

La formation est suivie d'un test des outils au cours duquel les agents de collecte ont été mis en situation réelle sur le terrain. Des amendements ont été ensuite portés aux différents outils.

2.4.7- Déroulement de la collecte

La collecte des données dans les districts a couvert la période du 7 au 17 août 2014, mais les entretiens avec les Institutions et Acteurs clés de la mise en œuvre de la stratégie ont poursuivi jusqu'à la fin du mois d'août.

Les agents de collecte ont été regroupés en sept (07) équipes de six (06) agents chacune et un contrôleur. Chaque équipe a été déployée dans un district. Les enquêteurs, sous la supervision des contrôleurs ont procédé à la reconnaissance des localités retenues, à l'identification des ménages échantillonnés, à l'explication au chef de ménage des objectifs de l'étude et à l'obtention du consentement de ce dernier avant de passer à l'interview des individus sélectionnés.

Les contrôleurs se sont chargés de contrôler le respect du protocole aboutissant la qualité de la collecte, de l'organisation des groupes de discussion et l'acheminement des informations collectées jusqu'au siège du cabinet.

2.4.8- Bilan de la collecte des données

Au total, 2223 ménages ont été enquêtés avec 3393 femmes et 1769 hommes. Les tableaux ci-dessous présentent les données statistiques selon les districts.

Tableau 2.03 : Récapitulatif de la situation de la collecte des données par district

Districts	Nombre de ménages	Nombre d'ASC	Nombre d'ICP	Nombre d'Animateurs/ Chargé de suivi ONG	Nombre de chargé SR District	Nombre de DPS
Vo	312	39	5	4	1	1
Zio	320	0	0	0	1	1
Haho	320	30	7	5	1	1
Wawa	309	0	0	0	1	1
Blitta	321	30	7	3	1	1
Tandjoaré	317	0	0	0	1	1
Kpendjal	324	32	2	4	1	1
Ensemble	2223	131	21	16	7	7

2.4-9 Saisie et traitement des données

Dès la réception des données collectées, un contrôle systématique a été fait sur les questionnaires renseignés. Les données collectées à travers le questionnaire quantitatif ont été saisies à l'aide d'un masque de saisie conçue dans le logiciel EPIDATA. Pour minimiser les erreurs, il a été procédé à la double saisie. L'apurement et la tabulation des données sont faits à partir du logiciel SPSS.

Les enregistrements des discussions de groupe sont transcrits dans un masque de saisie et l'analyse du contenu a été faite pour obtenir les idées essentielles des discussions.

Pour mesurer les changements induits par le projet, le test¹⁰ de comparaison de deux proportions a été utilisé.

2.4.10- Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées par les équipes de collecte sur le terrain sont de plusieurs ordres :

Accès difficile à certaines localités : quelques localités très distantes des chefs lieu de préfectures sont desservies par des routes impraticables aussi bien pour les motos que pour les voitures. Cependant, les agents de collecte ont déployé des efforts pour s'y rendre et collecter les données.

Non disponibilité des client(e)s : étant donné que c'est la période des travaux champêtres, la population est occupée à cultiver la terre, ce qui a rendu difficile la rencontre avec les client(e)s dans certaines localités.

Non disponibilité des prestataires : en raison de la coïncidence de la collecte de données et l'ouverture de la campagne MILDA de distribution des moustiquaires imprégnées de longues durées, les prestataires notamment les ASC ont été dans leur majorité indisponibles durant toute la période de collecte. Les contrôleurs de la collecte ont dû "poursuivre" les ASC sur les lieux de dénombrement.

¹⁰ Confère Annexe pour plus de détail sur le test.

III. Contexte de la stratégie de Distribution à Base Communautaire au Togo

Au Togo, la Planification Familiale (PF) a démarré en 1975 par la création de l'Association Togolaise pour le Bien Être Familial sur financement de la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF). A partir de 1984, des cliniques PF ont été créées avec l'appui de l'UNFPA, de l'USAID et de l'IPPF à Lomé et à l'intérieur du pays.

La mise en route du Projet «Renforcement du Programme SMI/PF» (1989) de l'UNFPA a connu un succès dans les régions Maritime et Kara. Ainsi par décret Présidentiel N°152/PR du 02/10/1990, le gouvernement togolais a transformé la Division de la Mère et de l'Enfant en Division de la Santé Familiale.

La prévalence contraceptive moderne reste faible au Togo (17%, EDST3 de 2013), malgré l'importance démontrée de la Planification Familiale (PF) dans la réduction de la mortalité maternelle (25%). Cette mortalité maternelle reste élevée, à savoir: 400 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2013 selon EDST3 de 2013. Les raisons de cette mortalité élevée sont de plusieurs ordres, parmi lesquelles on retrouve l'inaccessibilité de la population aux méthodes contraceptives. Dans ce sens, plusieurs stratégies sont élaborées parmi lesquelles on retrouve la Distribution à Base Communautaire(DBC).

La DBC est une stratégie de rapprochement des services de PF (Préservatifs) dans les zones difficiles d'accès surtout dans les milieux ruraux. La distribution couplée de préservatifs, de pilules et des injectables a démarré en 2011 dans deux districts (Haho et Blitta) sur la base d'un accord de collaboration entre la Ministère de la santé et l'USAID/AWARE II.

La poursuite de la réplique de cette expérience a permis à l'UNFPA et à ses partenaires d'être présents dans onze (11) districts : Yoto, Vo, Avé¹¹, Zio¹, Haho, Ogou, Blitta, Tchamba, Kpendjal, Tandjouaré et Oti.

La mise en œuvre de la DBC est un partenariat entre tous les acteurs qui s'engagent pour la réussite du projet de DBC. Il s'agit de la communauté, des ASC, des responsables des USP, des ONG/Associations, de l'équipe cadre du district, du niveau central et des partenaires techniques et financiers.

Les besoins non satisfaits en matière de PF chez les femmes en âge de procréer sont importants (37,2 % selon MICS4, 2010). Selon l'enquête SONU de 2012, 25 % des centres qui font les accouchements n'offrent pas les services de PF . .

En termes de sécurisation de l'approvisionnement des produits contraceptifs, le Togo a élaboré en 2008, un "Plan National de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction 2008-2012" qui a été revu en 2013 pour devenir "Plan Stratégique National de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction et de Programmation Holistique des Préservatifs au Togo 2014-2018".

¹¹ La stratégie DBC n'était pas encore mise en œuvre dans ces deux districts au moment de l'évaluation.

IV. Résultats

4.1- La pertinence de la stratégie DBC

La pertinence d'un projet social est l'adéquation entre les besoins et les réponses apportés en rapport avec les objectifs appropriés assignés. Mesurer la pertinence, entre autre, d'un projet revient donc à mesurer les risques de déviance de ce projet. Dans ce rapport, la pertinence de la stratégie DBC a été analysée sous trois principaux aspects : l'alignement sur les stratégies nationales, la cohérence des objectifs et activités et l'adéquation avec les besoins des communautés.

4.1.1. Alignement sur les stratégies nationales

Selon la Constitution Togolaise de 1992, la santé est un droit humain. A cet effet, elle est l'un des secteurs prioritaires placé au centre des stratégies, des programmes et politiques du pays qui sont eux-mêmes gages de développement durable. Dans cette optique, les stratégies nationales de développement constituent des fondements d'espoir pour les acteurs et les institutions. De plus, les engagements et accords internationaux ratifiés par le Togo orientent ses politiques nationales. Au rang de ces engagements, on peut citer :

- Engagement pris par les Chefs d'Etat à Abuja pour consacrer 15% du budget national à la santé (2001) ;
- Déclaration de Paris et de Rome sur l'efficacité de l'aide au développement (2005);
- Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et le renforcement des systèmes de santé (2008);
- Déclaration d'Alger sur la recherche en santé (2008).

En matière d'alignement sur les stratégies nationales, la stratégie DBC est garantie par plusieurs documents d'envergure politiques et nationales.

- *Ancrage de la stratégie DBC sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)*

Pour contribuer, le paquet intégré de planification familiale, à lutter contre le VIH/Sida et promouvoir la sante maternelle et les soins aux enfants, la DBC répond aux objectifs 4 et 5 des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) qui envisagent :

- de réduire la mortalité infantile ;
- d'améliorer la santé maternelle.

Ceci s'observe à travers l'objectif de la stratégie DBC qui est de promouvoir la santé de la mère et de l'enfant à travers la mise en œuvre de la PF au niveau communautaire en collaboration avec le Ministère de la Santé et les partenaires agissant dans le même domaine. A travers cet objectif général, l'impact visé est la réduction des taux de morbidité et de mortalité des bénéficiaires des services de la santé de la reproduction. C'est réellement ce que la planification familiale vise à atteindre ; puisqu'elle a pour but de donner aux couples et aux individus en âge de procréer, les possibilités de contrôler de façon libre et responsable, la taille de leur famille, l'espacement des naissances de leurs enfants et de lutter contre l'infécondité et l'infertilité. Contribuant, ainsi, à la réduction de la mortalité maternelle et infantile, au bien-être holistique des individus et des familles et à l'adéquation entre la croissance démographique du pays et sa croissance économique.

➤ *Ancrage de la stratégie DBC sur la loi, les Politiques et Normes en Santé de Reproduction*

❖ *La loi*

En outre, les principes de la stratégie DBC sont légitimés par la Loi N° 2007 – 005 adoptée par l'Assemblée Nationale et promulguée par le Chef de l'Etat dont les articles 6, 17 et 20 ci-dessous cités, traduisent les principes, droits et responsabilités en santé de reproduction :

Article 6. Le droit de la personne à la santé de la reproduction est un droit humain, universel, inviolable, inaliénable et imprescriptible. Tout individu a le droit de jouir du meilleur état de santé qu'il est possible d'atteindre.

Article 17. Tout individu, tout couple a le droit de décider du nombre d'enfants qu'il veut avoir et de l'espacement de leurs naissances, en toute liberté, avec discernement et sans contrainte conformément aux dispositions légales et réglementaires.

Article 20. Tout groupement communautaire, toute organisation non gouvernementale ou toute association, a le devoir d'appuyer l'Etat et les collectivités locales pour la sauvegarde, la promotion et la protection du droit de chaque individu à la santé de la reproduction à travers la mise en œuvre des programmes et projets utiles et susceptibles de rendre effectifs les droits en santé de la reproduction.

❖ *La politique et normes en santé de la reproduction*

Le fondement de la DBC se trouve dans la Politique SR dont le but est d'améliorer l'état de santé de la reproduction de toute la population afin de contribuer à l'atteinte des buts de la politique nationale de santé et de la politique nationale de population. Cette politique SR a pour objectif de réduire les taux de morbidité et de mortalité de la mère et de l'enfant.

Il faut remarquer que les activités mises en œuvre dans le cadre de la stratégie DBC trouvent leur origine dans le paquet minimum d'activités des agents de santé communautaires définies par les Politiques et Normes (tome 1) concernant les points de la santé maternelle et infantile et de la promotion de la santé dont la teneur suit :

- i. Mobilisation sociale et IEC/CCC sur l'importance de la consultation prénatale focalisée/recentrée, l'accouchement par un personnel qualifié et la Planification Familiale ;
- ii. Administration des méthodes contraceptives de courte durée d'action (Méthode orale, injectable et Barrières) ;
- iii. Distribution des contraceptifs non médicaux et renouvellement des pilules ;
- iv. Conseil pour l'adoption de MAMA et autres méthodes, Naturelles ;
- v. Appui à la mobilisation sociale ;
- vi. IEC/CCC (causerie éducative, visite à domicile, entretien individuel).

Par ailleurs, un accord de collaboration limité aux districts de Haho et Blitta, a été signé entre le Ministère de la Santé et les responsables du projet USAID - AWARE II pour la mise en œuvre des interventions clés identifiées ensemble à la conférence de Dakar et comprenant un paquet d'interventions communautaires sous forme de recherche opérationnelle et un paquet d'interventions au niveau des structures sanitaires.

➤ *Ancrage de la stratégie DBC sur la Politique Nationale des Interventions à Base Communautaire (IBC)*

La DBC repose fondamentalement sur le principe des interventions à base communautaire qui ont connu un exploit mérité face à l'insuffisance du personnel de santé. La Politique Nationale des IBC a pour l'objectif de contribuer à la mise en œuvre des soins de santé primaires en rendant disponibles, accessibles géographiquement et financièrement des soins et services de qualité, dispensés par des Agents de Santé Communautaires qualifiés. La mise en œuvre des IBC au Togo a conduit à la sélection des ASC, à la définition de leurs tâches et fonctions, à la charge de leur travail et à leur formation, à leur suivi et supervision, à leurs motivations et à la gestion de leurs activités à travers la distribution des produits contraceptifs à base communautaire.

➤ *Ancrage de la stratégie DBC sur le Plan d'action pour le repositionnement de la PF au Togo*

Il est impérieux de noter que la DBC s'aligne également sur le plan d'action pour le repositionnement de la PF dont l'une de ces stratégies est d'assurer une plus grande offre de services PF dans les zones hors couverture sanitaire à travers le renforcement et l'extension de l'approche DBC y compris l'injectable, et l'intensification des stratégies avancées et mobiles. De plus, ce plan d'action autorise l'augmentation de l'offre de services PF par les organisations de la société civile, à travers l'élaboration d'une stratégie d'implication des OSC et du secteur privé dans les prestations de services PF et en faisant la promotion de la franchise sociale. Cette stratégie d'implication s'apparente à la DBC qui est mise en œuvre par les partenaires d'exécution que sont les ONG.

4.1.2. Pertinence des activités de la stratégie

Pour atteindre les objectifs de la stratégie, plusieurs activités ont été développées dans les districts.

Il convient ici de faire une analyse de la cohérence entre les activités et les objectifs de la stratégie.

Dans l'ensemble, l'évaluation observe une cohérence entre les diverses activités par rapport à leur complémentarité et l'objectif global à atteindre. En exemple, les communautés sont informées et sensibilisées sur la stratégie, au même moment, les ASC sont formés pour offrir les services de PF aux populations. De la même manière, les activités de suivi et de supervision technique des ASC et les réunions de validation des rapports ainsi que les revues conduisant au partage des résultats entre les acteurs. Cette approche contribue fortement à la participation active de tous les acteurs à la DBC à tous les niveaux. Ce qui pourra favoriser la pérennisation des acquis de la stratégie.

Les ICP sont chargés d'assurer la supervision technique des ASC. Cette supervision qui devait être mensuelle n'a pas été effective de façon continue pour tout les ASC à cause de la charge du travail des ICP .

L'activité de la formation a été l'une des meilleures développées par la stratégie car elle a induit des résultats en termes d'acquis en matière de compétences des ASC et des animateurs. Cette activité est en adéquation avec les objectifs de la stratégie d'autant plus qu'elle permet aux ASC d'offrir des services PF aux populations. De plus, elle a été un processus qui débouche sur la certification des ASC par les ICP/accoucheuses avant le démarrage des services. Le renforcement a consisté aussi, pour les ICP/accoucheuses à faire premièrement les injections devant les ASC et en retour à les observer réussir aussi leurs premières injections.

Toutefois, cette activité de formation a connu des insuffisances au cours de la mise en œuvre de la stratégie telles que le renforcement continu des compétences des ASC après leurs formations par les ICP/accoucheuses.

S'agissant des activités de suivi continu et participatif des ASC par les animateurs, et de suivi de la coordination de l'ONG elles se sont révélées pertinentes par rapport au principe fondamental d'appropriation de la stratégie par la communauté, la mobilisation et de la transmission des informations. En réalité, la présence presque permanente des animateurs aux côtés des ASC a été un atout pour les accompagner et recadrer leur travail. Il s'agit de leur assistance aux ASC dans la planification de leurs activités, la mise en œuvre de leurs plans d'action, le rapportage des activités, la gestion des stocks des intrants et le réapprovisionnement. Tout ceci a été possible grâce à la collaboration étroite avec les responsables d'USP. Dans ce sens, cette activité doit se maintenir dans le processus pour assurer la pérennisation de la stratégie même à la cessation du soutien financier des partenaires. Cela suppose également de responsabiliser davantage les ASC dans le processus de la stratégie.

Les réunions mensuelles dans les USP ont contribué à améliorer les résultats liés aux services PF offerts aux communautés. En outre, ces réunions ont permis d'impliquer davantage les acteurs locaux, de s'assurer de la qualité des services offerts par les ASC, de renforcer les capacités des animateurs et agents de suivi et de s'assurer de la bonne gestion des intrants. De plus, ces activités sont en adéquation avec les objectifs de la stratégie. Cette initiative est louable et sa poursuite doit être assurée par les mécanismes appropriés afin de faciliter sa pérennisation.

4.1.3. Adéquation de la stratégie avec les besoins des communautés

L'analyse de la situation sanitaire du Togo montre que l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) n'a pas évolué en trois années. Elle est estimée à 4,8 enfants par femme selon les données récentes de l'EDST-III, 2013. En se référant aux taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes passés, on constate une augmentation de la prévalence contraceptive, passant de 3 %¹² en 1988, à 16 %¹³ en 1998, puis à 17 %¹⁴ en 2013. Il est de 19% en milieu urbain contre 16% en milieu rural, selon les récents résultats de l'EDST-III, 2013. L'une des raisons de cette faible prévalence est l'accès géographique limité de la population bénéficiaire aux méthodes contraceptives modernes.

En 2011, les résultats de l'enquête initiale menée dans les districts de Haho et de Blitta ont montré que 16,9% des femmes dans le Haho et 22,9% des femmes dans le Blitta utilisaient une méthode moderne. En 2012, les études de base obtenues dans les districts de Vo et Kpendjal indiquent que 22% et 17% des femmes, respectivement dans les districts de Vo et Kpendjal ont utilisé une méthode contraceptive moderne. Ces études ont révélé également que 32% des hommes et 34% des femmes utilisaient une quelconque méthode de la PF. L'étude a montré aussi que 25% des femmes contre 21% des hommes utilisaient les méthodes modernes. Ces données permettent de conclure à une faible utilisation des méthodes contraceptives, d'où la nécessité d'inverser les tendances.

Au niveau des besoins enregistrés en PF, il a été constaté dans Haho et Blitta (28,4%) que dans l'ensemble la proportion des femmes qui désiraient une contraception mais ne l'avaient pas encore utilisé était de 29,4% dans Hoho et 28,4% dans Blitta.

En revanche, l'intention d'utiliser une méthode contraceptive est plus forte dans le district de Kpendjal (77% chez les hommes et 75% chez les femmes) que dans le Vo (50% chez les

¹² EDST 1988

¹³ EDST 1998

¹⁴ EDST 2013

hommes et 47% chez les femmes). Ces intentions d'utilisation rendent compte de la situation inquiétante qui prévaut dans ces localités et qu'il faille dénouer.

C'est dans le but de contribuer à répondre à ces différents problèmes qui minent la santé maternelle et infantile que la stratégie DBC a été initiée dans différents districts.

Cet ancrage contextuel peut être également cerné à partir de la progression d'utilisation ou d'adoption des méthodes contraceptives dans ces districts (Tableau 5.01). En effet, la prévalence contraceptive des districts tests tels que Vo et Kpendjal a doublé entre la période où la BDC n'était pas encore mise en place (2010 dans Vo et 2011 dans Kpendal) et 2013.

Tableau 4.01 : Evolution la prévalence en PF par district test

Districts	Années			
	2010	2011	2012	2013
Vo	6%	7%	8%	15,43%
Kpendjal	-	8%	13%	20%

4.2- Efficacité de la stratégie

L'efficacité permet de mesurer le degré de réalisation des objectifs de la stratégie. Cette partie traite de l'efficacité en termes du niveau de mise en œuvre des activités, de l'évolution des indicateurs clés ainsi que de la performance des ASC. Ces indicateurs ont été évalués dans les districts de Vo et de Kpendjal où les ASC disposent d'un cahier de charges bien défini avec des indicateurs bien précis. En ce qui concerne les districts de Blitta et de Haho les résultats attendus n'avaient pas été définis.

4.2.1. Analyse des indicateurs de processus

De l'analyse du tableau ci-dessous, il ressort que la mise en œuvre de la stratégie dans les districts de Vo et de Kpendjal a permis l'atteinte d'un niveau moyennement élevé des résultats attendus.

Les indicateurs de processus retenus dans cette évaluation sont ceux de Vo et Kpendjal

Dans le Kpendjal, la plupart des indicateurs de processus n'ont pas atteints 100%.

le nombre de causeries éducatives de la période de 2013 et du premier semestre de 2014 ;

- le nombre de méthodes injectables distribuées de la période de 2013 et du premier semestre de 2014.

Parmi les activités qui n'ont pas pu être exécutées à 100%, on peut citer :

- le nombre de visites à domicile dont le taux d'exécution a évolué de 35% à 94% ;
- le nombre de personnes référées aux USP avec un taux d'exécution de 5% en 2012, 31% en 2013 et 39% au premier semestre de 2014 ;
- le nombre de cycles de pilules distribués, dont le taux d'exécution est de 10% en 2012 et 38% au premier semestre de 2014 ;
- le nombre de femmes enceintes suivies qui a connu un taux d'exécution faible de 1% en 2012.

En ce qui concerne le district de Vo, il a été constaté que quatre activités ont atteint un niveau d'exécution de plus de 100% même si cela ne couvre pas toutes les années (2012, 2013, Janvier à Juillet 2014)

Pour les activités qui n'ont pas pu être exécutées à 100%, les taux varient comme suit :

- le nombre de personnes référées vers les USP dont le taux varie entre 19% et 35% ;
- le nombre de femmes enceintes suivies avec un taux d'exécution compris entre 9% et 20%.

Tableau 4.02 : Niveau de mise en œuvre des activités

Période	Nombre de causerie éducative			Nombre de visites à domicile			Nombre de personnes référées vers les USP			Nombre de cycle de pilule distribués			Nombre de méthodes injectables distribués			Nombre de femmes enceintes suivies		
	Cible	Réalisé	Taux	Cible	Réalisé	Taux	Cible	Réalisé	Taux	Cible	Réalisé	Taux	Cible	Réalisé	Taux	Cible	Réalisé	Taux
Kpendjal																		
2012	720	693	96%	5760	2009	35%	1440	78	5%	1080	105	10%	1800	847	47%	5400	47	1%
2013	2880	3264	113%	11520	10952	95%	2880	905	31%	2160	526	24%	3600	5185	144%	10800	1013	9%
Janvier à Juillet 2014	1680	1894	113%	6720	6326	94%	1680	663	39%	1260	474	38%	2100	3229	154%	2100	635	30%
Vo																		
2012	960	977	102%	3840	4430	115%	960	186	19%	720	780	108%	1200	1142	95%	3600	316	9%
2013	2880	2630	91%	11520	12722	110%	2880	1009	35%	2160	4575	212%	3600	7214	200%	10800	2213	20%
Janvier à Juillet 2014	1680	1247	74%	6720	6430	96%	1680	455	27%	1260	3824	303%	2100	6569	313%	6300	562	9%

4.2.2. Efficacité en termes de performance des ASC

Des informations sont recueillies sur la formation, la qualité de remplissage, l'intégration de paquets de services, la disponibilité des matériels, le lieu de stockage des produits contraceptifs et la rupture de stock chez les ASC. De plus, la performance des ASC a été mesurée à partir de la réalisation des activités liées à leur cahier de charge, de l'évaluation de leurs compétences techniques par leurs superviseurs directs que sont les ICP/accoucheuses ainsi que de la qualité des données fournies par les ASC. L'analyse des données recueillies se présente comme suit :

→ **Caractéristiques sociodémographiques, formations, qualité de remplissage, intégration de paquets de services, matériels disponibles, lieu de stockage des produits contraceptifs et rupture de stock des ASC**

La lecture du tableau ci-après montre que la population des ASC est composée de 53% de sexe masculin et 47% de sexe féminin. Suivant les districts, cette proportion semble être la même sauf dans le district de Vo où les femmes sont majoritaires (63%).

Selon le niveau d'instruction, on note une variabilité par rapport aux districts, sauf toujours dans le district de Vo où ceux du niveau collègue sont légèrement plus nombreux que ceux du niveau primaire. En effet, près des trois quart des ASC ont atteint le collègue dans les districts de Kpendjal, Haho et Blitta.

S'agissant de la situation matrimoniale, Vo (88%) enregistre moins de personnes mariées contre 93% à Kpendjal et 95% à Haho. De plus, près de 12% des ASC du district de Vo ne sont pas mariés.

Concernant les tranches d'âge, les moins de 20 ans ont été faiblement observés parmi les ASC (3%). La tranche de 35 ans et plus représente une proportion plus élevée (39%) contre au moins 19% des autres tranches d'âge. Ces résultats montrent une population composée de jeunes adultes, près de 60% ont 30 ans et plus.

Tableau 4.03 : Caractéristiques sociodémographiques des ASC contractuels

	VO		Kpendjal		Haho		Blitta		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Sexe										
Masculin	22	36,7	32	53,3	142	56,8	94	51,6	290	53,0
Féminin	38	63,3	28	46,7	108	43,2	88	48,4	262	47,5
Niveau d'instruction										
Primaire	22	44,9	17	28,3	58	23,2	32	16,8	129	23,5
Collège	24	49,0	43	71,7	181	72,4	147	77,4	395	71,9
Lycée	3	6,1	0	0,0	11	4,4	11	5,8	25	4,6
Statut Matrimonial										
Marié	53	88,3	56	93,3	238	95,2			347	93,8
Non marié	7	11,7	4	6,7	12	4,8			23	6,2
Tranche d'âge										
Moins de 20 ans	1	1,7	2	3,3	10	4,0	2	1,1	15	2,7
20 - 24 ans	13	21,7	15	25,0	52	20,8	25	13,8	105	19,1
25 - 29 ans	15	25,0	12	20,0	43	17,2	42	23,2	112	20,3
30 - 34 ans	14	23,3	7	11,7	45	18,0	40	22,1	106	19,2
35 ans +	17	28,3	24	40,0	100	40,0	72	39,8	213	38,7
Ensemble	60	-	60	-	250	-	181	-	551	-

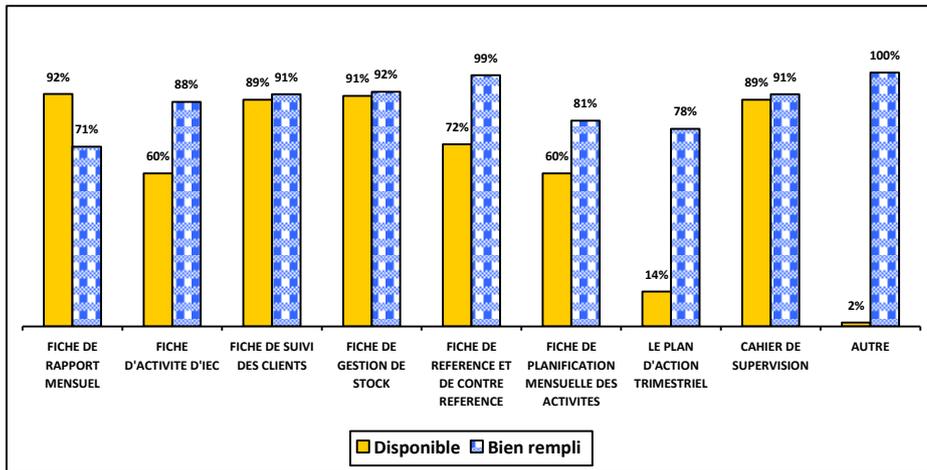
La proportion des ASC ayant reçu une formation formelle en PF avant le début des prestations est assez élevée, 97,7%. La répartition de cette proportion selon les districts montre que tous les ASC des districts de Blitta et de Kpendjal ont été formés avant de commencer à offrir leurs prestations aux client(e)s de leurs communautés alors qu'on note qu'ils sont 95% à Vo et 97% à Haho. Ces ASC ont en majorité atteint le niveau collège. Par exemple sur l'ensemble des ASC qui ont déclaré avoir reçu une formation, 88 ont fait le secondaire contre 28 qui ont fait le primaire. A la question de savoir si la formation reçue en tant que ASC est adéquate pour accomplir les responsabilités, 63,3% répondent par l'affirmatif. Il faut faire remarquer que dans le district de Haho, près de 90% déclarent avoir reçu une formation adéquate pour prester les services contre seulement 17% qui le pensent à Blitta. A cet effet, la nécessité de revoir les curricula de formation et le nombre de sessions de formation s'impose. De plus, le renforcement de capacités doit être mis en œuvre pour garantir les acquis.

Tableau 4.04 : Pourcentage des ASC ayant reçus une formation formelle en PF avant le début des prestations

	A reçu une formation formelle en PF avant le début des prestations		Pense que la formation reçue en tant que ASC est adéquate pour accomplir ces responsabilités	
	%	Effectif	%	Effectif
Sexe				
Masculin	98,6	73	67,1	49
Féminin	96,5	55	58,2	32
Statut matrimonial				
Célibataire	100,0	4	100,0	4
Marié	98,4	121	62,0	75
Séparé (e) /Divorcé (e)/Veuf (ve)	75,0	3	66,7	2
Niveau d'instruction				
Sans niveau	100,0	2	100,0	2
Primaire	96,6	28	60,7	17
Collège	98,9	88	63,6	56
Lycée	90,9	10	60,0	6
Supérieur	0,0	0	0,0	0
District				
VO	94,9	37	78,4	29
HAHO	96,7	29	89,7	26
KPENDJAL	100,0	32	65,6	21
BLITTA	100,0	30	16,7	5
Ensemble	97,7	128	63,3	81

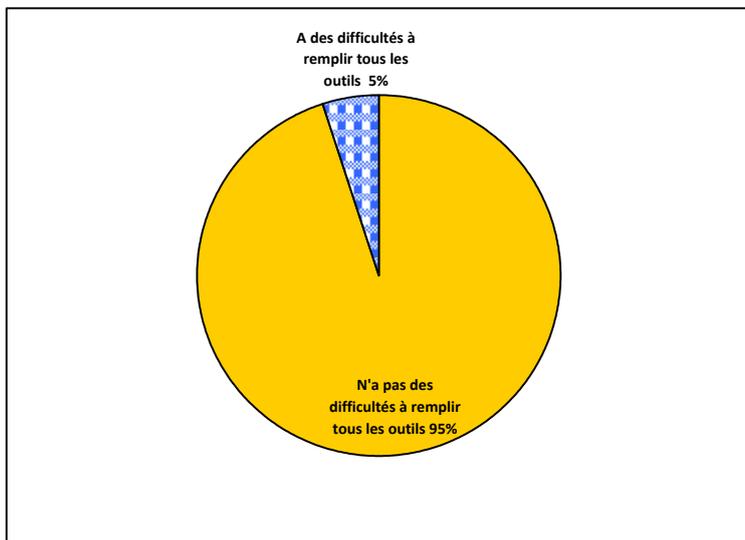
Durant l'évaluation, la disponibilité des outils de rapportage ainsi que la qualité de remplissage qui en est fait par les ASC ont été cernées. Les résultats montrent qu'en dehors du plan d'action trimestrielle (14%), tous les autres outils sont disponibles dans au moins 60% des cas. La qualité de remplissage observée est extraordinaire. Elle varie de 71% pour la fiche de rapport mensuel à 99% pour la fiche de référence et contre référence en passant par 92% pour la fiche de gestion de stock.

Graphique 4.01 : Pourcentage des ASC par type d'outils disponible et la qualité de remplissage



Il a été observé que seulement 5% des ASC éprouvent des difficultés à remplir tous les outils contre 95% des cas qui remplissent correctement tous les outils. Cette situation suscite la préparation des sessions de renforcement de capacités des ASC pour améliorer leur niveau de prestation.

Graphique 4.02 : Difficultés de remplissage des outils



La lecture du tableau 5.06 indique que près de 60% des ASC travaillent actuellement sur d'autres programmes. Selon les districts, ceux de Vo (71,8%) et de Kpendjal (65,6%) enregistrent de fortes proportions pour ce qui du travail simultané d'autres programmes. Les partenaires les plus impliqués dans cette concomitance sont Plan Togo (80%) et le Ministère de la santé (49%). Ces résultats montrent que l'intégration des paquets de services constitue des pistes importantes pour assurer la durabilité de la stratégie.

Tableau 4.05 : Pourcentage des ASC qui sont sur d'autres programmes

	Travaille actuellement comme ASC sur d'autres programmes		UNICEF %	PNLP %	MINISTERE DE LA SANTE %	PLAN TOGO %	Effectif
	%	Effectif					
Sexe							
Masculin	75,7	74	28,1	14,3	39,3	78,6	56
Féminin	40,4	57	8,7	4,3	69,6	82,6	23
Situation matrimoniale							
Célibataire	100,0	4	0,0	0,0	75,0	100,0	4
Marié	60,2	123	24,0	12,2	45,9	78,4	74
Séparé (e) /Divorcé (e)/Veuf (ve)	25,0	4	0,0	0,0	100,0	100,0	1
Niveau d'instruction							
Sans niveau	50,0	2	0,0	0,0	0,0	100,0	1
Primaire	55,2	29	18,8	18,8	62,5	75,0	16
Collège	60,7	89	25,5	9,3	42,6	79,6	54
Lycée	72,7	11	12,5	12,5	62,5	87,5	8
Supérieur	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
District							
VO	71,8	39	3,6	0,0	100,0	85,7	28
HAHO	56,7	30	5,9	41,2	29,4	70,6	17
KPENDJAL	65,6	32	76,2	9,5	14,3	76,2	21
BLITTA	43,3	30	0,0	0,0	15,4	84,6	13
Ensemble	60,3	131	22,5	11,4	48,1	79,7	79

Selon le tableau suivant, 77,7% organisent les causeries éducatives ensemble ou échangent des difficultés entre eux. Il n'a y pas de grande différence en fonction des districts. Toujours selon le même tableau, 3,1% des ASC travaillent chacun dans sa zone et 29% font des emprunts d'intrants. Dans l'ensemble, il existe une collaboration assez développée entre les ASC.

Le niveau d'instruction détermine le type de collaboration entre les ASC. Plus leur niveau d'instruction est bas, plus la collaboration entre eux est développée et ils organisent les causeries éducatives ensemble. On note que 100% des ASC sans niveau organisent les causeries éducatives ensemble.

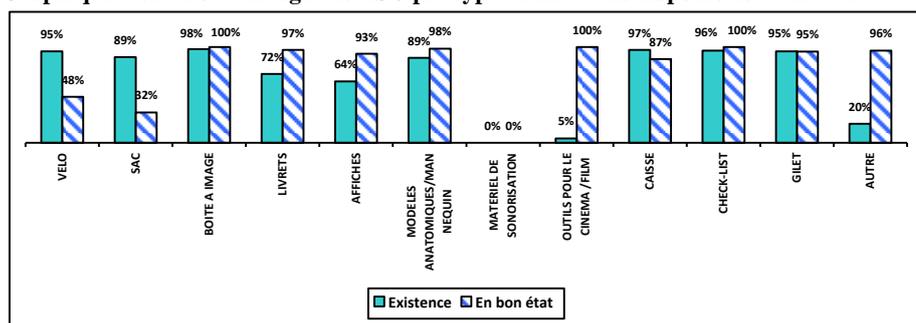
Suivant les districts, on constate que la collaboration en termes d'échange de difficultés s'observe davantage dans les districts de Vo (94,9%), Kpendjal (84,4%) et Haho (73,3%). Ces proportions interpellent pour orienter davantage les réunions mensuelles des ASC sur la collaboration entre eux afin de faciliter le travail.

Tableau 4.06 : Pourcentage des ASC par type de collaboration qui existe entre eux.

	Type de collaboration					Effectif
	Chacun dans sa zone	On organise des causeries ensemble	On échange sur nos difficultés	Emprunt d'intrants	autre	
	%	%	%	%	%	
Sexe						
Masculin	4,1	67,6	75,7	31,1	13,5	74
Féminin	1,8	89,5	78,9	26,3	8,8	57
Situation matrimoniale						
Célibataire	0,0	75,0	100,0	75,0	25,0	4
Marié	3,3	76,4	75,6	28,5	10,6	123
Séparé (e) /Divorcé (e)/Veuf (ve)	0,0	100,0	100,0	0,0	25,0	4
Niveau d'instruction						
Sans niveau	0,0	100,0	50,0	0,0	0,0	2
Primaire	3,4	82,8	72,4	24,1	10,3	29
Collège	3,4	76,4	76,4	29,2	12,4	89
Lycée	0,0	63,6	100,0	45,5	9,1	11
Supérieur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
District						
VO	2,6	92,3	94,9	35,9	2,6	39
HAHO	6,7	63,3	73,3	30,0	20,0	30
KPENDJAL	0,0	71,9	84,4	6,3	6,3	32
BLITTA	3,3	76,7	50,0	43,3	20,0	30
Ensemble	3,1	77,1	77,1	29,0	11,5	131

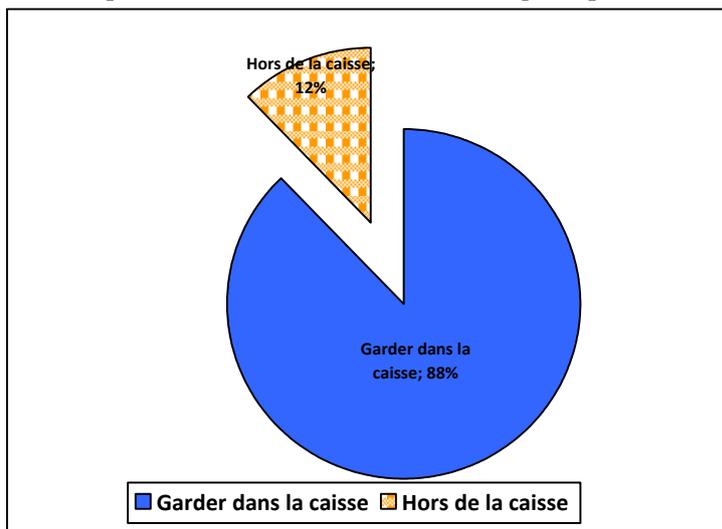
Les informations relatives à la disponibilité et l'état des matériels ont été collectées auprès des ASC. Les données consignées dans le tableau indiquent que les matériels comme la caisse, le check-list, le gilet, le mannequin, la boîte à image, le sac et le vélo sont disponibles dans de fortes proportions (au moins 89%). Par ailleurs, les livrets (72%) et les affiches (64%) sont encore disponibles chez les ASC. En ce qui concerne leur état, il est observé qu'en dehors des vélos et des sacs, les autres matériels connaissent toujours un bon état dans au moins 87% des cas. En effet, seulement 48% des vélos et 32% des sacs demeurent en bon état. Ces résultats suscitent de la part des partenaires un renouvellement des matériels importants.

Graphique 4.03 : Pourcentage des ASC par type de matériels disponibles et leur état



S'agissant du lieu de stockage des intrants, il est noté que 88% des ASC rencontrés conservent leurs produits contraceptifs dans la caisse comme recommandé. Les 12% restant ne suivent pas l'indication selon laquelle il faut absolument conserver les produits contraceptifs dans la caisse afin d'assurer leur sécurisation.

Graphique 4.04 : Répartition des ASC selon le lieu de stockage des produits contraceptifs



Afin d'appréhender le niveau de rupture des stocks, des questions ont été posées sur les mouvements du stock au cours des 6 derniers mois et un inventaire physique a été fait le jour de l'enquête auprès des ASC. Dans au moins près de 30% des cas, une rupture a été observée au cours des 6 derniers mois. En effet, les pilules (40,5%) et les préservatifs (30%) ont connu plus de rupture durant les 6 derniers mois. La même situation est notée au moment de l'enquête où les pilules et les préservatifs dans respectivement 20,6% et 14,5% ont été en rupture. Cette situation est plus prononcée dans le district de Blitta et de Kpendjal. Il faut faire remarquer que les injectables ont été peu en rupture sur l'ensemble des intrants mis à disposition des ASC. L'idéal serait qu'aucune rupture ne soit observée ni au niveau des pilules, des injectables et des préservatifs ou ni au niveau de tous les districts. Il faudrait de circonscrire davantage le circuit d'approvisionnement des intrants pour limiter les ruptures de stocks qui ont de lourdes conséquences.

Tableau 4.07 : Pourcentage des ASC ayant connu une rupture de stock.

	Rupture de stock au cours des 6 derniers mois				Rupture de stock au moment de la collecte			
	Pilule	Injectable	Préservatifs	Autre	Pilule	Injectable	Préservatifs	Autre
	%	%	%	%	%	%	%	%
Sexe								
Masculin	43,2	33,8	31,1	0,0	23,0	1,4	16,2	0,0
Féminin	36,8	29,8	28,1	0,0	17,5	5,3	12,3	3,5
Situation matrimoniale								
Célibataire	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Marié	40,7	33,3	30,9	0,0	22,0	3,3	15,4	1,6
Séparé (e) /Divorcé (e)/Veuf (ve)	50,0	25,0	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Niveau d'instruction								
Sans niveau	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Primaire	31,0	24,1	17,2	0,0	20,7	6,9	3,4	0,0
Collège	43,8	37,1	36,0	0,0	23,6	2,2	19,1	2,2
Lycée	36,4	18,2	18,2	0,0	0,0	0,0	9,1	0,0
Supérieur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
District								
VO	15,4	2,6	2,6	0,0	0,0	2,6	0,0	0,0
HAHO	20,0	16,7	20,0	0,0	23,3	3,3	23,3	0,0
KPENDJAL	71,9	59,4	56,3	0,0	25,0	3,1	15,6	3,1
BLITTA	60,0	56,7	46,7	0,0	40,0	3,3	23,3	3,3
Ensemble	40,5	32,1	29,8	0,0	20,6	3,1	14,5	1,5

→ Performance par rapport au cahier de charge

Le contrat des ASC les oblige à réaliser chacun quatre (4) causeries éducatives par mois, soit 24 causeries en six (6) mois. Selon le tableau ci-après, en 2013, la totalité des ASC de Kpendjal ont atteint leur cible sauf pour la période de 12 mois où seulement 41,7% l'ont atteint contre 6,7% dans le Vo. Les ASC de Kpendjal seraient les plus performants que ceux de Vo en matière de réalisation de causeries éducatives. En effet, ils ont obtenu un taux minimal de 38,3% contre 6,7% à Vo.

Tableau 4.08 : Pourcentage d'ASC ayant réalisé le nombre requis de causeries éducatives par période

	Causeries éducatives (4 par mois)	
	Kpendjal	Vo
	%	%
2012		
Un mois	80,0	96,7
Trois mois	38,3	68,3
2013		
Un mois	100,0	96,7
Trois mois	100,0	91,7
Six mois	100,0	51,7
Douze mois	41,7	6,7
2014		
Un mois	100,0	66,7
Trois mois	93,3	53,3
Six mois	85,0	35,0
Sept mois	65,0	23,3

En ce qui concerne les visites à domicile aux femmes utilisatrices de méthodes PF, 16 par mois en sont prévus pour chaque ASC. Les résultats indiquent que quel que soit le district ou la période concernée, tous les ASC n'ont pas atteint ce quota de visites à effectuer. Les proportions

varient de 11,7% de 91,7% pour le Kpendjal contre 53,3% à 98,3% pour le Vo. Ainsi, il faut préciser que les performances enregistrées dans le district de Vo sont plus élevées que celles de Kpendjal. Ces situations doivent interpeller les acteurs sur la subjectivité liée à la définition des quotas des indicateurs et la difficulté de réalisation des activités.

Tableau 4.09 : Pourcentage d'ASC ayant rendu visite aux femmes par période

Visites à domicile (16)		
	Kpendjal	Vo
	%	%
2012		
Un mois	58,3	98,3
Trois mois	11,7	90,0
2013		
Un mois	91,7	96,7
Trois mois	88,3	91,7
Six mois	83,3	90,0
Douze mois	23,3	41,7
2014		
Un mois	90,0	91,7
Trois mois	81,7	81,7
Six mois	58,3	68,3
Sept mois	40,0	53,3

S'agissant de la référence des personnes vers les USP, il est prévu qu'un ASC en réfère (4) par mois. L'analyse des résultats montrent qu'aucun ASC n'a pu les réaliser totalement. D'ailleurs, les proportions obtenues sont faibles. En 2013, la proportion la plus élevée des ASC ayant référé des personnes en un (1) mois est de 50%. Ce pourcentage a été enregistré dans le district de Kpendjal alors qu'il est de 43,3% dans le Vo. Durant l'année 2014, en sept (7) mois seulement 3,3% des ASC ont atteint leur cible en matière de référence de personnes dans le Kpendjal. Ces résultats suscitent des interrogations sur le fait qu'un quota a été fixé aux ASC pour les personnes à référer quand on sait la référence s'impose à toute personne dont l'état de santé est inquiétant et nécessite une prise en charge complète.

Tableau 4.10 : Pourcentage d'ASC ayant référé les personnes par période

Référence des personnes vers les USP (4)		
	Kpendjal	Vo
	%	%
2012		
Un mois	6,7	5,0
Trois mois	0,0	0,0
2013		
Un mois	50,0	43,3
Trois mois	28,3	20,0
Six mois	5,0	11,7
Douze mois	0,0	0,0
2014		
Un mois	35,0	28,3
Trois mois	25,0	13,3
Six mois	8,3	3,3
Sept mois	3,3	0,0

L'activité de distribution des méthodes PF est une activité principale pour les ASC. En effet, il est prévu pour chaque ASC de distribuer trois (3) cycles de pilules en un mois, neuf (9) en un trimestre. Les résultats montrent que les ASC du district de Vo enregistrent plus de performance. En 2014, 70% des ASC ont atteint leur quota à Vo alors qu'aucun ASC n'atteint cette cible dans le Kpendjal en sept (7) mois. Cette proportion de 43,3% (Vo) en un an contre 0,0% (Kpendjal)

en 2013. Toutefois, il faut signaler que l'atteinte de cette cible n'a été réalisée que par une proportion d'ASC varie entre 1,7% et 96%.

Tableau 4.11 : Pourcentage d'ASC ayant distribué les cycles de pilules par période

Distribution de cycles de pilules (3)		
	Kpendjal	Vo
	%	%
2012		
Un mois	20,0	93,3
Trois mois	1,7	43,3
2013		
Un mois	43,3	96,7
Trois mois	15,0	90,0
Six mois	5,0	88,3
Douze mois	0,0	43,3
2014		
Un mois	43,3	91,7
Trois mois	15,0	88,3
Six mois	1,7	81,7
Sept mois	0,0	70,0

L'autre méthode PF à offrir aux populations par les ASC est la méthode injectable. Selon le contrat, il est prévu que chaque ASC en distribue 5 dans le mois. Les résultats montrent que les performances sont élevées à ce niveau. En effet, 86,7 des ASC du district de Kpendjal ont pu atteindre ce quota en mois contre 76,7% dans le Vo en 2012. Les performances sont encore meilleures en 2013 et 2014 où la totalité des ASC de Kpendjal l'ont atteint en mois. La plus faible proportion est observée dans ce même district où seulement 15% des ASC ont pu atteindre la cible en trois (3). Ces données montrent que les injectables sont les méthodes préférées par la population.

Tableau 4.12 : Pourcentage d'ASC ayant distribué les injectables par période

Distribution de méthodes injectables (5)		
	Kpendjal	Vo
	%	%
2012		
Un mois	86,7	76,7
Trois mois	15,0	45,0
2013		
Un mois	100,0	95,0
Trois mois	98,3	90,0
Six mois	90,0	88,3
Douze mois	21,7	58,3
2014		
Un mois	100,0	88,3
Trois mois	98,3	85,0
Six mois	73,3	83,3
Sept mois	51,7	75,0

L'une des missions des ASC est de faire aussi le suivi des femmes enceintes dans leurs localités en les référant vers les centres de santé. Ce suivi n'a pas été systématique dans les districts. Très peu d'ASC ont accompli cette obligation. En 2013 et sur une période d'un (1) mois, 60% (Kpendjal) et 63% (Vo) des ASC ont référé trois (3) femmes enceintes comme indiqué dans leurs tâches contractuelles. La mesure de cet indicateur pose des problèmes sur le terrain dans la mesure où d'un mois à l'autre ou d'un trimestre à l'autre, la même femme enceinte pourrait être

comptabilisée deux fois sa grossesse n'a pas été à terme. Cela suppose d'instruire davantage les ASC pour ne pas comptabiliser deux fois la même femme enceinte.

Tableau 4.13 : Pourcentage d'ASC ayant référé les femmes enceintes

Suivi des femmes enceintes (15)		
	Kpendjal	Vo
	%	%
2012		
Un mois	8,3	50,0
Trois mois	0,0	5,0
2013		
Un mois	60,0	63,3
Trois mois	40,0	43,3
Six mois	21,7	30,0
Douze mois	0,0	0,0
2014		
Un mois	45,0	41,7
Trois mois	31,7	16,7
Six mois	15,0	5,0
Sept mois	6,7	1,7

Ces résultats interpellent les acteurs clés du système mis en place dans les districts de Kpendjal et de Vo qui semble inciter les clients à bénéficier des méthodes PF alors la loi 2007 – 005 sur la santé de la reproduction promulguée déclare en **article 6** : « *le droit de la personne à la santé de reproduction est un droit humain, universel, inviolable, inaliénable et imprescriptible. Tout individu a le droit de jouir du meilleur état de santé qu'il est possible d'atteindre* ». Dans ce sens, l'engagement Tiaht en matière de planification familiale du gouvernement des Etats-Unis d'Amérique trouve sa place dans le système de santé au Togo.

→ Performance par rapport aux compétences techniques

L'évaluation des compétences techniques des ASC a été faite par les ICP qui sont leurs superviseurs directs. En effet, il a été observé que 99% des ASC sont capables d'administrer correctement les différentes méthodes PF et 90% d'entre eux organisent efficacement les causeries éducatives. Cependant, la capacité de faire la démonstration de la méthode Kangourou n'est présente que chez 24% des ASC. S'agissant de la capacité d'identifier et de traiter correctement le paludisme, la diarrhée et la pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans, il a été constaté que trois quart des ASC soit 76,3% en disposent. Ces résultats posent un problème de renforcement de capacités mais aussi du continuum de soins qu'il faut ajouter aux tâches existantes des ASC.

Tableau 4.14 : Pourcentage des compétences techniques des ASC

Evaluation des compétences techniques des ASC	
Compétences mesurées	Pourcentage
Capacité d'identifier des clientes éligibles aux différentes méthodes	95,9%
Capacité d'administrer correctement les différentes méthodes	99,0%
Capacité d'organiser les causeries éducatives efficaces	90,7%
Capacité d'identifier et traiter correctement le paludisme, la diarrhée et la pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans	76,3%
Capacité de faire une démonstration de la méthode Kangourou	24,5%

→ Qualité des données des ASC.

La qualité des données est un problème auquel une attention particulière doit être accordée. En effet, de mauvaises données conduisent souvent vers une appréciation erronée de la situation et entraînent des décisions inappropriées voire nuisibles pour la stratégie et pour les bénéficiaires. La qualité des données des ASC passe par leur précision, complétude et exactitude. Elle passe aussi par la promptitude des rapports fournis par les ASC à la chaîne définie. Ainsi, cette qualité des données a été mesurée dans le cadre de l'évaluation de la DBC.

- Précision des données des ASC

Les données sont précises si elles mesurent ce qu'elles sont censées mesurer. Cette dimension ne peut être atteinte que si une définition claire des indicateurs existent et que les ASC sont suffisamment formés pour collecter les données selon ces définitions. Au vu de l'évaluation, chaque ONG dispose d'un manuel de suivi - évaluation et tous les indicateurs sont définis dans ce manuel. Les indicateurs spécifiques pour la stratégie DBC sont repris dans le manuel de formation de l'ASC. Il existe ainsi une définition harmonisée de tous les indicateurs collectés par les ASC.

- Complétude des rapports des ASC

L'organisation mise en place sur le terrain permet d'avoir l'ensemble des rapports des ASC. Mais faut-il que tous les ASC recrutés soient fonctionnels sur la période. En effet, il est constaté que le nombre d'ASC fonctionnels est inférieur au nombre d'ASC recrutés sur des périodes. Le tableau suivant montre la fonctionnalité des ASC par rapport au nombre prévu. Comme on peut le constater, le nombre d'ASC fonctionnels est décroissant dans le district de Haho. Dans le district de Vo, les 60 ASC n'ont jamais été fonctionnels sur les périodes considérées. Les raisons évoqués pour les ASC non fonctionnels sont : le désistement suite à un changement de localité. Spécifiquement pour le cas de Haho, le nombre décroissant des ASC fonctionnels est une conséquence du départ du partenaire suivi de la détérioration des conditions de travail. Cette situation d'inactivités de certains ASC peut impacter considérablement la stratégie en terme de performance. Faut-il qu'il soit mis en place une stratégie plus souple de remplacement des ASC désistés au lieu de reprendre le processus normal de recrutement qui peut prendre assez de temps. Par exemple, former des ASC supplémentaires dans chaque village qui serviront de relais en cas de désistement.

Tableau 4.15 : Nombre d'ASC fonctionnels

Période	Prévu	HAHO		VO		KPENDJAL
		Fonctionnel	Prévu	Fonctionnel	Prévu	Fonctionnel
Janvier 2013	250	249	60	54	60	60
Juin 2013	250	239	60	55	60	58
Décembre 2013	250	232	60	54	60	59
Juin 2014	250	225	60	54	60	59

- Promptitude des rapports des ASC

Dans le circuit de l'information sanitaire au Togo, le niveau communautaire reste le dernier maillon dans ce système. Ainsi, le bilan des activités au niveau communautaire est transmis dans un premier temps à l'USP qui s'en sert pour la production du rapport des activités dans son aire sanitaire. Selon le système national d'information sanitaire, le mois sanitaire prend fin chaque 25 du mois. Les USP élaborent leur rapport entre le 26 et le 05 du mois suivant, qu'elles

transmettent aux districts. Ces derniers élaborent leur rapport entre le 05 et le 10 du mois qu'ils transmettent à la région. Pour respecter le circuit de l'information et les délais définis dans le système d'information sanitaire, les ASC sont tenus d'envoyer leurs rapports au plus tard le 25 du mois pour permettre aux USP d'en tenir compte dans leurs activités. A cet effet, les ASC clôturent leurs activités chaque 20 du mois. Entre le 20 et le 25 ils élaborent leurs rapports sous la supervision de l'animateur dans l'USP. Tous les ASC fonctionnels sont tenus être présents lors de la séance d'élaboration du rapport dans l'USP. Les ASC empêchés pour des raisons diverses se font aider par leur collègues qui se chargent d'élaborer leurs rapports. Avec cette organisation mise en place, il est constaté lors de l'évaluation une promptitude des rapports des ASC à cent pour cent.

- Exactitude des données des ASC

L'exactitude des données a été appréhendée sur une période donnée chez un échantillon d'ASC rencontrés. Il s'agit de voir la conformité entre les données issues d'une part des registres versus des rapports des ASC, d'autre part celles issues des rapports des ASC versus des rapports des ONG. Les résultats obtenus sont consignés dans le tableau ci-dessus. Il en ressort que dans l'ensemble, les données sont relativement exactes sauf pour l'indicateur « *nombre de personnes touchées par les activités de sensibilisation sur la planification familiale* ». En effet, les données issues des registres des ASC concordent avec celles de leurs rapports jusqu'à 96% pour le mois de janvier 2013 en termes de nombres de nouvelles utilisatrices de pilules. Pour les injectables, elles sont concordent dans 92% des cas. S'agissant du nombre d'anciennes utilisatrices de méthodes contraceptives, les données des rapports des ASC versus celles des ONG sont exactes dans au moins 57% des cas pour le mois de juin 2014. (Confer Tableau An.06)

4.2.3. Analyse des indicateurs d'effet

La stratégie de Distribution à Base Communautaire (DBC) des produits contraceptifs a été mise en œuvre en différentes phases dans différents districts. Dans le souci d'apprécier la situation initiale, des études de base réalisées ont permis de disposer des informations de bases sur le niveau de connaissance des méthodes PF, la perception des méthodes PF par les communautés, le niveau d'utilisation des méthodes PF et sur le suivi et le référencement des femmes enceintes.

La collecte des informations dans le cadre de cette évaluation a pris en compte cette préoccupation en s'appuyant essentiellement sur les outils de collecte utilisés lors des études de base. Ainsi cette partie se propose de faire une analyse comparative sommaire de l'évolution du comportement, des attitudes et les pratiques des communautés faces aux méthodes de la planification familiale.

4.2.3.1- Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Au total, l'opération de la collecte de données a touché 5162 personnes dont 3393 femmes de et 1769 hommes (Tableau 4.16). La majorité des personnes interviewées sont des individus de la tranche d'âge compris entre 25 à 34 ans. Les personnes de plus de 45 ans ne représentent qu'environ 14 % des individus interviewés.

L'analyse de la répartition des personnes interviewées selon l'âge et le sexe montre que les individus de sexe féminin interrogés appartenant à la tranche d'âge comprise entre 25 et 34 ans représentent 41% alors que 31% des hommes se retrouvent dans la tranche d'âge de 35 à 44 ans.

La répartition selon le niveau d'instruction montre que 43% des enquêtés n'ont aucun niveau et près d'un quart d'entre eux ont le niveau secondaire et plus. On constate également que les femmes interviewées sont moins instruites par rapport aux hommes. En effet, selon le tableau

(4.01) ci-après, plus de la moitié des femmes (51%) n'ont aucun niveau contre 28% chez les hommes.

Tableau 4.16: Répartition des enquêtés selon les caractéristiques sociodémographiques

	HOMME		FEMME		ENSEMBLE	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Tranche d'âge						
15-24 ans	179	10,1	973	28,7	1152	22,3
25-34 ans	542	30,6	1374	40,5	1916	37,1
35-44 ans	550	31,1	827	24,4	1377	26,7
45 ans et +	498	28,2	219	6,5	717	13,9
Niveau d'instruction						
Aucun	493	27,9	1744	51,4	2237	43,3
Primaire	588	33,2	1052	31,0	1640	31,8
Secondaire et +	688	38,9	597	17,6	1285	24,9
Situation matrimoniale						
Marié(e)	1598	90,3	3049	89,9	4647	90,0
Célibataire	153	8,6	255	7,5	408	7,9
Divorcé(e)/séparé(e)/veuf (ve)	18	1,0	89	2,6	107	2,1
District						
Zio	238	13,5	551	16,2	789	15,3
Vo	263	14,9	478	14,1	741	14,4
Haho	279	15,8	458	13,5	737	14,3
Kpendjal	247	14,0	524	15,4	771	14,9
Blitta	318	18,0	527	15,5	845	16,4
Wawa	253	14,3	432	12,7	685	13,3
Tandjoaré	171	9,7	423	12,5	594	11,5
Ensemble	1769	100	3393	100	5162	100

Selon les informations recueillies sur le terrain, plus de 96% femmes enquêtées sont mariées et ont déjà donné naissance à un enfant. Il ressort également de la lecture du tableau 4.17 ci-après les jeunes femmes entre très tôt en union. En effet la lecture du même tableau indique que 7 femmes sur 10 âgées de 15 à 24 ans sont déjà en union avec en moyenne près deux enfants vivants.

Afin d'apprécier le niveau actuel de la fécondité, la parité moyenne a été calculée. Les résultats du calcul présentés par le tableau 4.02 indiquent que la parité moyenne de l'ensemble des femmes interviewées est de 4,1 enfants. Il est à remarquer aussi que le nombre moyen de naissances par femme semble varier d'un district à l'autre allant de 3,4 dans le Zio à 4,9 à Kpendjal.

Tableau 4.17 : Répartition des femmes enquêtées ayant une fois accouché et le nombre moyen d'enfants

	A déjà données naissance à un enfant		Nombre moyen de naissances	Nombre moyen d'enfants vivants
	Eff	%		
Tranche d'âge				
15-24 ans	691	71,0	1,9	1,7
25-34 ans	1332	97,0	3,7	3,4
35-44 ans	818	98,9	5,8	5,1
45 ans et +	216	98,6	6,6	5,6
Niveau d'instruction				
Aucun	1674	96,0	4,9	4,3
Primaire	976	92,8	3,5	3,2
Secondaire et +	407	68,2	2,3	2,2
Situation matrimoniale				
Marié(e)	2929	96,1	4,1	3,6
Célibataire	40	15,7	1,8	1,6
Divorcé(e)/séparé(e)/veuf (ve)	88	98,9	4,7	4,2
District				
Zio	480	87,3	3,4	3,1
Vo	428	89,5	4,0	3,6
Haho	433	94,5	4,2	3,7
Kpendjal	491	93,7	4,9	4,3
Blitta	469	89,0	3,6	3,2
Wawa	387	89,6	3,7	3,4
Tandjoare	369	87,2	4,7	4,1
Ensemble	3057	90,1	4,1	3,6

4.2.3.2- Niveau de connaissance et perception des méthodes PF

4.2.3.2.1- Problème de santé dans les communautés visitées

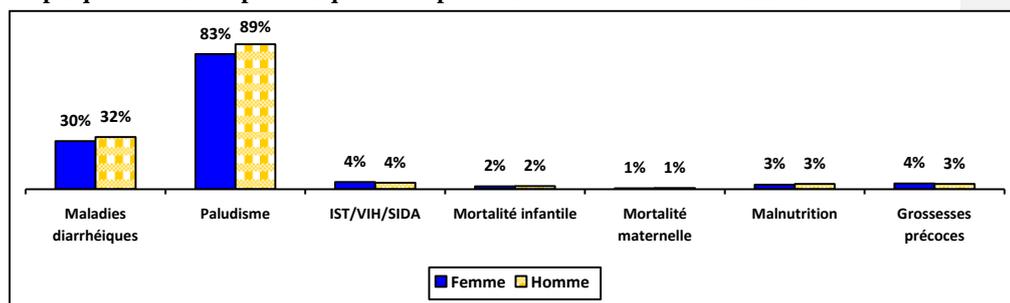
Les problèmes sanitaires sont généralement perçus différemment par la population et parfois, certaines préoccupations au niveau national ne sont pas perçues par les communautés comme faisant parties des problèmes de santé. Le tableau 4.05 ci-dessous présente les résultats du dépouillement des réponses de chaque enquêté ayant tenté d'énumérer les problèmes de santé les plus importants de sa communauté.

La lecture dudit tableau fait ressortir deux maladies qui sont perçues comme les plus importants maux qui frappent la population dans les zones de l'étude. Il s'agit du paludisme et des maladies diarrhéiques. En comparant les données des études de bases, on constate que ce sont les mêmes maladies qui y ont été citées.

Les IST et le VIH/sida sont cités en troisième position comme le mal vécu par les communautés visitées. La population des communautés visitées semble ne pas vivre les problèmes de mortalité maternelle, grossesse précoce ou de mortalité infantile. En effet ces problèmes n'ont pas significativement été cités par les populations enquêtées. La mortalité infantile et les grossesses précoces sont alors faiblement identifiées par les enquêtés comme problèmes de santé de leurs

communautés respectives. Il est aussi possible que ces populations n'imaginent pas qu'il s'agit là aussi d'un problème de santé publique. Cependant, il faut signaler que les grossesses précoces et la mortalité infantile se place en 4^{ème} position comme problèmes sanitaires que vivent les populations de la zone de l'enquête. C'est dans cette optique qu'un homme déclare lors d'une discussion de groupe : « *Nous avons des problèmes tels que le paludisme, les maladies diarrhéiques, les maux de ventre. De plus, les hopitaux sont trop éloignés de chez nous ce qui fait que parfois nos femmes accouchent à la maison* ».

Graphique 4.05 : Perception enquêtés des problèmes de santé dans la communauté



4.2.3.2.2-Niveau de connaissance des méthodes PF

L'analyse des informations collectées lors des études de bases montrait déjà que la population des districts concernés avait un niveau global de connaissance des méthodes de la planification familiale satisfaisant. Il était ressorti que le personnel de santé constituait le canal d'informations sur ces méthodes. Toutefois, en considérant que la méconnaissance des méthodes modernes de la planification familiale peut être un des facteurs de la faible prévalence contraceptive, des actions de sensibilisation ont été menées pour améliorer ce niveau de connaissance.

Afin de mesurer les résultats de ces actions de sensibilisation, chaque enquêté a été invité à citer les méthodes de la planification familiale qu'il connaît (la connaissance spontanée) et après sa réponse, l'enquêteur décrit les méthodes que son interlocuteur n'a pas pu citer. L'enquêté est alors invité à se prononcer s'il connaît ou a entendu parler de la méthode décrite (connaissance après description).

De façon globale (Tableau An.01), on constate que le niveau de connaissance est assez élevé. Par rapport aux districts, il ressort qu'il n'y a pas de différence significative entre la proportion des enquêtés ayant pu citer une méthode dans les districts témoins (Zio, Wawa et Tandjoaré) et celle dans les districts du projet. Mais on note une légère avance du niveau de connaissance dans des districts du projet sur celui des districts témoins. Dans ce sens, la question liée à la connaissance des méthodes PF a suscité diverses réponses de la part des participants d'un focus group dont celle d'un homme âgé de 28 ans qui dit « *comme méthodes PF, nous avons les pilules, les injectables, les implants, les stérilets, la vasectomie et les préservatifs qui assurent une double protection* ».

La lecture du tableau 4.18 suivant montre que le niveau de connaissance est différent selon les méthodes. Il ressort de l'analyse de ce tableau que l'utilisation des préservatifs (88%), les pilules (82%), les injectables (88%) et le jodelle (65%) sont les méthodes les plus connues par les personnes enquêtées après description desdites méthodes par l'enquêteur.

L'analyse comparative du niveau de connaissance spontanée entre les districts du projet et les districts témoins se présente comme suit (*test de comparaison de deux proportions*) :

- ✓ pour Vo (district d'intervention) et Zio (district témoin), le test montre que le niveau de connaissance des enquêtés du district de Vo est supérieur à celui du district de Zio. Selon le tableau 4.04, environ 79% des femmes enquêtées dans le Vo ont cité les injectables de façon spontanée contre seulement 59% des femmes qui l'ont fait dans le Zio. Pour le DIU/Stérilet, 9,8% des femmes enquêtées dans Vo contre seulement 3,8% de leurs camarades de Zio. Il en est de même pour les autres méthodes sauf pour les méthodes d'abstinence (environ 11% dans Zio contre 13% dans Vo) et de MAMA (0,3% dans Zio contre 1,3% dans Vo) où la différence n'est pas significative ;
- ✓ Blitta (districts de projet) et son district témoin (Wawa), l'analyse montre que le niveau de connaissance des enquêtés de Blitta est supérieur à celui des enquêtés de Wawa sauf pour les méthodes de DIU, préservatif et vasectomie où la différence n'est pas significative ; Ici aussi on note que plus de 3 femmes sur 4 ont pu citer les injectables comme méthode permettant d'éviter la grossesse contre environ 68% des femmes dans le Wawa.
- ✓ Haho (districts de projet) et son district témoin (Wawa), l'analyse montre que le niveau de connaissance des femmes enquêtées de Haho (86,5% pour les injectables , 20,3% pour le Norplant/Jadelle et 15,5% pour le DIU/Stérilet) est supérieur à celui des enquêtés de Wawa (67,6% pour les injectables , 15,5% pour le Norplant/Jadelle et 5,6% pour le DIU/Stérilet) sauf pour les méthodes de préservatif, vasectomie, ligature des trompes et MAMA où la différence n'est pas significative ;
- ✓ Au niveau du district de Kpendjal (district du projet) et celui des enquêtés du district de Tandjoaré (district témoin) le test indique une différence significative entre le niveau de connaissance des enquêtés du district du projet et le district témoin pour les méthodes injectables (79,8% des femmes dans Kpendjal contre 67,1% des femmes de Tandjoaré), MAMA(6,1% des femmes dans Kpendjal contre 1,7% des femmes de Tandjoaré), DIU/Stérilet (10% des femmes dans Kpendjal contre 15% des femmes de Tandjoaré) et Norplant/jadelle ((39% des femmes dans Kpendjal contre 45% des femmes de Tandjoaré) mais cette différence est positive seulement pour les injectables et MAMA.

Par rapport au temps, la comparaison du niveau de connaissance a été faite pour les informations disponibles et révèle que :

- ✓ le niveau de connaissance des méthodes de la population du district de Vo pour les méthodes injectables et les pilules a nettement progressé. En 2012, seulement 22% des enquêtés ont pu citer spontanément les pilules comme méthode de la PF contre 56% en 2014. Dans le même district, cette proportion passe de 62% en 2012 à 73% en 2014 pour les injectables ;
- ✓ dans le district de Blitta, les proportions d'enquêtés capables de citer les injectables et les pilules passe respectivement de 60% à 72% et de 45% à 49% de 2011 à 2014 ;

le niveau de connaissances des méthodes PF a régressé dans le district de Wawa, passant de 67% à 56% pour les pilules et 75% à 63% pour les injectables de 2011 à 2014.

Tableau 4.18 : Répartition des femmes enquêtées selon la connaissance des méthodes PF

Connaissance des méthodes de PF												
	Utilisation de											
	Abstinence	préservatif	Pilule	DIU/Stérilet	Injectable	Norplant/jadelle	Coït interrompu	MAMA	Ligature des trompes	Collier	Vasectomie	Méthodes traditionnelles
Zio												
H	59,7	87	55,5	34	69,7	50,4	49,6	31,1	30,3	11,8	18,5	24,8
F	59,5	78,8	73,3	44,3	88,4	71	43,2	39,9	33,9	16,7	16,7	26,9
Total	59,6	81,2	67,9	41,2	82,8	64,8	45,1	37,3	32,8	15,2	17,2	26,2
Vo												
H	69,6	96,6	89,4	54	93,5	70,3	57,4	53,6	67,3	27	43,3	37,6
F	61,5	92,9	92,7	53,1	93,7	71,1	46,9	55,2	57,9	29,3	28,9	31,8
Total	64,4	94,2	91,5	53,4	93,7	70,9	50,6	54,7	61,3	28,5	34	33,9
Haho												
H	49,5	94,6	87,5	64,5	91	60,6	44,4	26,5	53	7,9	17,2	24,7
F	40,4	88	89,5	54,6	92,1	52,8	24	32,3	52,4	8,5	11,1	18,8
Total	43,8	90,5	88,7	58,3	91,7	55,8	31,8	30,1	52,6	8,3	13,4	21
Kpendjal												
H	66	91,9	81,4	41,7	87	72,9	57,1	44,1	43,7	13	25,9	29,1
F	67,4	84,5	84,4	57,3	94,3	80,9	43,9	58	50	14,1	25,4	21,2
Total	66,9	86,9	83,4	52,3	92	78,3	48,1	53,6	48	13,7	25,6	23,7
Blitta												
H	70,4	95,6	84	41,2	90,9	71,4	50,3	30,2	43,1	28,9	31,4	28,6
F	67,9	87,1	80,5	39,7	88	70,4	33,2	41,4	37,6	29,2	24,7	32,3
Total	68,9	90,3	81,8	40,2	89,1	70,8	39,6	37,2	39,6	29,1	27,2	30,9
Wawa												
H	55,7	90,5	70,8	17,4	73,5	30,8	12,6	5,1	22,9	4	3,2	18,2
F	56,3	78,5	74,8	17,4	81	36,1	6,3	20,8	24,8	8,3	2,5	9,5
Total	56,1	82,9	73,3	17,4	78,2	34,2	8,6	15	24,1	6,7	2,8	12,7
Tandjoare												
H	67,8	97,1	83,6	48,5	88,9	76	57,9	43,9	56,7	12,9	31	36,3
F	50,6	85,8	87	58,2	91	83,7	37,1	43,7	38,5	15,1	19,4	18,4
Total	55,6	89,1	86	55,4	90,4	81,5	43,1	43,8	43,8	14,5	22,7	23,6
Ensemble	59,7	87,9	81,7	45,4	88,3	65,2	38,5	39	43,2	17	20,7	24,9

4.2.3.2.3- Perception des méthodes de Planification familiale

Au rang des facteurs qui influencent l'utilisation des méthodes de la planification familiale, on peut citer l'opinion et les attitudes vis-à-vis de ces méthodes surtout les modes modernes.

Les données collectées par rapport à la perception de la population des districts concernés par l'étude montrent que dans l'ensemble, la population a une appréhension positive de la planification familiale. En effet, selon le tableau 4.19, au moins de 8 enquêtés sur 10 pensent que l'utilisation de la planification familiale par les femmes est une bonne chose. Ceci a été déclaré par une femme d'une trentaine d'années en ces termes : « *c'est une bonne chose puisque ça nous aide beaucoup. Avant beaucoup de femmes allaitantes tombaient enceintes, elles avaient tous les problèmes. Elles ne cessaient d'aller à l'hôpital et n'arrivaient plus à faire des économies. Aujourd'hui, les méthodes PF permettent de gérer ces situations* ». Cependant, une proportion non négligeable (16% d'hommes enquêtés et 15% de femmes enquêtées) estime que l'utilisation des méthodes de la PF n'est pas bonne pour la santé. A l'exception du district témoin de Wawa, la proportion des enquêtés qui pense que l'utilisation des méthodes de la PF n'est pas bonne pour la santé est plus importante (*selon le test*) dans les districts du projet que dans les districts témoins. Cette situation peut s'expliquer par les effets secondaires des méthodes de la PF observés par les utilisateurs.

Tableau 4.19: Répartition des enquêtés selon leur avis sur l'utilisation de la PF par les femmes

	<i>C'est une bonne chose</i>		<i>On nous oblige</i>		<i>Ce n'est pas bien pour la santé</i>		<i>C'est contre la tradition</i>		<i>Moyen de prostitution</i>		<i>Interdit par la religion</i>	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Tranche d'âge												
15-24 ans	89,4	89,8	0,6	0,7	12,3	14,8	1,1	2,4	6,1	3,9	2,2	1,8
25-34 ans	91,9	92,4	1,1	0,5	17,3	15,4	2,4	1,4	5,0	3,4	2,6	1,3
35-44 ans	89,3	92,5	1,1	0,8	19,3	14,5	2,5	1,0	6,7	3,3	1,6	0,6
45 ans et +	89,4	91,3	0,8	0,5	13,3	16,4	3,6	0,9	6,6	2,3	1,8	0,9
Niveau d'instruction												
Aucun	87,2	91,7	1,4	0,5	14,0	14,2	3,7	1,5	6,5	3,4	1,8	0,9
Primaire	89,5	91,8	0,7	0,7	17,2	15,8	2,6	1,4	6,5	3,0	1,9	1,2
Secondaire et +	92,7	90,8	0,9	1,2	17,2	16,4	2,0	1,7	5,5	4,0	2,3	2,3
Situation matrimoniale												
Mariée	89,8	91,8	1,0	0,7	16,9	15,1	2,9	1,5	5,9	3,4	2,1	1,1
Célibataire	94,1	89,0	0,7		11,8	14,5	0,7	1,6	7,2	4,3	2,0	3,1
Divorcée/séparée/ Veuve	83,3	92,1				15,7		1,1	11,1			1,1
District												
Zio	81,5	86,5	0,4	0,5	7,6	7,8	1,3	0,4	5,0	2,0	2,9	0,5
Vo	88,6	93,1	1,5	1,3	16,7	14,4	7,2	7,3	12,5	11,5	9,1	7,3
Haho	87,8	90,0	1,1	0,2	22,2	22,5	5,7	1,7	7,5	1,5	0,4	0,2
Kpendjal	97,2	98,5	0,4	0,4	10,9	10,7	0,4	0,4	6,9	3,8	0,4	0,2
Blitta	91,5	88,6	0,6	0,4	8,8	12,5			4,4	2,5	0,6	
Wawa	92,1	92,6	2,0	1,6	39,9	36,3	2,0	0,7	3,2	1,6		0,2
Tandjoare	92,4	92,4	0,6	0,2	4,7	4,3	1,8	0,5	1,8	0,7	0,6	0,5
Ensemble	90,1	91,6	1,0	0,6	16,3	15,1	2,7	1,5	6,1	3,4	2,0	1,3

4.2.3.2.4- Exposition des enquêtés aux sensibilisations sur la PF

La sensibilisation sur les méthodes de la PF fait partie de la panoplie d'activités des agents de santé communautaire (ASC). Ce paragraphe permet de mesurer l'intervention desdits agents sur le terrain.

Selon le tableau 4.20 ci-après, environ 60% des femmes et 58% des hommes ont déclaré avoir été sensibilisés. A l'exception des enquêtés du district de Tandjoaré qui ont reconnu avec une forte proportion (81% pour les femmes et 73% pour les hommes) avoir été sensibilisés, seulement 2 enquêtés sur 10 ont déclaré avoir été sensibilisé dans les autres districts témoins à savoir le district de Zio et de Wawa. Selon les informations recueillies auprès du responsable de l'ONG 3ASC, la population de Tandjoaré bénéficierait de l'influence d'un projet similaire qui est mis en œuvre dans un district au Ghana frontalier au district de Tandjoaré. S'agissant des acteurs de la sensibilisation, le personnel de la santé reste le principal acteur de l'activité de sensibilisation sur les méthodes de la planification familiale dans les districts témoins alors que les agents de santé communautaire viennent en première position dans les districts du projet. Ceci démontre la visibilité des ASC sur le terrain. Dans les districts témoin, il faut rappeler que dans le cadre de son plan d'action pour le repositionnement de la planification familiale, l'État togolais a défini plusieurs stratégies, notamment la stratégie de renforcement de l'équipement des formations sanitaires permettant ainsi aux centres de santé équipés de fournir des services de planification familiale et de counseling de qualité.

Tableau 4.20: Répartition des enquêtés selon leur exposition à la sensibilisation sur la PF

	A été sensibilisé		Acteur de la sensibilisation									
	%	N	Personnel de santé	ONG	ASC	AMI (Proche)	Conjoint	Comités d'hommes	Clubs des mères	Médias	Ne se rappelle plus	N
Femme												
Zio	18,7	551	69,5	11,4	9,5	11,4	1,0					105
Vo	69,9	478	45,8	7,2	75,7	7,2	0,6		0,3	2,7	0,599	334
Haho	73,6	458	30,3	3,0	89,0	2,1	0,9	0,3	0,3	1,5	1,484	337
Kpendjal	84,2	524	35,6	3,9	82,3	8,6	3,2	1,1	1,1	4,1	5,896	441
Blitta	70,6	527	16,1	2,7	84,4	3,0	2,4	0,5	0,5	12,6	1,075	372
Wawa	21,8	432	86,2	9,6	3,2	7,4	2,1	1,1	10,6	3,2	3,191	94
Tandjoare	81,1	423	71,5	8,4	19,2	6,7	2,9	1,5	5,8	2,9		344
Ensemble	59,7	3393	43,0	5,5	64,6	6,0	2,0	0,7	1,9	4,5	2,535	2027
HOMME												
Zio	18,5	238	59,1	22,7	11,4	11,4					0,6	44
Vo	68,4	263	36,7	11,7	79,4	5,6	1,7	1,1	1,1	8,9		180
Haho	73,1	279	24,5	2,9	88,7	2,5	2,5			1,5	10,1	204
Kpendjal	80,6	247	36,7	5,5	72,9	6,0	8,5	1,5	0,5	5,5		199
Blitta	69,2	318	10,0	2,3	85,0	1,8	0,5	0,5		16,8	3,8	220
Wawa	20,9	253	77,4	17,0	5,7	9,4		3,8	9,4	3,8		53
Tandjoaré	73,1	171	75,4	15,9	24,6	6,3		3,2	1,6	4,0	2,7	126
Ensemble	57,9	1769	36,4	8,0	67,7	4,8	2,5	1,2	1,0	7,2		1026

4.2.2.3- Utilisation des méthodes PF

Le résultat visé par le projet DBC est l'amélioration de la prévalence contraceptive dans les districts concernés. Les outils de collecte ont été conçus en prenant en compte un certain

nombre de questions qui, après dépouillement de leurs réponses, permettent d'estimer la proportion d'enquêtés qui utilisent actuellement une méthode de la PF.

4.2.3.3.1-Niveau d'utilisation des méthodes de la PF

D'après le tableau 4.21 ci-dessous, 55% des femmes versus 60% des hommes enquêtés ont une fois utilisé une méthode ou moyen de la planification familiale. On remarque que les proportions d'enquêtés ayant déclaré avoir utilisé une fois les méthodes de la PF dans les districts témoins sont légèrement inférieures à celles des districts du projet.

Par rapport à l'utilisation actuelle de ces méthodes, il ressort de la lecture du tableau 4.07 que près de 35% des femmes et 41% des hommes utilisent actuellement une méthode moderne de la PF. A l'exception du district de Wawa (district témoin), la comparaison des districts témoin et les districts du projet montre une différence de proportion d'enquêtés qui ont déclaré utiliser au moins une méthode lors de la collecte des données. En exemple environ 23% des femmes et 27% des hommes du Zio (district témoin) ont déclaré utilisé actuellement une méthode de la PF contre 34% des femmes et 45% des hommes dans le district de VO (district du projet).

S'agissant de l'utilisation des méthodes autre que le préservatif, le tableau 4.21 indique que la proportion des utilisateurs dans les districts témoins est toujours inférieure à celles des districts du projet.

Tableau 4.21: Proportion d'enquêtes utilisant les méthodes de Planification familiale

	<i>A une fois utilisé une méthode</i>		<i>Utilise actuellement une méthode PF</i>		<i>Utilise actuellement une méthode PF moderne</i>		<i>Utilise actuellement une méthode PF moderne autre que le préservatif</i>		<i>Effectif</i>	
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H
Tranche d'âge										
15-24 ans	56,4	65,9	35,6	52,0	33,0	49,7	22,0	16,8	973	179
25-34 ans	57,8	70,1	36,5	47,4	34,8	45,0	32,0	29,2	1374	542
35-44 ans	53,0	57,8	34,2	39,8	32,5	36,5	31,9	27,3	827	550
45 ans et +	44,3	51,4	24,7	32,7	23,3	29,3	22,8	22,9	219	498
Niveau d'instruction										
AUCUN	49,3	43,0	31,6	27,6	30,6	25,6	29,5	21,1	1744	493
PRIMAIRE	60,4	62,2	35,4	41,0	32,8	39,1	28,8	28,9	1052	588
SECONDAIRE ET +	64,3	71,8	43,7	51,6	40,4	47,1	25,0	25,9	597	688
Situation matrimoniale										
Mariée	54,3	59,6	33,5	39,4	31,9	36,5	29,6	27,2	3049	1598
Célibataire	68,6	71,9	56,5	63,4	51,8	60,1	20,0	10,5	255	153
Divorcée/séparée/ Veuve	52,8	55,6	20,2	27,8	14,6	27,8	13,5	5,6	89	18
District										
Zio	46,3	47,5	22,9	26,5	20,7	24,8	14,0	10,5	551	238
Vo	56,1	62,7	34,3	45,2	33,5	41,8	28,9	24,7	478	263
Haho	56,6	61,3	33,8	40,9	32,5	37,6	31,2	30,1	458	279
Kpendjal	55,9	57,1	43,7	43,3	43,1	41,7	42,4	36,8	524	247
Blitta	71,5	77,7	43,5	53,8	40,2	50,3	32,8	31,1	527	318
Wawa	51,2	54,9	33,1	37,5	28,2	32,0	22,7	16,6	432	253
Tandjoare	48,5	56,1	32,6	36,8	32,2	36,3	27,4	26,9	423	171
Ensemble	55,3	60,6	34,9	41,4	33,0	38,4	28,5	25,6	3393	1769

L'analyse détaillée (tableau, An.02 en annexe) sur les méthodes utilisées montre que les méthodes les plus utilisées sont les injectables (31% des enquêtés), les préservatifs (environ 20%), le jodelle (9%) et les pilules (environ 8% des enquêtés). Cette place que les injectables occupent pourrait s'expliquer par le fait que les méthodes injectables sont flexibles et ne demandent pas trop d'attention.

En comparant les proportions des utilisatrices de ces méthodes par districts, les conclusions ci-après se dégagent après l'application du test d'hypothèse de comparaison des proportions :

- ✓ Une différence significative entre les proportions des utilisatrices du district de Zio (district témoin) et celles du district de Vo (district de projet) pour les injectables et les méthodes traditionnelles. En effet, au moment où seulement 12% des femmes du Zio déclarent utiliser les injectables, elles sont plus de 32% à l'affirmer dans le district de Vo. Cependant, pour les méthodes DIU/Stérilet, l'utilisation de préservatif, Norplant/jadelle, Coït interrompu et Ligature des trompes, le test montre que leur prévalence est plus élevée dans le district témoin qu'au niveau du district du projet.
- ✓ Au niveau du district de Haho (zone du projet), le test indique que la proportion des utilisatrices des pilules, le DIU/stérilet et le collier est supérieure à celle des utilisations du district de Wawa (district témoin). Par contre les prévalences des injectables et le Norplant/jadelle dans le district de Wawa sont supérieures à celles du district de Haho.
- ✓ Les proportions d'utilisatrices des injectables, le DIU/stérilet et les méthodes traditionnelles du district de Blitta sont nettement supérieures à celles du district de Wawa (district test). Par contre les informations collectées montrent que les proportions d'utilisatrices des préservatifs, des pilules, de la méthode MAMA du district de Wawa sont supérieures à celles du district de Blitta. La fin du projet AWARE II pourrait être un des facteurs explicatifs de cette situation. Certainement que le projet avait facilité l'accessibilité des méthodes et donc la population ne s'est pas encore réadaptée à la nouvelle donne.
- ✓ Le test de comparaison indique que les proportions des femmes qui s'abstiennent et celles qui utilisent les injectables et la méthode MAMA dans le district de Kpendjal (district du projet) sont supérieures à celles du district de Tandjoaré. Par contre les utilisatrices de Norplant/Jadelle sont relativement plus nombreuses dans le district de Tandjoaré que dans Kpendjal.

La comparaison¹⁵ dans le temps indique par rapport aux méthodes les plus utilisées donne les résultats suivants :

- ✓ Dans le district de Blitta, on note une diminution de l'utilisation des préservatifs et des pilules. Le test indique qu'il n'y a pas de différence significative entre le niveau de prévalence des injectables et du DIU. Cette situation serait due à la réduction des activités dans le district depuis l'arrêt du projet AWARE II.
- ✓ dans le district de Kpendjal, on note une progression dans l'utilisation des méthodes injectables et une régression pour la prévalence des méthodes de pilules. Certainement que les utilisatrices ont beaucoup apprécié les injectables et donc ont substitué les pilules par ces injectables.

¹⁵ Les proportions initiales sont tirées du rapport sur l'enquête initiale pour l'intervention en planification familiale, sante maternelle, néonatale et infantile au Togo, juillet 2011 et du rapport de l'étude de base sur l'offre de services de planification familiale à base communautaire dans les districts de Vo, Tchamba et Kpendjal.

- ✓ Au niveau du district de Vo, la prévalence des méthodes injectables et les pilules a progressé par contre l'utilisation du DIU/stérilet a régressé.
- ✓ Dans le district de Haho, on note une progression de la proportion des utilisatrices du DIU/stérilet alors que la proportion des utilisatrices des pilules a chuté de 7% passant de 17% à 10%. Cette situation peut s'expliquer par le fait que les utilisatrices préfèrent d'autres méthodes comme les injectables aux pilules qui demandent plus d'attention pour la prise régulière.

4.2.3.3.2- Accord du conjoint pour l'utilisation de la PF

La planification familiale devrait être une stratégie de couple afin d'éviter le poids qu'un surnombre d'enfants ou un éventuel problème de santé qui se créerait en cas de la non adoption de ladite stratégie. Ainsi la décision de faire la planification devrait avoir l'assentiment du couple, mais généralement dans nos communautés, la décision du mari semble avoir plus du poids que celle de la femme. Aussi, dans ces communautés les méthodes contraceptives sont souvent considérées par des hommes comme des moyens de prostitutions et ont tendance à interdire à leurs conjointes d'en utiliser. Face à ces réticences, l'Etat Togolais a pris des mesures réglementaires pour protéger les femmes aux fins d'adoption et d'utilisation des méthodes de planification familiale sans forcément obtenir l'adhésion du mari.

Le dépouillement des informations collectées révèle que dans la majorité des cas, on note une adhésion du couple à l'utilisation des méthodes de la PF dans la majorité (87,5%) des cas. Cependant, l'analyse de ces informations révèle qu'environ 9% des femmes ont déclaré que leur mari n'ont pas marqué leur accord avant qu'elles n'utilisent les méthodes de la PF. Cette proportion est de 13% dans le district de Vo, 10% dans Zio, 14% dans le Wawa, 5% dans le Haho, 7% dans Blitta et Kpendjal et enfin 6% dans Tandjoaré.

Etant donné que le non-respect de la décision du mari entraîne généralement des violences conjugales, il est souhaitable que le projet accentue les actions des comités d'hommes et les clubs de mères s'ils existent dans ces localités pour les conséquences inattendues (telles que les divorces, violences) dans la mise en œuvre du projet.

Tableau 4.22 : Proportion des enquêtes utilisant les méthodes de la PF et ayant obtenu l'accord du conjoint

	FEMME				HOMME			
	Accord du conjoint	Pas d'accord du conjoint	Conjoint ne sait pas	effectif	Accord du conjoint	Pas d'accord du conjoint	Conjointe ne sait pas	effectif
Tranche d'âge								
15-24 ans	88,5	8,7	2,8	358	94,7	5,3		94
25-34 ans	87,9	8,6	3,5	512	95,0	4,2	0,8	262
35-44 ans	85,5	9,3	5,2	289	94,1	5,0	0,9	222
45 ans et +	88,9	5,6	5,6	54	95,7	3,7	0,6	164
Niveau d'instruction								
AUCUN	86,2	9,2	4,7	556	94,1	3,7	2,2	136
PRIMAIRE	87,7	9,0	3,3	390	93,0	6,2	0,8	243
SECONDAIRE ET +	90,3	7,1	2,6	267	96,4	3,6		363
Situation matrimoniale								
Mariée	87,8	8,5	3,7	1050	95,6	3,9	0,5	640
Célibataire	88,2	9,7	2,1	144	90,7	7,2	2,1	97
Divorcée/séparée/ Veuve	68,4	10,5	21,1	19	80,0	20,0		5
District								
Zio	86,0	10,1	3,9	129	97,0	3,0		66
Vo	79,9	13,0	7,1	169	94,2	3,3	2,5	121
Haho	92,3	5,2	2,6	155	95,7	2,6	1,7	116
Kpendjal	90,9	6,5	2,6	231	93,5	6,5		107
Blitta	89,7	7,4	2,9	242	93,7	6,3		174
Wawa	83,1	14,2	2,7	148	93,7	6,3		95
Tandjoare	88,5	5,8	5,8	139	100,0			63
Ensemble	87,5	8,7	3,8	1213	94,9	4,4	0,7	742

Le tableau 4.23 présente les proportions d'enquêtés qui pensent qu'une femme peut décider toute seule d'utiliser les méthodes de la planification familiale. La lecture de ce tableau confirme les hypothèses selon lesquelles les communautés des zones rurales ne sont pas encore disposées à accepter une décision de la femme sans l'avis de son mari. On constate que sur l'ensemble des enquêtés, seulement environ 45% des femmes et 30% des hommes pensent qu'une femme peut se faire administrer une méthode PF même si le conjoint s'oppose. Cette situation fait penser à la non vulgarisation des textes réglementaires qui protègent la femme contre toute violence à son égard pour cause d'utilisation des méthodes contraceptives.

Tableau 4.23 : Avis des enquêtés sur la décision des femmes à faire la PF sans l'avis de leur conjoint

	<i>Une femme peut faire de la PF sans l'avis de son conjoint</i>				<i>Une femme doit faire de la PF même si son conjoint s'oppose</i>			
	<i>Femme</i>		<i>Homme</i>		<i>Femme</i>		<i>Homme</i>	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Tranche d'âge								
15-24 ans	21,5	973	10,1	179	41,7	971	33,0	179
25-34 ans	23,9	1374	13,1	542	45,2	1373	29,3	542
35-44 ans	26,5	827	15,3	550	46,7	827	29,1	550
45 ans et +	23,7	219	14,1	498	50,0	218	31,0	496
Niveau d'instruction								
AUCUN	26,1	1744	16,0	493	44,2	1743	29,9	492
PRIMAIRE	19,3	1052	12,6	588	44,3	1050	27,8	587
SECONDAIRE ET +	25,3	597	13,1	688	47,8	596	32,3	688
Situation matrimoniale								
Mariée	23,4	3049	13,8	1598	44,8	3046	29,7	1596
Célibataire	30,2	255	12,4	153	47,2	254	33,3	153
Divorcée/séparée/ veuve	20,2	89	22,2	18	41,6	89	38,9	18
District								
Zio	31,2	551	10,5	238	49,3	548	26,3	236
Vo	23,6	478	10,3	263	44,8	478	28,1	263
Haho	12,7	458	7,5	279	22,1	458	13,6	279
Kpendjal	33,4	524	26,3	247	52,3	524	41,3	247
Blitta	8,9	527	6,6	318	51,8	527	40,3	318
Wawa	24,1	432	13,8	253	42,8	432	22,5	253
Tandjoaré	33,1	423	28,7	171	48,3	422	41,5	171
Ensemble	23,8	3393	13,7	1769	44,9	3389	30,1	1767

4.2.3.3.3- Quelques effets secondaires ressentis par les femmes utilisatrices de la PF

Au cours de la collecte des données une proportion des enquêtées ont déclaré ressentir des malaises liées à l'utilisation des méthodes de la planification familiale. Selon le tableau 4.24, au total 17% des femmes utilisatrices des méthodes de la PF ont affirmé qu'elles ont ressenti les effets secondaires.

Selon le même tableau, on constate que celles qui ont ressenti les effets secondaires se sont confiées aux ASC dans les districts de Vo (36%), Haho (40%), Kpendjal (50%) et Blitta (45%). Par contre dans les districts de Zio (47%) et Tandjoaré (69%) les utilisatrices qui ont eu des effets secondaires se sont confiées au personnel de santé. Ceci s'explique par le fait que les ASC viennent d'être installés dans ces districts et donc ne sont pas encore familiarisés avec les utilisateurs.

Tableau 4.24 : Proportion des enquêtés ayant ressenti des effets secondaires

	<i>A ressenti d'effet secondaire</i>		<i>Lieu de recherche de prise en charge</i>					<i>N</i>
	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>Personnel de santé</i>	<i>ASC</i>	<i>Tradi-praticien</i>	<i>Automédication</i>	<i>Je n'ai rien fait</i>	
Zio	12,4	129	47,1		5,9		29,4	17
Vo	21,4	290	25,8	35,5	1,6	9,7	35,5	62
Haho	19,6	271	17,0	39,6		1,9	47,2	53
Kpendjal	14,8	338	16,0	50,0	2,0	10,0	28,0	50
Blitta	12,7	416	24,5	45,3		3,8	32,1	53
Wawa	16,5	243	52,5	2,5	2,5	2,5	35,0	40
Tandjoare	24,5	139	69,4	5,6			27,8	36
Ensemble	16,9	1826	32,2	30,5	1,3	4,8	34,4	311

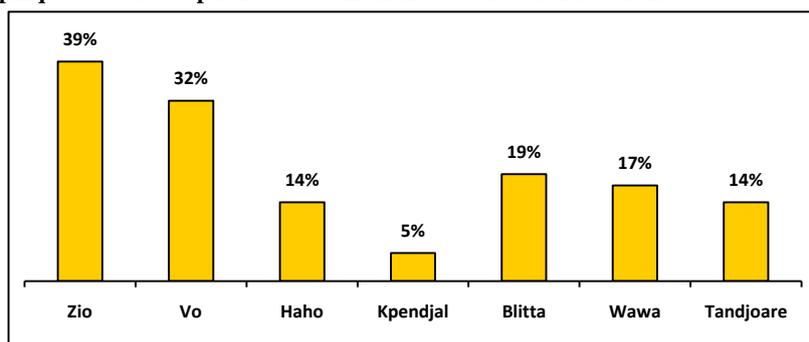
4.2.3.3.4- Besoins en planification familiale

➤ *Besoins non satisfaits en planification familiale*

Les besoins non satisfaits fournissent des informations sur la taille d'un sous-groupe extrêmement important pour la gestion des programmes de planification familiale: la catégorie des femmes courant le risque de tomber enceintes, n'utilisant pas de méthode de contraception et ayant un besoin apparent de services de planification familiale, à en croire leur souhait exprimé de limiter ou d'espacer les futures naissances. Ces femmes connaissent une "demande non satisfaite" ou un "besoin non satisfait" de planification familiale et sont la cible prioritaire logique des efforts de marketing et de recrutement du programme. Les besoins non satisfaits sont approximatés ici par la proportion des femmes enceintes qui ont déclaré n'avoir pas voulu tomber enceinte et n'étant pas en ce moment sous méthode contraceptive.

Les résultats du graphique ci-contre montrent un niveau relativement faible de l'indicateur dans les districts tests par rapport aux districts témoins. En effet, en comparant le niveau de l'indicateur entre le district test Vo et son district témoin Zio, on remarque qu'il y a un écart de 7%. Ces différences ne sont pas certes significatives, mais elles pourraient être le fruit du projet dans les différents districts pilotes de la DBC.

Graphique 4.06 : Perception des besoins non satisfaits selon les districts



➤ *Intention d'utilisation et préférence*

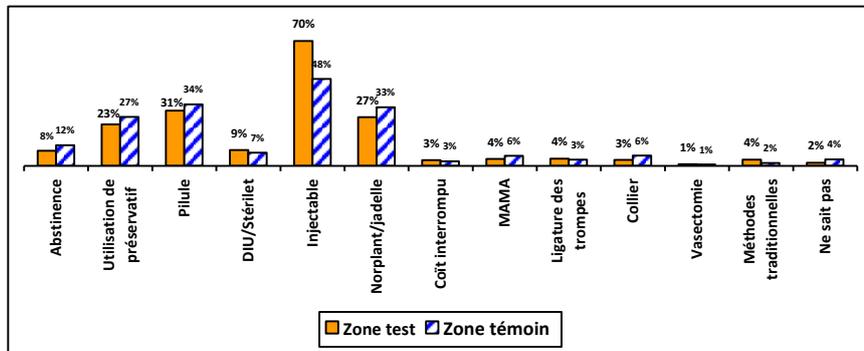
L'intention d'utilisation de méthodes de PF est le signe d'un souhait de planification de naissances ou de grossesses. Lors de l'évaluation, il a été demandé aux enquêtés qui n'utilisent pas une méthode contraceptive moderne au moment de la collecte s'ils ont l'intention de l'utiliser. Les résultats consignés dans le tableau suivant montrent que, dans l'ensemble, 60,5% des femmes et 59% de leur conjoint ont l'intention de l'utiliser. Comparé aux études antérieures (Etude de base UNFPA 2012 et Evaluation finale AWARE 2012) on constate une progression de l'intention d'utilisation dans les districts où ces différentes études ont eu lieu. Cette intention est plus forte dans la zone test que dans la zone témoin que ce soient chez les hommes ou chez les femmes. Dans les districts du projet, seul de Haho enregistre un taux inférieur au district témoin. Les différences constatées entre les zones test et témoin sont significatives dans l'ensemble et dans les districts de Vo et Blitta.

Tableau 4.25 : Proportion des enquêtés selon l'intention d'utilisation et préférence

	A l'intention d'utiliser une méthode contraceptive moderne pour éviter des grossesses non désirées			
	Femme		Homme	
	%	Effectif	%	Effectif
District				
Vo	66,7	99	63,6	44
Kpendjal	69,4	62	76,5	34
Haho	47,1	104	60,0	55
Blitta	71,9	135	65,8	73
Wawa	56,2	73	29,5	44
Zio	52,0	125	46,8	47
Tandjoare	62,1	66	75,8	33
Type de zone				
Test	63,8	400	65,5	206
Témoin	55,7	264	48,4	124
Ensemble	60,5	664	59,1	330

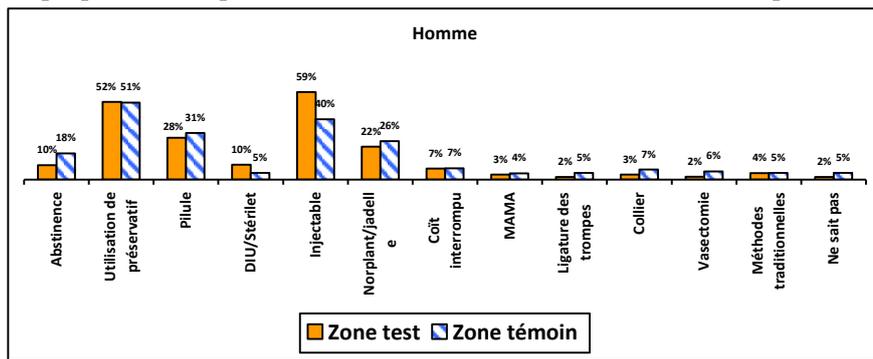
Concernant les méthodes pour lesquelles les enquêtés souhaitent utilisées, les femmes citent en premier lieu l'injectable. Ce souhait d'utilisation d'injectable est significativement plus fort dans la zone test (70%) que dans la zone témoin (48%). On note ainsi une progression de 5% de l'utilisation d'injectable dans les districts tests. En plus de l'injectable, les femmes citent aussi les pilules, le Norplant ou Jadelle, le préservatif dans au moins 20% des cas et l'abstinence dans au plus 12% des cas. Les autres méthodes ne sont citées que dans moins de 5% des cas. Par rapport aux études de base de l'UNFPA, cette intention d'utiliser l'injectable était de 65% en 2012.

Graphique 4.07 : Proportion des femmes selon les méthodes modernes PF préférées



Chez les hommes, la première méthode préférée est l'injectable dans la zone test et le préservatif dans la zone témoin. Les hommes aussi ont des préférences vers la pilule, le Norplant ou Jadelle. Les autres méthodes sont moins citées comme étant celles préférées pour la planification familiale.

Graphique 4.08 : Proportion des hommes selon les méthodes modernes PF préférées



➤ **Planification du nombre d'enfants**

La planification familiale permet aux individus et aux couples de s'accorder sur le nombre d'enfants désirés, d'espacer les naissances et de planifier leur naissance. Ceci est possible grâce à l'utilisation de méthodes contraceptives et au traitement de l'infertilité.

La capacité d'une femme à espacer les naissances et à éviter les grossesses non désirées a un impact direct sur sa santé et son bien-être ainsi que l'issue de chaque grossesse. Au vu des résultats du tableau suivant, il apparaît que 24,6% de femmes n'ont jamais prévu un certain nombre d'enfants et 35,1% ont eu plus d'enfants que prévu. Par rapport au type de zone, la zone témoin enregistre plus de femmes (32,8%) qui n'ont pas prévu un certain nombre d'enfants alors que la zone test a le plus grand taux (45%) concernant le dépassement du nombre d'enfants prévu. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que, les femmes des zones témoins ignorent encore les bénéfices liés à la PF alors que leurs conjointes des zones tests ayant bénéficié de la sensibilisation des ASC ont pris conscience de limitation des

naissances et se sont rendu compte du dépassement par rapport au nombre idéal qu'elles devaient avoir.

Concernant les raisons de dépassement de naissances, les femmes se fient principalement à la volonté de Dieu (61,5%) ou à la volonté de leur conjoint (21,2%). Par rapport aux zones, c'est dans la zone témoin que les femmes croient plus que le dépassement est dû à la volonté de Dieu, n'ayant aucune information sur la PF.

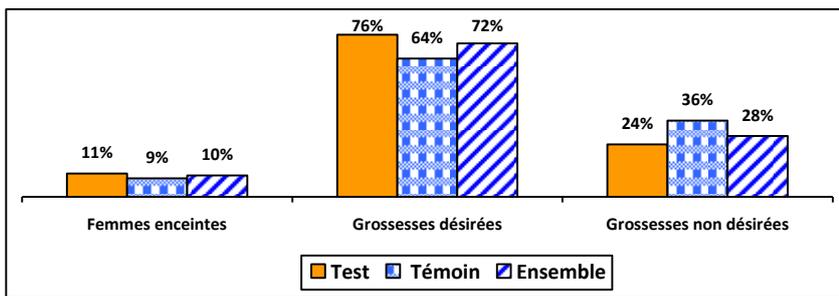
L'intensification des activités dans les différents districts permettra un renversement de cette croyance afin que les couples puissent bénéficier des avantages de la PF.

Tableau 4.26 : Répartition des femmes selon la planification du nombre d'enfants et les raisons d'en avoir eu plus que prévu.

	Planification des enfants			Raisons d'avoir plus d'enfants que prévu					
	A prévu ce nombre d'enfant	N'a pas voulu avoir ce nombre d'enfants	Je n'avais rien prévu	Effectif	Volonté de mon/ma conjoint(e)	Volonté de Dieu	Je me suis remarié (e)	Volonté des parents	Effectif
	%	%	%		%	%	%	%	
Vo	39,2	43,8	16,9	130	17,7	48,1	1,3	0,0	79
Kpendjal	25,1	60,6	14,3	175	35,1	51,1	,8	0,0	131
Haho	52,7	35,9	11,5	131	21,0	61,3	1,6	0,0	62
Bliita	44,7	26,3	28,9	152	3,6	86,9	0,0	0,0	84
Wawa	40,3	16,4	43,3	134	11,3	67,5	5,0	2,5	80
Zio	49,5	24,5	26,1	184	21,5	58,1	2,2	0,0	93
Tandjoaré	32,9	35,5	31,6	155	28,4	62,7	0,0	0,0	102
Type de zone									
Test	39,5	42,5	18,0	588	21,3	60,7	0,8	0,0	356
Témoin	41,4	25,8	32,8	473	21,1	62,5	2,2	0,7	275
Ensemble	40,3	35,1	24,6	1061	21,2	61,5	1,4	0,3	631

Pour les femmes enceintes, 28% d'entre elles n'avaient pas désiré leur grossesse. Cet avis est plus remarqué dans la zone témoin (36%) que dans la zone test (24%), ce qui peut s'expliquer toujours par le manque d'information.

Graphique 4.09 : Proportion de femmes sexuellement actives enquêtées selon qu'elles soient enceintes et le désir d'en avoir.

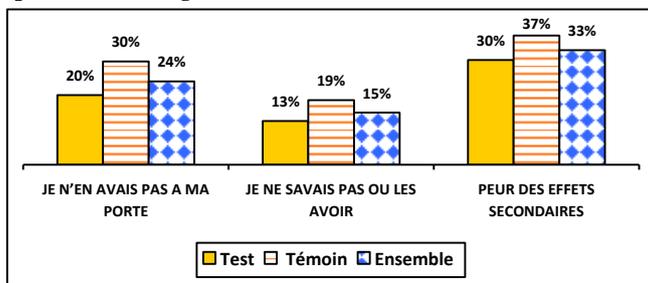


Les raisons évoquées pour la plupart des femmes qui ne se sont pas protégées pour éviter une grossesse non désirée sont « la peur des effets secondaires » (33%) et le fait qu'elles n'avaient pas une méthode PF à leur portée (24%). Ces raisons sont citées avec des fréquences variables dans les différentes zones. En effet, 37% des femmes de la zone témoin et 30% de la zone test déclarent comme raison « la peur des effets secondaires » ; 30% des femmes de la zone

témoin et 20% de la zone test citent le fait « qu’elles n’avaient pas à leur portée une méthode PF ». Par ailleurs 19% des femmes des zones témoins et 13% de la zone test ne savaient pas où trouver de méthodes PF.

On remarque que la plupart des raisons évoquées sont plus citées dans la zone témoin que dans la zone test. Il revient à dire que la disponibilité de méthode PF et celui lié aux effets secondaires sont moins ressentis dans les zones test que celles témoins. La réduction de la distance pour accéder aux méthodes PF de courte durée à travers la DBC a résolu le problème de disponibilité des produits PF dans les zones test. De même l’activité des ASC qui consiste d’une part à expliquer chaque méthode et à rassurer les femmes utilisatrices en cas d’apparition d’effets secondaires dissipe la raison liée à la peur des effets secondaires, d’autre part.

Graphique 4.10 : Proportion des femmes enceintes selon les raisons de non utilisation de méthodes PF pour éviter une grossesse non désirée.



4.2.3.3.5- Suivi des femmes enceintes et des nouveau-nés

➤ Consultation prénatale

La consultation prénatale permet de suivre l’état de grossesse et prévenir d’éventuelles anomalies.

Au moment de la collecte, 10% des femmes en âge de procréer rencontrées étaient enceintes. Parmi elles, 65,9% avaient déjà fait une consultation prénatale et 37,8% l’ont fait suite à une référence par un ASC. Le fait d’avoir déjà fait une consultation prénatale n’est pas lié à la zone. En effet que ce soit dans la zone témoin ou test, le pourcentage des femmes enceintes ayant déjà fait une consultation prénatale est de 65,9%. Par rapport aux districts, ce sont les districts de Kpendjal et Tandjoaré qui enregistrent les plus forts taux de consultations prénatales alors que Wawa enregistre le plus faible taux. Ceci pourrait être lié à la carte sanitaire, si l’on sait que Wawa est une préfecture très accidentée au plan géographique. La proportion des femmes enceintes référées par un ASC dans un centre de santé dans les districts où la DBC est mise en œuvre est significativement différente de celle des districts où la stratégie n’est pas appliquée ; sauf dans les districts de Blitta et Haho. Ce résultat pourrait être dû à la réduction des activités des ASC dans ces districts suite au retrait des partenaires. Même si les ASC continuent à mener les activités, leur objectif principal ne serait pas la référence des femmes enceintes mais la mise sous méthodes contraceptives des femmes en générale.

Tableau 4.27: Proportion des femmes enceintes qui sont allées à la consultation dans un centre de santé

	Femmes enceintes		Femmes enceinte ayant fait de consultation		Femmes enceinte référées dans un centre de santé par un ASC	
	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
District						
Vo	11,5	478	60,0	55	54,5	33
Kpendjal	8,8	524	71,7	46	57,6	33
Haho	15,5	458	66,2	71	38,3	47
Blitta	8,5	527	66,7	45	40,0	30
Wawa	8,6	432	56,8	37	23,8	21
Zio	8,5	551	68,1	47	19,4	31
Tandjoare	9,0	423	71,8	39	22,2	27
Type de zone						
Test	10,9	1987	65,9	217	46,9	143
Témoin	8,7	1406	65,9	123	21,5	79
Ensemble	10,0	3393	65,9	340	37,8	222

➤ **Lieu d'accouchement**

Le conseil prodigué aux femmes est de se rendre au centre de santé lors de leur accouchement. Ceci permettra la prise en charge de certaines complications lors de l'accouchement. Les ASC formés sont instruits de véhiculer l'information au sein de leurs communautés pour une prise de conscience de la population sur les dangers liés à un accouchement à domicile. Lors de la collecte, il est demandé aux enquêtés ayant des enfants de moins de 12 mois le lieu où ces enfants ont été accouchés. Parmi les 18% d'enquêtés qui ont un enfant de moins de 12 mois, 70% ont accouché leurs enfants dans un centre de santé alors cette proportion était de 64,58% à Vo et 26,13% à Kpendjal lors des études de base. La proportion des personnes ayant accouché dans un centre de santé progresse avec le niveau d'instruction. Par rapport aux zones, le pourcentage des personnes ayant accouché dans un centre de santé dans les districts témoins est significativement supérieur à celle des districts test. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que, dans les districts où la stratégie n'est pas mise en place, les ASC sont ceux qui traitent, le plus souvent, des sujets de la santé maternelle et infantile. Alors dans les districts où la DBC est mise en œuvre, les ASC se concentrent plus sur les sujets de PF et ignorent la santé maternelle et infantile. La stratégie doit tenir compte de ce volet et en faire une priorité si elle vise l'objectif de réduire la mortalité maternelle et infantile.

Tableau 4.28 : Proportion des enquêtés ayant un enfant de moins de 12 mois et le lieu d'accouchement de cet enfant

	A un enfant de moins de 12 mois		Lieu d'accouchement		Effectif
	%	Effectif	Centre de santé %	A domicile %	
Tranche d'âge					
15 - 24 ans	22,3	1152	75,1	24,9	257
25 - 34 ans	22,1	1916	67,0	33,0	424
35 - 44 ans	15,0	1377	71,4	28,6	206
45 ans et +	6,7	717	62,5	37,5	48
Niveau d'instruction					
Aucun	17,7	2237	58,0	42,0	395
Primaire	19,3	1640	73,5	26,5	317
Secondaire	17,1	1216	85,1	14,9	208
Supérieur	21,7	69	100,0	0,0	15

	A un enfant de		Lieu d'accouchement		Effectif
	moins de 12 mois		Centre de santé	A domicile	
	%	Effectif	%	%	
Statut matrimoniale					
Mariée	19,6	4647	70,3	29,7	913
Célibataire	3,7	408	60,0	40,0	15
Divorcée/Séparée/Veuve	6,5	107	42,9	57,1	7
District					
Vo	18,6	741	76,1	23,9	138
Kpendjal	19,6	771	57,6	42,4	151
Haho	22,1	737	65,6	34,4	163
Blitta	14,7	845	67,7	32,3	124
Wawa	18,0	685	90,2	9,8	123
Zio	17,4	789	63,5	36,5	137
Tandjoare	16,7	594	73,7	26,3	99
Type de zone					
Test	18,6	3094	66,5	33,5	576
Témoin	17,4	2068	75,5	24,5	359
Ensemble	18,1	5162	69,9	30,1	935

➤ *Suivi des nouveau-nés*

Le suivi du nouveau-né est appréhendé à travers l'allaitement de l'enfant exclusivement au sein durant les 6 premiers mois suivant sa naissance. Le rôle des ASC dans le suivi des nouveau-nés est de conseiller les femmes d'allaiter leurs enfants exclusivement au sein durant les 6 premiers mois après sa naissance. Selon le tableau suivant, 47,2 % des femmes allaitantes ont été conseillés par un ASC. Parmi les femmes ayant un enfant de moins de 12 mois, 65% ont allaité leur enfant exclusivement au sein durant les 6 premiers mois suivant sa naissance. Ce type d'allaitement est moins appliqué par les femmes de niveau secondaire et supérieur. Dans les districts, c'est à Wawa que l'allaitement exclusif durant les 6 premiers mois après accouchement est moins faite. Par ailleurs on constate des proportions significativement plus fortes des zones de mise en œuvre de la stratégie qu'ailleurs.

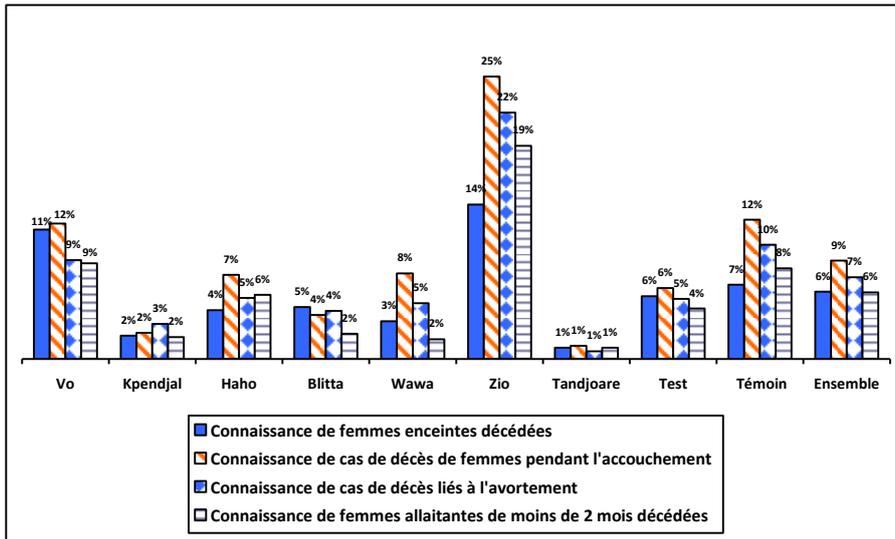
Tableau 4.29 : Proportion des femmes ayant un enfant de moins de 12 mois et qui ont reçu les conseils des ASC sur l'allaitement exclusif durant 6 premiers mois

	A été conseillé par un ASC pour allaiter l'enfant exclusivement au sein durant les 6 premiers mois	A allaité l'enfant exclusivement au sein durant les 6 premiers mois	Effectif
	%	%	
Tranche d'âge			
15 - 24 ans	45,0	67,5	231
25 - 34 ans	45,8	62,3	297
35 - 44 ans	60,5	67,9	81
45 ans et +	16,7	66,7	6
Niveau d'instruction			
Aucun	52,0	65,2	302
Primaire	42,8	67,2	201
Secondaire	43,5	61,1	108
Supérieur	0,0	50,0	4
Statut matrimoniale			
Mariée	47,2	65,3	599
Célibataire	40,0	60,0	10
Divorcée/Séparée/Veuve	50,0	50,0	6
District			
Vo	46,0	65,5	87
Kpendjal	69,4	76,5	98
Haho	51,0	78,6	98
Blitta	70,4	79,0	81
Wawa	7,8	37,7	77
Zio	26,4	50,9	106
Tandjoare	60,3	64,7	68
Type de zone			
Test	59,1	75,0	364
Témoin	29,9	50,6	251
Ensemble	47,2	65,0	615

➤ *Connaissance de cas de décès des femmes enceintes et allaitantes*

Un des impacts attendus de la stratégie DBC est la réduction à moyen et long terme des cas de décès maternel et infantile. En vue de mesurer l'ampleur des cas de décès maternel et infantile, il a été demandé aux enquêtés, lors de l'évaluation, s'ils ont connaissance de ces cas de décès. Les résultats résumés dans le tableau suivant montrent que respectivement, 6%, 9%, 7% et 6% des enquêtés connaissent respectivement des femmes enceintes décédées, des cas de décès de femmes pendant l'accouchement, des cas de décès liés à l'avortement et de femmes allaitantes de moins de 2 mois décédées. Ces constats sont plus remarquables dans le district de Zio. Par ailleurs, l'analyse du constat entre la zone où la DBC est mise en œuvre et celle où elle n'est pas mise en œuvre, fait ressortir des différences significatives. En effet, le constat est significativement moins dans la zone test que dans celle témoin. Cette différence significative montre l'intérêt des interventions des ASC dans les différents districts. Une mise en œuvre de la DBC dans le district de Zio comme prévu permettrait probablement une réduction des cas de décès maternels et infantiles.

Graphique 4.11 : Proportion des enquêtés selon la Connaissance de cas de décès des femmes enceintes et allaitantes



➤ **Connaissance du statut sérologique**

La connaissance du statut sérologique permet une prise en charge précoce et l'adoption des comportements à moindre risque. Chez la femme enceinte en particulier, la découverte du VIH, permet un suivi adapté afin de réduire le risque de transmission à l'enfant. Les informations collectées lors de l'évaluation sont relatives au test du VIH et la connaissance du résultat. L'analyse de résultats à travers le tableau suivant montre que 30,9% des hommes et 44,6% des femmes enquêtés ont une fois fait le test et connaissent le résultat. Particulièrement chez les femmes enceintes, 43,4% ont déjà fait le test de VIH et connaissent le résultat. Chez les femmes allaitantes elles sont 42,7% à avoir fait le test et à connaître le résultat. On note que le niveau de cet indicateur est plus élevé dans la zone où la DBC n'est pas mise œuvre que celle ayant bénéficié de cette stratégie. Par ailleurs il faut signaler que le fait de se dépister varie selon l'âge, le niveau d'étude et de la situation matrimoniale. Les plus jeunes, les plus instruits et les célibataires se dépistent plus et connaissent leur résultat. Ces résultats interpellent tous les acteurs impliqués à un renforcement des activités relatives au dépistage dans les différents districts.

Tableau 4.30 : Proportion des enquêtés ayant fait leur test de VIH sida

	Femmes allaitantes ayant fait le test de VIH et connaissant le résultat		Femmes enceintes ayant fait le test de VIH et connaissant le résultat		A une fois fait le test de VIH et connaît le résultat			
					Masculin		Féminin	
	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Tranche d'âge								
15 - 24 ans	60,8	250	40,8	142	33,0	179	51,4	968
25 - 34 ans	44,0	405	42,3	156	37,3	542	49,3	1370
35 - 44 ans	22,8	180	56,1	41	29,1	550	33,7	826
45 ans et +	5,3	38	0,0	0	25,1	498	25,6	219
Niveau d'instruction								
Aucun	39,5	380	38,2	152	21,7	493	36,7	1738
Primaire	46,8	293	48,0	125	23,8	588	50,5	1049
Secondaire	44,1	188	45,9	61	41,2	636	56,3	579
Supérieur	25,0	12	100,0	1	71,2	52	88,2	17
Statut matrimonial								
Mariée	42,7	851	42,9	329	30,6	1598	45,3	3039
Célibataire	40,0	15	57,1	7	34,0	153	38,8	255
Divorcée/Séparée/Veuve	57,1	7	66,7	3	27,8	18	34,8	89
District								
Vo	46,4	138	45,5	55	37,3	263	53,7	475
Kpendjal	38,4	151	47,8	46	29,6	247	37,4	522
Haho	28,8	163	35,2	71	28,3	279	33,1	456
Bliitta	46,0	124	28,9	45	23,9	318	46,4	526
Wawa	38,2	123	45,9	37	29,6	253	46,4	431
Zio	66,0	106	57,4	47	35,7	238	51,3	550
Tandjoare	44,1	68	47,4	38	35,1	171	42,8	423
Type de zone								
Test	39,2	576	39,2	217	29,4	1107	42,7	1979
Témoïn	49,5	297	50,8	122	33,2	662	47,2	1404
Ensemble	42,7	873	43,4	339	30,9	1769	44,6	3383

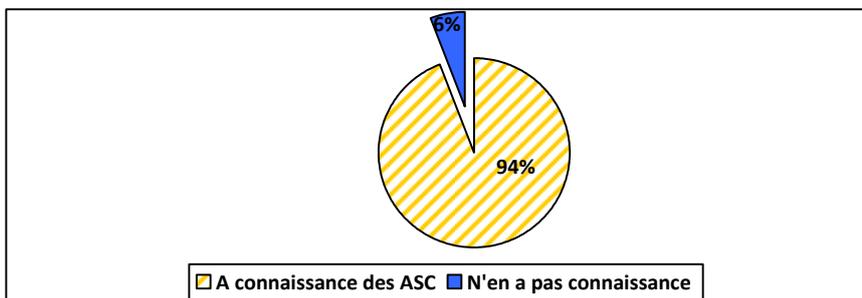
4.2.3.4- Perception de la qualité de prestation de services des ASC

La stratégie DBC vise à rapprocher les services et rendre disponible les méthodes modernes de planification familiale aux populations les plus éloignées des formations sanitaires à travers les ASC. Ces derniers, recrutés dans la population et formés, ont un cahier de charge. L'objectif de cette partie de l'évaluation est de cerner l'appréciation de la population par rapport à la qualité de mise en œuvre des différentes activités des ASC.

➤ *Connaissance de l'existence des ASC et leurs activités*

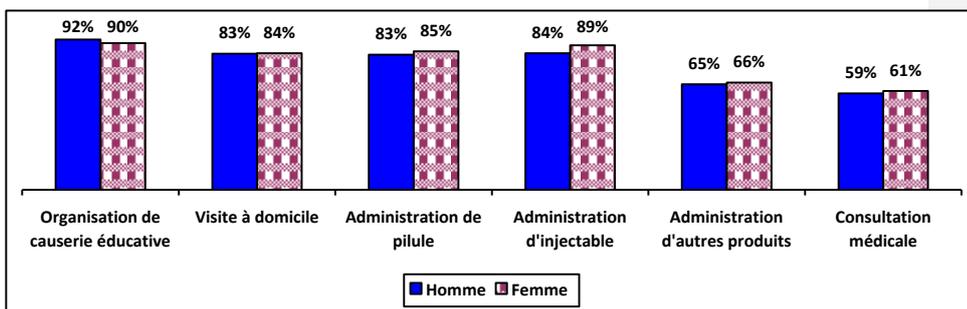
Les ASC étant choisis dans leur localité de résidence, ils sont bien connus par leur population. En effet, d'après le tableau suivant, près de 94% d'hommes et 94% de femmes savent qu'il existe des ASC dans leur localité. Ce niveau de l'indicateur est aussi élevé dans chaque district où la stratégie est mise en œuvre. Mais les hommes et les femmes les plus instruits, de même que les hommes divorcés ou séparés ou veufs semblent ignorer l'existence des ASC dans leur localité.

Graphique 4.12 : Perception des enquêtés selon la connaissance de l'existence des ASC



Les activités de PF sont bien connues par la population. Plus de 80% des hommes et des femmes citent dans l'ordre « Organisation de causerie éducative » ; « L'administration de l'injectable » ; « Les visites à domicile » et « l'administration de la pilule ». D'ailleurs, un homme dit « *outre les sensibilisations sur les Radios qui se font, les ASC ont été formés pour travailler dans les communautés. Ils organisent les causeries éducatives et visitent les ménages pour l'administration des méthodes PF* ». Les autres activités telles que « L'administration d'autres produits » et « La consultation médicale » sont moins connues de la population. Ces résultats sont du même ordre quand on considère les districts. Le niveau de connaissance remarquable des activités PF des ASC par la population suscite l'intérêt de solliciter l'intégration de ces dernières dans le paquet minimum d'activités des ASC des autres programmes. Ceci permettrait une vulgarisation de la stratégie et espérer un changement dans la population.

Graphique 4.13 : Perception des enquêtés selon les activités des ASC



➤ **Participation aux activités des ASC**

Les activités phares des ASC sont des visites à domicile et les causeries éducatives. Selon le tableau suivant, plus d'un quart des hommes et des femmes rencontrés dans les districts où la DBC a eu lieu ont participé aux différentes activités des ASC les 12 derniers mois. Que ce soit la visite à domicile ou les causeries éducatives organisées par les ASC, les femmes vis-à-vis des hommes et surtout celles qui sont mariées ont le plus participé à ces différentes activités. Plus spécifiquement, pour les causeries éducatives les femmes les moins instruites sont celles qui y participent plus. Par contre chez les hommes on constate le contraire.

Tableau 4.31 : Proportion des enquêtés connaissant l'existence des ASC et leurs ayant participé aux activités des ASC

	A reçu la visite d'un ASC				A participé aux causeries éducatives organisées par les ASC			
	H		F		H		F	
	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Tranche d'âge								
15 - 24 ans	79,0	105	76,6	508	67,6	105	71,1	508
25 - 34 ans	75,6	340	79,2	764	72,4	340	78,5	764
35 - 44 ans	76,3	320	79,2	476	71,9	320	79,8	476
45 ans et +	76,0	279	79,5	117	77,1	279	80,3	117
Niveau d'instruction								
Aucun	71,1	343	77,8	1064	69,7	343	80,4	1064
Primaire	77,1	353	80,0	551	73,4	353	74,2	551
Secondaire	81,1	328	78,1	247	77,4	328	68,8	247
Supérieur	70,0	20	66,7	3	50,0	20	33,3	3
Statut matrimonial								
Mariée	77,6	956	79,9	1715	74,8	956	78,0	1715
Célibataire	61,7	81	61,4	101	54,3	81	57,4	101
Divorcée/Séparée/Veuve	57,1	7	63,3	49	42,9	7	79,6	49
District								
Vo	65,0	237	67,1	425	60,8	237	63,5	425
Kpendjal	78,4	231	82,4	488	80,1	231	88,7	488
Haho	75,7	268	78,7	445	72,4	268	75,7	445
Blitta	83,8	308	84,2	507	77,6	308	77,9	507
Ensemble	76,2	1044	78,5	1865	73,0	1044	76,9	1865

Les thèmes les plus abordés lors des visites et des causeries éducatives sont, selon le tableau suivant, les méthodes de PF et l'espacement des naissances. Environ 88% des hommes et des femmes citent « les méthodes PF », suivi de « l'espacement des grossesses ». 68% d'hommes et 70% de femmes se rappellent avoir débattu sur ces thèmes lors de la dernière visite d'un ASC. Les autres thèmes tels que « la prévention du VIH/Sida », « Les signes de danger pendant la grossesse » et « le développement du nouveau-né » sont cités dans moins de 25% des cas par les hommes et les femmes. Ceci montre la concentration des ASC sur les thèmes liés à la PF. Il serait important d'analyser les raisons qui motivent les ASC à s'intéresser à l'activité PF et délaisser celles liées au suivi de la femme enceinte et du nouveau-né.

Tableau 4.32 : Proportion des enquêtés selon le thème de discussion lors de la dernière visite d'un ASC

	Thèmes abordés lors de la dernière visite d'un ASC											
	Espacement des grossesses		Méthode de PF		Prévention du VIH/Sida		Signe de danger pendant la grossesse		Développement du nouveau-né			
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	Effectif	%	Effectif
Tranche d'âge												
15 - 24 ans	61,4	69,7	86,7	87,9	26,5	27,2	6,0	15,2	18,1	83	28,8	389
25 - 34 ans	70,8	71,6	89,1	86,3	24,1	18,8	15,2	9,1	27,6	257	29,4	605
35 - 44 ans	68,4	68,2	88,1	90,7	20,5	22,3	10,7	6,9	32,0	244	18,6	377
45 ans et +	67,9	71,0	88,7	89,2	24,5	22,6	7,1	5,4	13,7	212	25,8	93
Niveau d'instruction												
Aucun	71,7	71,0	88,5	88,4	20,1	18,7	6,1	6,0	15,6	244	23,8	828
Primaire	69,5	69,6	87,5	87,1	23,2	25,9	9,2	15,2	28,3	272	31,1	441
Secondaire	64,3	67,9	89,5	89,1	25,9	29,0	15,8	14,0	28,6	266	25,4	193
Supérieur	64,3	50,0	85,7	50,0	35,7	0,0	21,4	50,0	14,3	14	50,0	2
Statut matrimonial												
Mariée	68,7	70,2	88,3	88,0	22,8	21,5	10,5	9,8	24,3	742	26,3	1371
Célibataire	66,0	66,1	94,0	91,9	34,0	38,7	14,0	12,9	26,0	50	24,2	62
Divorcée/Séparée/Veuve	25,0	77,4	50,0	83,9	0,0	19,4	0,0	9,7	0,0	4	25,8	31
District												
Vo	68,2	70,5	85,7	81,4	35,7	28,4	11,0	6,3	32,5	154	24,6	285
Kpendjal	72,4	67,7	90,1	88,1	22,1	19,4	8,3	8,5	23,8	181	32,6	402
Haho	63,5	70,3	88,7	88,3	9,4	7,4	6,4	4,0	6,9	203	7,1	350
Blitta	69,4	72,1	88,8	92,3	27,9	32,8	15,5	18,5	33,3	258	37,0	427
Ensemble	68,3	70,2	88,4	88,0	23,4	22,2	10,7	9,9	24,2	796	26,2	1464

➤ *Appréciation de la qualité de service des ASC par les ménages*

L'évaluation implicite des ASC par les ménages est perçue à travers la perception des enquêtés par rapport la qualité des services offerts par ces derniers. Les dimensions de la qualité des services évaluées ici sont, la confidentialité de l'entretien, la confidentialité des informations collectées par les ASC auprès des bénéficiaires, l'accueil et la disponibilité des ASC. Selon le tableau suivant, plus de 90% des hommes et des femmes confirment que les ASC les ont rassurés de la confidentialité de l'entretien lors de la visite. Pour plus de 98% des hommes et des femmes, l'ASC s'est montré disponible, attentif, courtois et respectueux. Par ailleurs, plus de 87% des enquêtés disent que l'ASC les a remerciés à la fin de l'entretien et a pris un rendez-vous. En ce qui concerne la divulgation des informations confidentielles sur les personnes qui adoptent des méthodes PF, près de 83% des hommes et des femmes rencontrés lors de la collecte déclarent qu'elle n'existe pas dans les milieux. Environ 95% des hommes et des femmes affirment que les ASC sont toujours disponibles pour les fournir les informations dont ils ont besoin sur la PF. In fine, plus de 92% des hommes et des femmes sont satisfaits du travail des ASC. C'est cette optique qu'une femme nous confie : « *les ASC font un bon travail. Ils nous administrent les pilules et les injectables et nous rappellent les dates des rendez-vous. Ils sont disponibles, confidentiels et nous réfèrent en cas de complication* ». Les résultats montrent le respect scrupuleux des instructions données lors de leur formation et contenu dans leur manuel de formation.

Tableau 4.33 : Proportion des enquêtés selon la qualité de service des ASC

	L'ASC a rassuré de la confidentialité de l'entretien		L'ASC s'est montré disponible, attentif, courtois, respectueux		L'ASC vous a remercié à la fin de l'entretien et a pris un rendez-vous		Les ASC de votre milieu ne divulguent pas les informations confidentielles sur les personnes qui adoptent des méthodes PF		Les ASC sont toujours disponibles pour vous fournir les informations dont vous avez besoin sur la PF		Est satisfait du travail des ASC				
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	Eff	%	F	Eff
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%				
Tranche d'âge															
15 - 24 ans	85,5	86,6	96,4	97,9	94,0	87,9	81,9	79,1	91,4	95,1	89,5	105	93,5	508	
25 - 34 ans	91,8	92,4	97,7	98,0	85,2	89,9	81,8	85,6	95,3	95,5	92,9	340	94,0	764	
35 - 44 ans	88,9	92,3	98,0	99,5	88,1	89,1	83,4	88,0	95,9	95,8	93,1	320	95,4	476	
45 ans et +	92,9	95,7	99,1	100,0	85,4	92,5	84,2	88,9	94,6	96,6	91,4	279	94,9	117	
Niveau d'instruction															
Aucun	95,1	94,0	98,8	99,0	89,3	93,2	87,8	88,3	93,9	96,0	90,7	343	94,6	1064	
Primaire	87,9	87,1	97,4	97,5	82,0	82,5	84,1	79,9	94,3	95,5	92,1	353	93,5	551	
Secondaire	88,7	87,6	97,7	98,4	89,5	88,1	77,1	79,4	96,3	94,3	93,9	328	94,7	247	
Supérieur	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	75,0	100,0	100,0	66,7	95,0	20	66,7	3	
Statut matrimonial															
Mariée	90,7	91,2	98,1	98,5	86,5	89,6	83,2	85,0	95,3	95,7	92,3	956	94,1	1715	
Célibataire	88,0	88,7	98,0	98,4	98,0	85,5	79,0	78,2	90,1	91,1	91,4	81	95,0	101	
Divorcée/ Séparée/ Veuve	100,0	90,3	75,0	100,0	50,0	87,1	100,0	85,7	100,0	98,0	100,0	7	98,0	49	
District															
Vo	85,7	89,8	98,7	99,6	97,4	98,9	89,5	89,4	96,2	95,5	91,6	237	95,3	425	
Kpendjal	97,2	97,3	99,4	98,5	92,3	93,5	95,2	96,5	93,1	94,9	98,3	231	97,1	488	
Haho	98,0	98,0	98,5	99,4	96,6	96,6	75,7	77,5	94,0	95,5	89,2	268	90,8	445	
Blitta	82,9	80,3	96,1	97,0	69,8	73,1	75,0	75,5	96,1	96,3	90,9	308	93,7	507	
Ensemble	90,6	91,1	98,0	98,5	87,1	89,3	83,0	84,7	94,9	95,5	92,2	1044	94,3	1865	

4.3. Efficience

L'efficience de la mise en œuvre de la stratégie concerne l'utilisation des ressources engagées dans la réalisation des activités de la stratégie. L'analyse faite est de voir si les moyens financiers nécessaires à l'atteinte des résultats ont-ils été alloués et utilisés de façon optimale pour l'atteinte des résultats ?

Les ressources financières allouées à la stratégie varient d'un district à un autre. L'appui financier de la stratégie a été fourni par l'UNFPA dans les districts de Vo et Kpendjal en se limitant à quelques USP et celui de Blitta et Haho a été supporté par USAID – AWARE II et a touché toutes les USP.

Dans le district de Blitta, la mise en œuvre de la DBC a été assurée par l'ONG ADESCO. Le budget total est chiffré à 121 305 736 FCFA. A la fin du mois de mai 2012, il a été dépensé 113 872 045 FCFA par la mise en œuvre des activités. Le taux d'exécution s'élève à 94%.

L'ONG ATBEF a été l'acteur de mise en œuvre dans le district de Haho et de Vo. Pour Haho, le budget alloué pour la réalisation des activités dans tout le district est de 184 517 612 FCFA. Les dépenses s'élèvent à 154 142 354 FCFA jusqu'en juin 2012. Le taux d'exécution observé est de 84%. S'agissant de Vo, le budget approuvé par l'UNFPA pour les activités de distribution de méthodes PF dans certains villages environnant quelques USP s'élève à 22

337 710 FCFA. On a noté un taux d'exécution de 95% après la consommation des dépenses qui s'élèvent à 21 239 710 à la fin du mois de décembre 2013.

On constate un taux d'exécution assez bon des budgets de tous les districts qui varie entre 84% et 95%.

Ces montants bien qu'apparemment élevés par rapport aux budgets des autres stratégies mises en œuvre (stratégie fixe, mobile, avancée,...) ont fait progresser la couverture contraceptive de chaque district.

De plus, en termes de CAP les budgets alloués ont permis d'obtenir des avancées notables dans les districts de Kpendjal et de Vo. Ces résultats indiquent que le taux d'exécution de l'année 2013 et des mois de Janvier à Juillet 2014 est à plus de 100%. Les prévisions sont largement dépassées. En effet, le CAP varie de 42% à 138% dans le Kpendjal et de 97% à 312% dans le Vo où la performance est plus grande.

Tableau 4.34 : Valeurs des CAP par année et district

	Couple Année Protection		
	Cible	Réalisé	Taux d'exécution
Kpendjal			
2012	522	219	42%
2013	1044	1331	128%
Janvier à Juillet 2014	609	839	138%
Vo			
2012	348	338	97%
2013	1044	2109	202%
Janvier à Juillet 2014	609	1897	312%
Blitta			
2012		860	
2013			
Janvier à Juillet 2014			
Haho			
2012		5485	
2013		7734	
Janvier à Juillet 2014		3850	

4.4- Partenariat, Synergie d'actions et Implication des acteurs dans la mise en œuvre de la DBC

La mobilisation des populations autour des objectifs de la stratégie s'est faite à travers la synergie de plusieurs acteurs dont les rôles et responsabilités ont contribué à l'atteinte de ces résultats. Ces acteurs peuvent être classés à trois niveaux : partenaires financiers, le ministère de la santé, les partenaires de mise en œuvre. En dehors des partenaires financiers et techniques que sont l'UNFPA et USAID – AWARE II, on peut citer la DSF, les structures déconcentrées de l'Etat à savoir la Direction Régionale de la Santé (DRS) et les Directions Préfectorales de Santé (DPS) des différents districts concernés, les partenaires de mise en œuvre des activités notamment les ONG ainsi que les acteurs locaux comme les ASC et les leaders communautaires.

Durant cette étude, le niveau d'implication des différents acteurs ayant joué un rôle particulier dans la stratégie a été analysé. Les résultats se présentent comme suit :

DSC :

La Division de la Santé Communautaire élabore le cadre institutionnel et assure la coordination et le suivi de la mise en œuvre.

DSF

Selon le schéma organisationnel de la mise en œuvre de la stratégie, le Ministère de la Santé est la structure chargée de la coordination à travers la DSF (Division de la Santé de la Famille). Pour la bonne exécution du projet, la DSF a joué le rôle de courroie de transmission au niveau de prise de décisions et d'orientation stratégique entre les partenaires financiers et les acteurs de mise en œuvre. Principalement, la DSF a coordonné le circuit d'approvisionnement des intrants de la PF. De plus, la DSF s'est chargée de dégager les ressources pour les ONG qui ont été recrutées par l'UNFPA puisque le budget de cette stratégie a été inclus dans leur plan d'action. Il faut remarquer que le manque de moyens n'a pas permis à la DSF de descendre sur le terrain pour effectuer les supervisions liées aux activités de la stratégie.

DRS/DPS

Leur mission dans cette stratégie a été en l'occurrence de coordonner la stratégie au niveau région et district pour les DPS en organisant des rencontres pour suivre la progression des activités de terrain et proposer le recadrage s'il en était besoin. La DPS a été l'interface entre les acteurs notamment entre les ONG et les ASC. Leur implication dans les activités de la stratégie se résume au suivi/supervision des acteurs directs de mise en œuvre. De plus, les ICP/accoucheuses relevant des districts concernés ont été impliqués aux activités de cette stratégie. En effet, ce sont ces ICP/accoucheuses qui certifient les ASC compétents à faire les injections après la formation. Les ICP ont été également chargés de superviser et d'accompagner les ASC pour une prestation de qualité ; et d'organiser des réunions mensuelles pour la consolidation des données collectées et le rapportage. **PTF**

La principale mission de l'USAID met en évidence deux objectifs complémentaires et intrinsèquement liés : mettre fin à l'extrême pauvreté et la promotion du développement des sociétés démocratiques qui sont en mesure de réaliser leur potentiel. La vision de l'USAID prend en compte une approche de lutte contre la faim et l'insécurité alimentaire, l'analphabétisme, la maladie, la marginalisation et la vulnérabilité des populations étant donné que la pauvreté est multidimensionnelle. Leurs efforts touchent également la promotion de la démocratie, les droits et la bonne gouvernance, l'autonomisation des femmes et des filles, la promotion de la santé maternelle et infantile, la construction des sociétés résilientes et l'atténuation du changement climatique.

L'UNFPA, Fonds des Nations Unies pour la Population, est l'agence des Nations Unies dont la vision est de réaliser un monde où chaque grossesse est désirée, chaque accouchement sans danger, et le potentiel de chaque jeune est accompli. L'UNFPA élargit les possibilités pour les femmes et les jeunes à mener une vie saine et productive. L'une des premières activités est de s'assurer que les femmes puissent planifier leurs grossesses et espacer les naissances. L'UNFPA soutient la santé maternelle en aidant les sages-femmes et les professionnels de la santé, par la prévention et le traitement des fistules obstétricales et l'approvisionnement fiable en médicaments et matériels essentiels. Il soutient les familles en bonne santé par l'offre des services de planification familiale de qualité, par l'éducation des hommes sur les avantages de l'espacement des naissances. La promotion de la démocratie, les droits et la bonne gouvernance font partie du plan d'action mené par l'UNFPA.

Ce sont ces deux entités qui ont soutenu la stratégie « Mise en œuvre du Paquet Intégré de planification familiale, de lutte contre le VIH/Sida, de promotion de la santé maternelle et de soins aux enfants au niveau communautaire au Togo »

ONG

Les ONG ont été impliquées à toutes les étapes après leur sélection. Ainsi, elles sont impliquées à tous les niveaux du processus de mise en œuvre de la stratégie depuis la programmation des activités jusqu'à la validation des résultats. Ces ONG ont aussi participé aux rencontres de coordination. Les ONG par l'entremise des animateurs et agents de suivi avaient pour rôles de :

- rendre disponibles les intrants aux ASC ;
- s'assurer de la qualité des services offerts par les ASC ;
- faire un suivi rapproché aux ASC par le biais des animateurs ;
- s'assurer de l'effectivité de la supervision technique des ASC par les ICP et les accoucheuses ;
- collecter leurs rapports statistiques des ASC, s'assurer de leur fiabilité, les compiler et les transmettre au point focal PF du district, aux USP et à l'UNFPA ;
- s'assurer de la bonne gestion des intrants.

ASC

Les ASC ont joué un rôle prépondérant dans le processus de la stratégie DBC. Après leur formation et certification, leurs services étaient liés à :

- L'initiation de la contraception orale et injectable chez les femmes éligibles ;
- La distribution de méthodes contraceptives non prescriptibles ;
- Le réapprovisionnement des anciennes clientes ;
- La référence des clientes non éligibles au niveau des structures sanitaires ;
- L'éducation des clientes sur l'espacement idéal des grossesses ;
- L'éducation des clientes sur la prévention du VIH ;
- La distribution de préservatifs masculins ;
- L'éducation des communautés sur l'espacement idéal des grossesses et sur la prévention du VIH ;
- La sensibilisation des populations sur la prévention du VIH y compris la PTME ;
- La gestion des effets indésirables ;
- La gestion des rumeurs en PF ;
- La gestion des médicaments et produits.

Ainsi chaque mois, chaque ASC est tenu au minimum de :

- Organiser 4 causeries éducatives dans sa localité ;
- Effectuer 16 visites à domicile ;
- Référer 4 personnes vers les USP ;
- Distribuer 3 cycles de pilule ;
- Distribuer 5 méthodes injectables ;
- Référer 3 femmes enceintes ;
- Signaler les cas de décès maternels.

D'autres acteurs dont il faut tenir compte dans le processus sont la chefferie traditionnelle, les leaders religieux et les leaders communautaires. Ils ont joué un rôle de premier plan lors de la phase préparatoire, celle de la sensibilisation de leurs populations et de recrutement des ASC.

L'atteinte des objectifs de cette stratégie résulte de l'action conjuguée de tous les acteurs impliqués que ce soit au niveau stratégique ou au niveau de la mise en œuvre. Il est pertinent de faire remarquer que chaque acteur a été impliqué à un niveau donné pour faciliter la mise en œuvre des activités de cette stratégie. Cette approche a été bénéfique pour l'ensemble des acteurs impliqués dans ce processus, mais aussi pour les communautés bénéficiaires. En cela, les mécanismes d'opérationnalisation de cette stratégie ont été un fait qui ont abouti aujourd'hui aux résultats.

Communautés

Les communautés ont été impliquées dans le processus de la stratégie DBC. En effet, les leaders communautaires tels que les chefs traditionnels, les responsables religieux, les présidents des CVD et des COGES ont informé et sensibilisé les populations des villages après leur adhésion à la stratégie. Ensuite, il a été du ressort des communautés de sélectionner les ASC devant travailler dans les villages. De plus, les autorités administratives, coutumières, religieuses et les populations ont participé au lancement officiel de la stratégie dans les villages. Aujourd'hui l'opinion des chefs traditionnels sur les méthodes PF apparaît comme décrit par un chef traditionnel du district de Blitta en ces termes « *l'utilisation des méthodes PF est une bonne chose pour les populations parce qu'elle assure désormais un bien-être familial. De surcroît, elle permet une bonne gestion sur le plan économique* ». Dans le nord, les avis des chefs traditionnels sur l'utilisation des méthodes semble être les mêmes. Pour un des chefs traditionnels du district de Kpendjal, l'utilisation des méthodes PF « *aide les femmes dans l'espacement des naissances, dans l'éducation des enfants et l'amélioration du bien-être de la population* »

Le niveau d'implication de la communauté est aussi cerné par la mobilisation des populations autour de l'utilisation des méthodes PF faite par les responsables religieux. D'ailleurs ces leaders religieux pensent que « *les femmes qui utilisent les méthodes PF sont épanouies, disposent des revenus pour assurer l'éducation de leurs enfants* ». Pour les présidents des CVD et COGES, la stratégie mise en place dans les communautés à travers les activités des ASC pour leur permettre d'avoir accès facilement aux méthodes contraceptives modernes ne pose aucun problème dans les communautés. Bien au contraire, cette stratégie permet à tout le monde d'avoir accès facile à la PF au moment voulu. Dans ce sens, un responsable religieux déclarait « *les femmes qui utilisent les méthodes PF sans vous mentir sont très différentes des autres. Le constat qui est fait qu'elles sont en très bonne santé* ».

4.5- Dispositif de suivi-évaluation

Dans le monde aujourd'hui, tous les acteurs s'accordent sur l'importance de la gestion axée sur les résultats et la performance. Cela suppose un suivi permanent de la progression de la mise en œuvre sur tous les plans. Dans ce sens, le dispositif de suivi et évaluation est capital dans la mise en œuvre de tout projet. Il a pour objectif de s'assurer de la concordance entre les besoins exprimés, l'approche retenue, les ressources mobilisées et leur utilisation pour aboutir aux résultats. Ainsi, ce dispositif contribue au processus de prise de décisions et d'orientations pertinentes sur la base des informations stratégiques qui en découlent.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie DBC, le système conçu pour le suivi et évaluation prend en compte le recrutement d'un agent de suivi et des animateurs, le suivi continu des ASC par les animateurs, la supervision technique par les ICP/Accoucheuses, la supervision technique de l'ECD et la réalisation des études de base avant le démarrage des activités pour disposer de données de base. Ainsi, il a été question :

Pour le fonctionnement et le suivi

Plusieurs activités ont été mises en œuvre durant la stratégie pour assurer un suivi permanent. Il s'agit :

- Recrutement d'un agent de suivi de terrain et de 3 animateurs pour le bon déroulement des activités ;
- Suivi rapproché des ASC par les animateurs pour rendre disponibles les intrants aux ASC, faire leur suivi, aider au réapprovisionnement et à la production des rapports, et collecter, valider, compiler et transmettre les rapports aux différents acteurs ;
- Supervision technique par les ICP/Accoucheuses et par l'ECD en vue de renforcer les compétences des ASC ;
- Suivi/Supervision des activités par l'ONG pour s'assurer de la qualité de l'offre des services par les ASC, de l'effectivité de la supervision technique des ASC par les ICP et les accoucheuses et de la bonne gestion des intrants.

Il faut noter que la fréquence de supervision d'un ASC par les ICP/accoucheuses dépend du nombre d'ASC dans l'USP. De plus, cette supervision reste formelle par la signature du cahier de supervision des ASC par les ICP.

☞ Pour la coordination et l'évaluation

La mise en œuvre des activités a été assurée par les ONG recrutées dans les districts. L'évaluation note un mécanisme de coordination qui a consisté à la mise en commun des résultats à partir des rapports d'activités. A cet effet, en dehors des activités relatives au suivi et à la supervision, des réunions mensuelles des ASC ont eu lieu dans leur USP respective pour identifier les problèmes relatifs à la mise en œuvre et accompagner les acteurs à trouver des solutions adéquates. Par ailleurs, des rapports statistiques et des rapports d'activités sont élaborés puis transmis à l'UNFPA de même que les rapports techniques et financiers. Il faut remarquer que ce processus aboutit à la validation des rapports trimestriels par les ONG et les districts avant leur transmission à la DSF et l'UNFPA. En outre, des rencontres trimestrielles de concertation sont organisées dans les districts pour évaluer l'état d'avancement des activités et prendre des décisions d'orientations. L'un des atouts de ce mécanisme de coordination est que des études de bases ont été réalisées dans les districts concernés avant le démarrage des activités pour apprécier la progression des résultats. Toutefois, il est important de retenir qu'aucune évaluation à mi-parcours n'a été faite durant la mise en œuvre des activités.

4.6- Pérennisation

Les études MICS ont révélées la faible prévalence contraceptive moderne, l'augmentation des besoins non satisfaisants en planification familiale et des indicateurs de mortalité maternelle néonatale et infanto-juvénile en milieu rural. De plus, l'insuffisance en ressources humaines de qualité en santé a amené en 2011, le Ministère de la Santé du Togo en particulier la Division de la Santé Familiale à renforcer la stratégie de distribution à base communautaire en déléguant la tâche d'administration des contraceptifs injectables aux Agents de Santé Communautaires. Sur le plan financier, le premier partenaire est l'UNFPA. L'Etat a contribué à la stratégie de 25 000 000 F CFA en 2011 et 30 000 000 F CFA en 2012 pour l'achat des produits PF.

L'analyse de la pérennité de la stratégie de distribution à base communautaire des produits de planification familiale se fera en tenant compte des six (6) déterminants de la pérennité à savoir : a) Effets sur la santé des populations rurales ; b) Prestations de service; c) Capacité et viabilité organisationnelles du Ministère ; d) Capacité et viabilité organisationnelles de l'ONG ou du prestataire local(e) ; e) capacités de la communauté ; d) Environnement favorable

La pérennité en matière d'effets sur la santé des populations rurales est effective. Le renforcement de cette stratégie a contribué à l'accès et à l'utilisation des services de planification familiale par les populations des zones rurales et à augmenter le nombre de nouvelles utilisatrices et de femmes protégées en milieu rural ayant des effets bénéfiques sur leur santé (mortalité maternelle) et sur la cellule familiale.

La pérennité pour la continuité des prestataires de services est partiellement garantie.

Sur le plan des prestataires de service, la répartition des ASC dans les districts est en adéquation avec la définition relative à la distance (au delà des 5 kms). La couverture de leur service a été définie et leur performance suivie par des superviseurs à savoir le responsable de la formation sanitaire (RFS), du district sanitaire voire du niveau régional. L'approvisionnement des produits contraceptifs est effectif mais on note des fréquentes ruptures. Cette stratégie a contribué en 2013 à augmenter le nombre de nouvelles utilisatrices de 7665 en 2012 à 34641 et le Couple Année Protection (CAP) national de toutes les méthodes de 126149 à 222784. Il a également contribué à réduire les besoins non satisfaits (37,2% en 2010 à 34% en 2013-2014) et l'augmentation de la prévalence contraceptive (13,2% en 2010 à 17% en 2013-2014) pour les méthodes contraceptives modernes.

L'amélioration des prestations des ASC passe par le respect du paquet minimum à leur confier dans l'intégration de service, la disponibilité des produits contraceptifs, l'application de leur statut et l'organisation d'un forum pour une communication efficace.

La pérennité sur la capacité et viabilité organisationnelles du Ministère est faible.

La pérennité en matière de survie institutionnelle est garantie. Le Ministère de la Santé en particulier la Division de la Santé Familiale assure et assurera toujours la pérennité de la stratégie de distribution à base communautaire des produits de planification familiale à savoir l'administration, la planification, la mise en œuvre des lignes directrices, la formation, la supervision, les données pour la prise de décision et la coordination avec les principaux acteurs (société civile, les bailleurs, les agences techniques).

La pérennité dans la viabilité financière de la stratégie n'est pas garantie. Des efforts ont été réalisés par le gouvernement à travers une ligne budgétaire d'environ quatre vingt millions de francs (80 000 000 FCFA) pour la motivation des ASC pour chaque année mais reste « insuffisant ». De plus, la disponibilité d'une ligne budgétaire intitulée « Médicaments » prenant en compte la santé reproductive (y compris les contraceptifs), ne garantit pas la pérennité. La dépendance à 100% des Partenaires d'Appui Technique et Financier pour la stratégie en particulier l'approvisionnement est un risque pour la pérennité. La problématique de la gratuité en stratégie avancée et mobile est un risque pour la pérennité.

Le défi majeur est de démontrer et de faire le plaidoyer au niveau des décideurs plus particulièrement le ministère des finances de l'importance de cette stratégie dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle. L'acquisition d'une ligne pour la santé de la reproduction devient un impératif afin de disposer d'un plan de financement au niveau du gouvernement. La mobilisation des ressources par le ministère de la santé avec d'autres partenaires et aussi à l'interne devient un impératif et un défi majeur. La réflexion sur la gratuité est plus déterminante.

La pérennité de la capacité et viabilité organisationnelles des Organisations de la Société Civile est faible. Les OSC impliquées dans la mise en œuvre de la stratégie à base communautaire disposent de

leadership organisationnel, de la performance organisationnelle et commence à l'institutionnalisation des compétences clés. Leur pérennité dépend du financement des partenaires d'appui technique et financier.

La pérennité par les capacités de la communauté est faible.

La participation de la communauté dans la conception, la planification, la mise en œuvre et le suivi voire l'évaluation de la stratégie de distribution à base communautaire n'a pas été respectée à toutes les étapes. Le rôle de la communauté n'est qu'acteur alors qu'il doit aussi jouer un rôle de facteur de développement. La connaissance des services de planification familiale par les communautés est réelle en raison du taux de morbidité et de mortalité élevés en zone rurale. La découverte de la PF par la communauté en particulier les femmes a été perçue et ressentie comme une solution de soulagement de leurs maux justifiant les besoins non satisfaits en PF plus élevés en zone rurale. Par contre la gratuité des services dans la stratégie mobile a apporté une solution à l'accessibilité financière autrefois difficile. L'amélioration de la capacité de la communauté passe par l'intégration du volet santé en particulier la santé de la reproduction/planification familiale dans le Plan d'Action Villageois pouvant déboucher à la mobilisation des ressources.

Environnement favorable

La mise en œuvre d'une approche multidimensionnelle et systémique est nécessaire pour comprendre la pérennité. Les facteurs contextuels qui peuvent avoir un impact sur l'environnement de travail des ASC dans le cadre de la stratégie de distribution à base communautaire dépendent d'une part de la communauté et aussi de l'appui de certains ministères clés à savoir : de la planification, les finances, le développement à la base.

La disponibilité du Plan d'Action Villageois (PAV) avec un volet sanitaire prenant en compte la santé de la reproduction/planification familiale est un atout essentiel dans la participation communautaire où l'ASC doit avoir une place de choix dans la communauté ou des opportunités motivations pourraient être planifiées.

La connaissance de l'importance des interventions communautaires des ASC par le Ministère de la planification peut faire l'objet de plaidoyer pour une mobilisation plus accrue pour le secteur communautaire et aussi de leur motivation.

Les opportunités existant au Ministère du Développement à la base en matière d'accès aux ressources pourraient améliorer leur vécu des ASC leur permettant de disposer de l'engrais à temps réel pour disposer d'un rendement optimal de leur champ. Un partenariat tripartite entre le Ministère de la Santé, de l'Agriculture et du Développement à la base sera d'un grand secours pour apporter des solutions idoines des ASC.

Documenter les interventions à base communautaire et en faire un plaidoyer de haut niveau, permettront aux décideurs du Ministère des Finances de mieux comprendre l'importance et les bénéfices de ce secteur communautaire par rapport aux taux de morbidité et de mortalité de la population. C'est ainsi que nous pourrions mobiliser des ressources pour un développement harmonieux du secteur.

La pérennisation de la stratégie a été l'une des principales insuffisances relevées dans la stratégie. En effet, la stratégie de distribution des produits contraceptifs à base communautaire n'a pas envisagé un mécanisme ou un dispositif devant constituer une base pour la pérennisation des acquis de la stratégie comme l'ont soulevé certains acteurs rencontrés.

Cependant, la question a été analysée à travers les opinions des différentes parties prenantes sur les acquis et la durabilité de la stratégie.

Ainsi, les premiers constats de pérennisation ont été remarqués dans les districts sanitaires de Blitta et Haho où la mise en œuvre de la DBC a été accompagnée par USAID - AWARE II et RESPOND. Les partenaires locaux (ONG) de mise en œuvre notamment ADESCO pour Blitta et ATBEF pour Haho poursuivent les activités de suivi/supervision des ASC en dépit de l'arrêt de financement. Les personnes interrogées dans ces structures notent que, les résultats de la DBC sur la réduction des grossesses précoces, les espacements de naissance et les changements de comportement en matière de santé de reproduction au sein des populations bénéficiaires et son effet positif au niveau économique des ménages, sont autant de raisons pour continuer l'appui des communautés qui ont adhéré à la stratégie et se sont approprié l'utilisation des méthodes modernes de planification familiale.

Par ailleurs, un autre élément de pérennisation de la DBC est l'implication d'autres partenaires techniques et financiers dans le processus. En effet, l'Agence Française de Développement (AFD) envisage de mettre en œuvre la DBC dans la région des Plateaux. D'un autre côté, AgirPF s'est déjà impliqué dans ce processus pour relayer Respond et continuer les activités dans les districts de Haho et Blitta.

Cette évaluation a constaté l'amélioration du CAP national par une contribution d'au moins 7% pour l'ensemble de 7 districts sanitaires (Kpendjal, Tchamba, Vo, Yoto, Oti, Haho et Blitta) entre 2012 et 2013.

Au regard de cette performance, l'ensemble des acteurs estime nécessaire que les activités de la DBC soient poursuivies. La piste envisagée est celle de l'appropriation de la stratégie par l'Etat qui est à même de mobiliser les ressources nécessaires pour maintenir la DBC dans le plan d'action de la DSF et accompagner les populations. En dehors de cette principale piste de pérennité de la stratégie, l'évaluation a noté d'autres éléments de durabilité :

- ☞ La disponibilité des intrants pour les ASC : l'approvisionnement des intrants est un aspect capital noté pour assurer la pérennité de la stratégie. La continuation de la stratégie impose un circuit d'approvisionnement fiable qui minimise les risques de rupture d'intrants, constatés dans la mise en œuvre de la stratégie ;
- ☞ L'implication des COGES dans la stratégie et plus particulièrement dans l'approvisionnement et la gestion des intrants afin de les préparer à assumer la responsabilité de rendre disponible les intrants aux ASC à la fin du projet DBC ;
- ☞ La motivation continue des ASC pour maintenir leur collaboration après la stratégie, il est suggéré de rendre continuel leur système de motivation mais également intégrer le continuum de soins à leur paquet d'activités pour susciter leur engagement personnel ;
- ☞ La sensibilisation des communautés sur la possibilité de contribuer à la motivation financière des ASC. Ainsi, il est suggéré que les intrants soient subventionnés par l'Etat et que les client(e)s contribuent pour la rémunération des ASC ;
- ☞ Le renforcement de capacités des acteurs de mise en œuvre notamment les ASC pour relever leur niveau et accroître leur performance mais également celui des ICP/accoucheuses pour les outiller davantage ;
- ☞ l'instauration du continuum de soins dans le paquet d'activités des ASC et la possibilité de mise en œuvre intégrée avec les autres programmes (paludisme, PCIMNE, nutrition) qui s'appuient sur les ASC.

4.7- Insuffisances constatées

Pour mieux apprécier les insuffisances liées à la stratégie, l'évaluation a procédé par l'approche qualitative. La synthèse de ces données a permis d'identifier les certaines

insuffisances de la stratégie qui portent essentiellement sur les critères de sélection des villages devant bénéficier de la stratégie, l'absence d'un dispositif de pérennisation de la stratégie, les outils de rapportage des données inadaptés aux acteurs directs de mise en œuvre (ASC), le système d'approvisionnement qui rencontre des difficultés liées à la rupture fréquente des intrants et la non prise en compte des aspects de supervision et de suivi après projet.

Tous les acteurs interrogés sont unanimes que les moyens de déplacements affectés aux ASC notamment, les vélos dans le cadre de cette stratégie ne sont pas adaptés aux zones de mise en œuvre de la DBC. L'évaluation a également noté des insuffisances suivantes :

- Le quota mensuel de client(e)s à recruter pour la planification familiale imposé aux ASC. La PF reste un choix libre, et demander un quota à réaliser revient à obliger les ASC à recourir aux pratiques peu orthodoxes.
- La dotation des accessoires de matériels aux ASC. La géographie des milieux ruraux est souvent accompagnée d'une forte saison pluvieuse. En effet, il ressort des entretiens menés avec les ASC qu'il manque des matériels comme les raglans, les torches, les bottes, etc. pour mieux assurer leur mission.
- Le renforcement de capacités des ASC : la stratégie avait prévu des sessions de renforcement de capacités aux acteurs de mise en œuvre. Malheureusement, cette formation continue n'a pas été prise en compte par les activités de la stratégie. Ce renforcement de capacités pourra, en outre, résoudre les insuffisances relevées au niveau des outils de rapportage des ASC.
- L'insuffisance constatée du fonctionnement du mécanisme au niveau national et l'insuffisance des ressources humaines au niveau du ministère de la santé pour accompagner les acteurs de mise en œuvre.
- L'inexistence d'une reconnaissance officielle qui institutionnalise la DBC comme on peut le constater dans les stratégies de lutte contre le paludisme par exemple.

4.8- Leçons apprises

L'évaluation a noté, en termes de leçons apprises, des changements de comportements et d'attitudes des prestataires et des client(e)s de la PF, des progrès en matière de connaissances de la planification familiale et de la santé maternelle ainsi que l'évolution du taux de couverture contraceptive. Ainsi, des leçons suivantes sont tirées de la stratégie :

- ✓ L'alignement des activités de la stratégie sur la politique nationale renforce l'implication des structures décentralisées et aboutissent à de bons résultats ;
- ✓ L'augmentation du CAP n'est pas l'apanage des stratégies (fixe, mobile, avancée...) mises en place habituellement par les structures étatiques puisque la DBC seule a fait augmenter à elle le taux national de couverture de 7,45% pour l'ensemble des 7 districts dans lesquels elle a été mise en œuvre selon les données de la DSF;
- ✓ les ASC sont des acteurs clés en matière de santé communautaire. Les ASC ont beaucoup aidé à l'atteinte des objectifs de la DBC. Ceci est l'une des pratiques que l'évaluation capitalise pour les partenaires désireux de solliciter les services des ASC. Leur maintien dans le système de santé ne fera qu'aider à atteindre rapidement la couverture universelle de santé.
- ✓ Amélioration des connaissances des communautés en termes de PF et changement de comportements et d'attitudes.
- ✓ L'évaluation a noté qu'il y a désormais des discussions au sein des ménages (entre conjoints) sur les questions de santé dans la plupart des localités et particulièrement

sur la PF. De plus, la majorité des populations recourent en premier lieu aux services d'un ASC pour la prise en charge des maladies de l'enfant.

4.9- La mise à échelle

« Le Togo dispose des outils, de la méthodologie, des protocoles et d'un système d'offre du paquet intégré. Le Togo peut répliquer la stratégie dans d'autres districts et servir de site d'apprentissage pour les autres pays de la région ». C'est l'une des preuves ressorties de la conclusion du rapport de la Distribution à base communautaire des contraceptifs hormonaux en Afrique de l'Ouest USAID AWARE II - Juin 2012.

Les résultats obtenus dans le cadre de la DBC permettent d'affirmer que cette stratégie a connu un succès remarquable et son passage à échelle devient inévitable. Le passage à l'échelle de cette stratégie a été apprécié au niveau des acteurs clés rencontrés durant l'évaluation. Il ressort que le passage à l'échelle devient un impératif pour les prometteurs pour quatre principales raisons :

- ❖ L'adhésion et l'adoption des nouvelles méthodes PF par les communautés (Vo, 56,1%; Haho, 56,6%; Kpendjal, 55,9%; Blitta, 71,5%.) qu'on imaginait réfractaires à cause des considérations socioculturelles. Malgré l'arrêt brusque de financement dans les districts de Blitta et Haho, c'est l'une des raisons qui ont motivé les ONG à poursuivre les activités. Le partage de cette expérience dans d'autres districts serait bénéfique pour les communautés surtout les femmes.
- ❖ Des besoins exprimés par les localités qui sont hors de la zone de mise en œuvre de la stratégie. En effet, les ASC ont rapporté que les villages voisins ne figurant pas dans leur zone d'intervention sollicitent leurs prestations. De plus, l'intention d'utiliser les méthodes PF cernée chez ces communautés témoins indique que les besoins sont réels (Vo : 66,7%; Kpendjal : 69,4%; Haho : 47,1%; Blitta : 71,9%; Wawa : 56,2%; Zio : 52,0%; Tandjoaré : 62,1%). Ceci confirme la nécessité de pourvoir satisfaire ses besoins non satisfaits ;
- ❖ L'assurance que les ASC sont des acteurs efficaces du relais de la stratégie constitue un élément important pour répliquer la DBC dans d'autres districts ;
- ❖ L'effet positif sur la situation sanitaire et économique des ménages a été plusieurs fois évoqué par les personnes rencontrées. Les ménages considèrent que la DBC a favorisé l'espacement des naissances permettant d'abord aux enfants de jouir d'une bonne croissance mais aussi aux femmes de pouvoir retrouver leur pleine potentialité à entreprendre pour améliorer le niveau de revenu de leurs ménages. Ce qui leur facilite la prise en charge des besoins primaires et immédiats (santé, éducation, etc) de leurs ménages.

A côté de ces raisons, les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la stratégie pensent que le passage à l'échelle est une étape nécessaire et s'impose à tous les niveaux. Cependant, il faut lever les restrictions liées aux critères de sélection pour enrôler tous les villages des districts pilotes et l'étendre à tous les autres districts tout en intégrant la composante d'un plan de pérennisation des actions et des acquis. De plus, il faudrait intégrer le continuum de soins au paquet de services des ASC pour couvrir les autres besoins exprimés.

La dynamique d'accompagnement du secteur de la santé communautaire doit pouvoir résoudre le problème de recrutement des ASC. Il s'agit de revoir les critères notamment le niveau d'instruction en vue de leur permettre de répondre à un minimum requis des exigences de performance de l'heure.

Les personnes interrogées souhaitent que la réflexion soit menée et approfondie sur le système de motivation des ASC. Ce qui contribuerait à améliorer leur engagement et davantage les résultats

de la stratégie. Les outils de rapportage des ASC ont été évoqués comme des insuffisances ; il importe donc de les réadapter pour permettre un meilleur renseignement sur leurs activités.

La stratégie doit veiller à ce que les acteurs locaux impliqués dans la phase de mise en œuvre soient maintenus et explorer d'autres possibilités d'implication d'autres acteurs dans la stratégie de mobilisation des communautés autour de la DBC.

V- Conclusion et recommandations

Après une phase pilote de la stratégie DBC dans huit districts du Togo, l'UNFPA et ces partenaires dans l'optique de passage à l'échelle, veulent tirer des leçons de cette phase pilote et mesurer l'impact de la DBC dans les districts bénéficiaires. La présente évaluation en fait état des effets induits du projet et analyse la stratégie des ONG de mise en œuvre.

L'analyse des résultats de l'évaluation montre une amélioration de la connaissance des méthodes contraceptives modernes, une augmentation du niveau d'utilisation des méthodes de planification familiale et une augmentation de l'exposition des femmes et hommes aux activités des ASC. De même on note une amélioration du suivi de la femme enceinte et allaitante à travers la référence des femmes enceintes dans les USP pour la consultation prénatale et les conseils aux femmes allaitantes par les ASC pour un allaitement exclusif au sein.

Concernant les ASC, il a été constaté que, bien qu'étant des ASC pour la planification familiale, certains travaillent sur d'autres programmes tels que le paludisme, la nutrition, la PCIMNE ; témoignant ainsi de l'adéquation du paquet de service des ASC avec les besoins de la communauté. Il a été également relevé une forte implication de la communauté et leur adhésion à la stratégie.

S'agissant du système de suivi-évaluation mis en place, il a été constaté que la fréquence de supervision d'un ASC d'une USP à l'autre dépend du nombre d'ASC. De plus cette supervision reste formelle par la signature des cahiers de supervision des ASC par les ICP.

Par rapport aux politiques nationales de santé en vigueur au Togo, il ressort de l'analyse que la stratégie de distribution à base communautaire y compris l'injectable s'aligne derrière ces politiques et permet l'amélioration de la prévalence contraceptive.

La politique nationale des interventions à base communautaire prévoit l'élaboration d'une stratégie de mise en œuvre qui n'est pas encore effective. Ainsi, d'après les informations reçues, aucun mécanisme de pérennisation n'a encore été envisagé. Néanmoins les ONG poursuivent les activités après la phase pilote grâce à la motivation morale des ASC en attendant l'obtention des financements des partenaires.

La stratégie de distribution à base communautaire a permis un changement de comportement et d'attitude des clients de la PF, l'évolution du taux de contraceptives modernes. De même elle a permis de disposer des acteurs clés pouvant répondre aux questions élémentaires en matière de santé dans la communauté.

Par ailleurs la majorité des acteurs rencontrés adhèrent à l'idée que la stratégie est une solution au problème de planification familiale dans les communautés et pense que la mise à l'échelle de cette stratégie s'impose. De même l'intention d'utiliser les méthodes PF a été cernée avec une forte proportion dans les communautés où la stratégie n'est encore mise en œuvre.

Au vu de ces résultats, des recommandations suivantes sont faites et nécessitent d'être prises en compte pour la mise à l'échelle :

Par rapport à la pertinence

- ☞ Réviser la politique sanitaire nationale en intégrant la distribution à base communautaire des méthodes contraceptives orales et injectables

- ☞ Réviser les politiques normes et Protocoles en matière de SR en prenant en compte la distribution à base communautaire des méthodes contraceptives orales et injectables
- ☞ Réviser la Politique Nationale des Interventions à Base Communautaire (IBC) en matière du traitement des ASC;
- ☞ Institutionnaliser la DBC par une reconnaissance officielle comme on peut le constater dans les stratégies de lutte contre le paludisme par exemple ;

Par rapport à la pérennité

- ☞ Prévoir un plan de pérennisation des actions et des acquis ;
- ☞ Explorer d'autres possibilités d'implication d'autres partenaires dans la mise en œuvre de la DBC ;
- ☞ Maintenir les ASC dans le système de santé afin de permettre d'atteindre la couverture universelle de santé ;
- ☞ Intégrer le continuum de soins au paquet de services des ASC pour couvrir les autres besoins exprimés.
- ☞ Lever les restrictions liées aux critères de sélection des villages pour enrôler tous les villages des districts pilotes ;
- ☞ Maintenir les acteurs locaux dans la phase de mise en œuvre de la stratégie ;
- ☞ Augmenter la contribution de l'Etat pour la motivation des ASC
- ☞

Par rapport à la performance des ASC

- ☞ Lever la fixation du quota mensuel de client(e)s à recruter pour la planification familiale imposé aux ASC. La PF reste un choix libre, et demander un quota à réaliser revient à obliger les ASC à recourir aux pratiques peu orthodoxes ;
- ☞ Revoir les critères de sélection des ASC notamment le niveau d'instruction en vue de leur permettre de répondre à un minimum requis des exigences de performance de l'heure ;
- ☞ Renforcer les capacités des ASC afin de relever le niveau de remplissage des outils de rapportage des ASC ;
- ☞ Doter les ASC des accessoires (les raglans, les torches, les bottes) afin de mieux assurer leur mission dans certains milieux dont la géographie est souvent accompagnée d'une forte saison pluvieuse ;

Commenté [B1]: A discuter en plénière a garder ou a supprimer

Par rapport au mécanisme de suivi/supervision

- ☞ Améliorer le système de suivi/supervision élaborée dans la mise en œuvre de la stratégie et s'assurer de son effectivité ;
- ☞ Former tous les ICP encadrant les ASC en PF clinique, Counseling selon l'approche REDI et en supervision facilitante ;
- ☞ Autoriser les ONG à assurer le suivi aux ICP ;

Références bibliographiques

1. Loi n° 2007 – 005 sur la santé de la reproduction, (Extrait du Journal Officiel de la République Togolaise, 52e Année, N° 2, Numéro Spécial du 10 janvier 2007) ;
2. Manuel de formation en Gestion Logistique des Produits Contraceptifs au Togo ;
3. Normes pour les structures de soins de santé, Juillet 2013 ;
4. Plan d'action pour le repositionnement de la planification familiale au Togo 2013 - 2017, février 2013 ;
5. Politique nationale des interventions à base communautaire, Septembre 2009 ;
6. Politiques et normes en santé de la reproduction, planification familiale et infections sexuellement transmissibles du Togo, Décembre 2009 ;
7. Rapport de l'étude de base sur l'offre de services de planification familiale à base communautaire dans les districts de Vo, Tchamba et Kpendjal en 2012 (UNFPA) ;
8. Rapport préliminaire de l'Enquête Démographique et de Santé Togo 2013, Juin 2014 ;
9. Rapport sur l'enquête initiale pour l'intervention en planification familiale, santé maternelle, néonatale et infantile au Togo, juillet 2011.

Annexes

Test de comparaison de deux proportions

On considère un caractère qualitatif et on note f_1 la proportion d'individus présentant ce caractère dans une première population, f_2 la proportion dans une seconde population. La question qui se pose est de savoir si les deux proportions ne sont pas égales ? C'est-à-dire :

$$\begin{cases} H_0 : f_1 = f_2 \\ H_1 : f_1 \neq f_2 \end{cases}$$

Il a été démontré que les deux proportions sont égales à 95% lorsque la condition suivante est vérifiée:

$$t = \frac{f_1 - f_2}{\sqrt{p(1-p)\left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)}} \in [-1,96; 1,96]$$

Où :

✓ n_1 et n_2 sont respectivement la taille de la première et la deuxième population

$$✓ p = \frac{n_1 \cdot f_1 + n_2 \cdot f_2}{n_1 + n_2}$$

Tableau 1.01 : Quelques indicateurs sur la santé de reproduction en 2010 et 2013 au Togo

Sujet	Indicateurs	Valeur
Contraception et Besoins non satisfaits	Taux de fécondité des adolescentes (EDST 2013)	85%
	Grossesses précoces (MICS4 2010)	17,3%
	Taux de prévalence contraceptive (méthodes modernes) (EDST 2013)	17%
	Besoins non satisfaits (MICS4 2010)	31,0%
Santé maternelle et du nouveau-né	Couverture des soins prénatals Au moins une fois par le personnel qualifié (MICS4 2010)	71,6%
	Au moins quatre fois par n'importe quel prestataire (MICS4 2010)	54,9%
	Contenu des soins prénatals (MICS4 2010)	60,6%
	Personnel qualifié à l'accouchement (MICS4 2010)	59,4%
	Accouchements institutionnels (Structure de santé) (MICS4 2010)	66,5%
	Césarienne (MICS4 2010)	8,8%

Tableau An.01: Répartition des enquêtés selon leur connaissance de l'existence de moyens ou produit PF

	FEMME							HOMME							Effectif
	Connaissance d'au moins une méthode PF		Connaissance d'au moins une méthode moderne PF		Connaissance d'au moins une méthode moderne PF autre que le préservatif		Effectif	Connaissance d'au moins une méthode PF		Connaissance d'au moins une méthode moderne PF		Connaissance d'au moins une méthode moderne PF autre que le préservatif		Effectif	
	Spontané	Après description	Spontané	Après description	Spontané	Après description		Spontané	Après description	Spontané	Après description	Spontané	Après description		
Tranche d'âge															
15-24 ans	89,9	99,0	87,7	98,0	79,5	96,0	973	92,7	98,3	89,4	97,8	67,6	92,7	179	
25-34 ans	89,7	98,4	87,1	97,8	85,2	96,7	1374	94,1	99,3	90,8	99,3	80,4	96,3	542	
35-44 ans	87,1	98,3	84,8	97,2	83,8	96,9	827	90,2	98,4	86,4	97,1	75,1	91,8	550	
45 ans et +	90,4	97,7	85,4	96,3	82,6	96,3	219	88,4	97,4	83,7	96,2	73,5	88,4	498	
Niveau d'instruction															
AUCUN	86,3	98,1	83,7	97,4	82,8	96,8	1744	85,4	97,8	81,5	96,6	72,0	91,3	493	
PRIMAIRE	91,4	98,8	88,6	97,7	85,4	96,2	1052	91,5	98,5	87,8	98,1	76,9	93,7	588	
SECONDAIRE ET +	93,5	99,3	91,6	98,2	79,7	96,3	597	94,9	98,7	91,0	97,8	76,9	91,9	688	
Situation matrimoniale															
Mariée	88,8	98,4	86,3	97,6	84,2	96,9	3049	90,8	98,3	87,0	97,5	76,9	92,3	1598	
Célibataire	92,9	99,6	90,6	98,8	69,8	93,7	255	94,8	100,0	90,8	99,3	62,1	95,4	153	
Divorcée/séparée/veuve	89,9	97,8	86,5	94,4	82,0	93,3	89	88,9	88,9	77,8	88,9	66,7	66,7	18	
District															
Zio	79,7	98,4	77,3	98,0	70,4	96,6	551	78,2	95,8	71,4	93,7	46,2	77,3	238	
Vo	90,8	99,6	89,3	99,2	86,0	98,5	478	93,5	99,2	89,0	98,5	79,1	97,7	263	
Haho	96,7	99,8	95,0	99,8	93,7	99,3	458	96,8	99,6	93,5	98,9	90,7	97,8	279	
Kpendjal	91,2	98,7	88,2	97,7	87,2	97,5	524	88,7	98,8	86,6	98,4	80,2	92,7	247	
Blitta	90,9	96,6	86,9	94,5	83,7	93,4	527	94,7	98,4	93,4	98,1	79,2	94,0	318	
Wawa	91,2	98,4	87,3	96,5	81,9	93,5	432	93,3	97,2	86,6	96,0	75,1	88,5	253	
Tandjoare	84,6	98,3	83,5	98,1	79,9	96,9	423	90,1	99,4	87,1	99,4	73,1	97,7	171	
Ensemble	89,2	98,5	86,6	97,6	83,1	96,5	3393	91,1	98,4	87,3	97,6	75,5	92,3	1769	

Tableau An.02: Répartition des femmes selon la méthode de Planification familiale utilisée actuellement

	Abstinence	Utilisation de préservatif	Pilule	DIU/ Stérilet	Injectable	Norplant/ jabelle	Coït interrompu	MAMA	Ligature des trompes	Collier	Vasectomie	Méthodes traditionnelles
Tranche d'âge												
15-24 ans	7,1	32,4	8,9	0,4	24,1	3,4	1,0	1,0		0,9	0,1	3,1
25-34 ans	4,7	16,0	7,2	1,7	32,1	10,5	1,8	1,5	0,2	1,3	0,3	1,9
35-44 ans	6,4	14,8	7,6	3,1	35,5	11,1	1,8	0,3	0,5	1,5	0,1	1,4
45 ans et +	9,7	16,9	6,6	2,8	28,7	10,2	1,7	0,8	1,4	1,7		1,1
Niveau d'instruction												
AUCUN	5,9	9,2	6,0	2,5	38,9	11,5	0,6	1,6	0,6	0,4	0,1	0,8
PRIMAIRE	4,4	16,2	8,4	1,8	30,3	7,8	1,8	0,6	0,1	2,2	0,3	2,2
SECONDAIRE ET +	8,9	35,6	8,6	1,3	21,6	7,3	2,7	0,7	0,3	1,6	0,2	3,1
Situation matrimoniale												
Mariée	5,8	14,6	7,3	2,1	33,5	9,9	1,7	1,0	0,4	1,3	0,1	1,9
Célibataire	10,2	67,4	12,3		9,1	1,4	1,4	0,7		1,4	0,4	2,8
Divorcée/séparée/ veuve	8,8	10,5	1,8		14,0	5,3					1,8	1,8
District												
Zio	3,2	23,3	7,6	1,2	11,5	10,0	2,7	0,7	1,0	2,0		1,5
Vo	2,8	17,6	9,7		31,6	6,0	0,5	0,5		0,9	0,5	3,7
Haho	6,0	13,5	9,8	8,4	37,0	4,4	1,6	1,4	0,5	1,6	0,2	1,4
Kpendjal	9,0	16,1	5,1	1,4	54,4	11,8	0,7	2,3	0,2			0,9
Blitta	3,8	21,2	5,0	1,0	29,5	7,5	2,4	0,3		1,4		3,8
Wawa	18,3	26,9	11,7		17,5	7,8	2,5	1,7	1,1	3,3	0,8	0,6
Tandjoare	2,8	18,1	6,1	1,2	31,6	18,4	0,6	0,3				0,3
Ensemble	6,3	19,5	7,6	1,9	30,8	9,0	1,6	1,0	0,4	1,3	0,2	2,0

Tableau An.03: Perception enquêtés des problèmes de santé dans la communauté

	<i>Maladies Diarrhéiques</i>		<i>Paludisme</i>		<i>IST/VIH/SIDA</i>		<i>Mortalité infantile</i>		<i>Mortalité maternelle</i>		<i>Malnutrition</i>		<i>Grossesses précoces</i>		<i>Effectif</i>	
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H
<i>Tranche d'âge</i>																
15-24 ans	28,5	21,8	82,2	85,5	6,1	7,1	1,2	2,2	0,4	1,7	4,0	4,5	5,1	3,9	973	179
25-34 ans	28,5	31,9	83,8	90,0	4,6	4,0	2,1	1,5	0,9	0,6	2,3	4,2	2,8	3,3	1374	542
35-44 ans	32,4	33,6	83,0	90,9	2,1	3,6	1,8	2,4	0,4	0,9	2,2	3,1	2,5	2,9	827	550
45 ans et +	30,6	34,3	84,0	88,2	4,1	3,2	1,8	2,0	0,9	0,6	3,2	2,2	4,1	3,2	219	498
<i>Niveau d'instruction</i>																
AUCUN	34,2	45,6	79,1	85,0	3,0	2,6	2,1	2,4	0,6	0,6	2,2	2,4	3,3	2,0	1744	493
PRIMAIRE	25,9	26,2	87,4	91,2	4,8	3,3	1,7	2,0	0,5	0,9	3,7	3,6	3,2	3,6	1052	588
SECONDAIRE ET +	22,6	27,5	87,6	90,8	7,5	5,4	1,0	1,6	0,8	0,9	2,8	3,8	4,7	3,8	597	688
<i>Situation matrimoniale</i>																
Mariée	29,6	33,7	83,1	89,7	3,8	3,4	1,9	2,0	0,6	0,6	2,8	3,3	3,0	3,0	3049	1598
Célibataire	22,4	17,0	82,7	85,6	11,0	8,5		1,3	0,8	1,3	1,6	3,9	9,0	2,6	255	153
Divorcée/séparée/ Veuve	49,4	22,2	87,6	83,3	5,6	16,7	3,4	5,6		11,1	6,7		5,6	27,8	89	18
<i>District</i>																
Zio	6,5	6,7	83,7	87,8	12,3	11,8	1,1	0,8	0,4	1,7	1,6	2,9	5,3	4,6	551	238
Vo	5,4	10,3	89,5	90,1	6,7	5,3	2,7	2,7	2,5	1,5	2,5	3,4	4,6	3,8	478	263
Haho	26,6	25,4	94,1	96,1	0,2	0,7	1,3	2,2		0,7	0,4	0,7	2,6	2,9	458	279
Kpendjal	57,8	70,9	59,9	77,3	1,7	1,2	2,7	2,0	1,0	0,4	2,3	2,8	1,9	1,6	524	247
Blitta	48,4	49,4	92,4	92,1	1,7	3,1	1,9	2,8	0,4	0,6	9,7	8,5	4,2	4,1	527	318
Wawa	19,9	14,6	92,8	95,7	2,5	2,8		0,4			0,9	1,2	3,5	3,2	432	253
Tandjoare	41,6	49,7	70,9	81,9	4,3	2,8	2,6	2,9		0,6	1,2	2,3	2,1	1,8	423	171
Ensemble	29,6	32,1	83,2	89,3	4,4	4,0	1,8	2,0	0,6	0,8	2,8	3,3	3,5	3,2	3393	1769

Tableau An.04: Connaissance spontanée des méthodes de planification familiale chez les enquêtés par district

		Connaissance spontanée												Connaissance après description											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Zio	H	14,3	50,4	16,0	1,3	36,1	12,6	4,6		0,4	0,8	0,4	5,0	59,7	87,0	55,5	34,0	69,7	50,4	49,6	31,1	30,3	11,8	18,5	24,8
	F	8,9	25,8	29,2	3,8	59,3	16,9	0,5	0,4	0,5	1,5	0,4	2,0	59,5	78,8	73,3	44,3	88,4	71,0	43,2	39,9	33,9	16,7	16,7	26,9
	Total	10,5	33,2	25,2	3,0	52,3	15,6	1,8	0,3	0,5	1,3	0,4	2,9	59,6	81,2	67,9	41,2	82,8	64,8	45,1	37,3	32,8	15,2	17,2	26,2
Vo	H	18,3	64,3	47,5	9,5	63,1	19,8	7,2	1,9	4,2	7,6	1,9	4,6	69,6	96,6	89,4	54,0	93,5	70,3	57,4	53,6	67,3	27,0	43,3	37,6
	F	10,7	40,8	60,0	9,8	78,7	21,1	2,5	1,0	2,9	6,5	1,5	4,6	61,5	92,9	92,7	53,1	93,7	71,1	46,9	55,2	57,9	29,3	28,9	31,8
	Total	13,4	49,1	55,6	9,7	73,1	20,6	4,2	1,3	3,4	6,9	1,6	4,6	64,4	94,2	91,5	53,4	93,7	70,9	50,6	54,7	61,3	28,5	34,0	33,9
Haho	H	11,5	69,9	64,2	14,7	83,5	22,6	7,9	2,9	4,7	0,4	1,8	8,2	49,5	94,6	87,5	64,5	91,0	60,6	44,4	26,5	53,0	7,9	17,2	24,7
	F	8,3	48,5	70,5	15,5	86,5	20,3	2,6	1,7	4,1	0,2	0,7	4,8	40,4	88,0	89,5	54,6	92,1	52,8	24,0	32,3	52,4	8,5	11,1	18,8
	Total	9,5	56,6	68,1	15,2	85,3	21,2	4,6	2,2	4,3	0,3	1,1	6,1	43,8	90,5	88,7	58,3	91,7	55,8	31,8	30,1	52,6	8,3	13,4	21,0
Kpendjal	H	17,0	55,1	60,7	8,1	68,0	28,3	2,0	4,5	1,6	0,8	1,6	7,7	66,0	91,9	81,4	41,7	87,0	72,9	57,1	44,1	43,7	13,0	25,9	29,1
	F	13,4	26,3	59,9	9,9	79,8	39,1	1,3	6,1	2,1	1,0	0,8	3,8	67,4	84,5	84,4	57,3	94,3	80,9	43,9	58,0	50,0	14,1	25,4	21,2
	Total	14,5	35,5	60,2	9,3	76,0	35,7	1,6	5,6	1,9	0,9	1,0	5,1	66,9	86,9	83,4	52,3	92,0	78,3	48,1	53,6	48,0	13,7	25,6	23,7
Blitta	H	9,1	70,4	42,8	2,5	66,4	17,9	1,9	0,3	1,3	2,8	0,9	11,0	70,4	95,6	84,0	41,2	90,9	71,4	50,3	30,2	43,1	28,9	31,4	28,6
	F	9,1	46,1	53,3	5,5	75,5	26,4	0,8	1,1	0,6	3,2	0,6	15,4	67,9	87,1	80,5	39,7	88,0	70,4	33,2	41,4	37,6	29,2	24,7	32,3
	Total	9,1	55,3	49,3	4,4	72,1	23,2	1,2	0,8	0,8	3,1	0,7	13,7	68,9	90,3	81,8	40,2	89,1	70,8	39,6	37,2	39,6	29,1	27,2	30,9
Wawa	H	34,8	70,4	50,6	8,3	55,3	11,1	4,0	0,4	2,4	4,7	1,6	3,6	55,7	90,5	70,8	17,4	73,5	30,8	12,6	5,1	22,9	4,0	3,2	18,2
	F	28,9	48,1	59,5	5,6	67,6	12,5	1,6	3,9	6,5	8,8	0,7	2,5	56,3	78,5	74,8	17,4	81,0	36,1	6,3	20,8	24,8	8,3	2,5	9,5
	Total	31,1	56,4	56,2	6,6	63,1	12,0	2,5	2,6	5,0	7,3	1,0	2,9	56,1	82,9	73,3	17,4	78,2	34,2	8,6	15,0	24,1	6,7	2,8	12,7
Tandjoare	H	16,4	65,5	48,5	8,2	51,5	32,2	1,8	3,5	2,9	0,6	1,2	6,4	67,8	97,1	83,6	48,5	88,9	76,0	57,9	43,9	56,7	12,9	31,0	36,3
	F	9,2	27,7	57,9	14,9	67,1	45,4	1,2	1,7		0,5		1,4	50,6	85,8	87,0	58,2	91,0	83,7	37,1	43,7	38,5	15,1	19,4	18,4
	Total	11,3	38,6	55,2	13,0	62,6	41,6	1,3	2,2	0,8	0,5	0,3	2,9	55,6	89,1	86,0	55,4	90,4	81,5	43,1	43,8	43,8	14,5	22,7	23,6
Ensemble		14,0	46,5	52,4	8,5	69,4	23,9	2,4	2,1	2,4	0,9	5,7	9,8	59,7	87,9	81,7	45,4	88,3	65,2	38,5	39,0	43,2	17,0	20,7	24,9

Tableau An.05 : Proportion des enquêtés connaissant l'existence des ASC et leurs activités

	Existence des ASC				Organisation de causerie éducative		Visite à domicile		Administration de pilule		Administration d'injectable		Administration d'autres produits		Consultation médicale			
	H		F		H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F		
	%	Eff	%	Eff	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	Eff	%	Eff
Tranche d'âge																		
15 - 24 ans	80,2	131	72,9	697	90,5	87,0	83,8	83,1	86,7	86,2	84,8	89,2	75,2	65,4	65,7	105	62,6	508
25 - 34 ans	76,9	442	79,5	961	90,6	89,5	83,8	83,2	83,8	83,0	84,4	87,3	65,0	65,7	59,7	340	59,8	764
35 - 44 ans	77,3	414	78,5	606	93,1	92,2	82,8	84,9	81,6	87,0	85,3	91,2	62,8	67,0	58,4	320	60,3	476
45 ans et +	74,8	373	75,5	155	92,8	93,2	83,2	84,6	81,0	82,9	80,3	82,1	62,4	62,4	56,6	279	59,0	117
Niveau d'instruction																		
Aucun	90,3	380	88,4	1204	94,2	90,5	73,2	80,9	74,9	81,0	77,0	86,6	61,5	65,2	51,0	343	57,7	1064
Primaire	77,2	457	67,6	815	90,4	89,1	86,7	87,1	83,3	90,7	85,0	90,7	60,6	65,3	59,2	353	63,7	551
Secondaire	66,7	492	62,8	393	92,1	87,9	90,2	87,9	89,6	88,3	88,7	91,5	71,3	69,2	66,8	328	66,0	247
Supérieur	64,5	31	42,9	7	80,0	100,0	85,0	100,0	90,0	100,0	90,0	100,0	80,0	33,3	70,0	20	100,0	3
Statut matrimonial																		
Mariée	77,2	1239	78,5	2185	92,4	89,7	83,9	83,7	83,1	84,9	84,1	89,2	64,5	66,0	59,2	956	60,5	1715
Célibataire	74,3	109	62,0	163	86,4	88,1	79,0	82,2	79,0	84,2	77,8	82,2	66,7	60,4	60,5	81	65,3	101
Divorcée/Séparée/Veuve	58,3	12	69,0	71	100,0	93,9	57,1	85,7	71,4	85,7	85,7	77,6	57,1	67,3	28,6	7	57,1	49
District																		
Vo	90,1	263	88,9	478	89,9	87,5	85,7	83,8	89,5	89,6	88,2	90,4	44,3	41,9	42,2	237	44,5	425
Kpendjal	93,5	247	93,1	524	92,6	91,2	65,8	73,8	64,1	70,7	75,3	84,0	68,0	72,3	51,9	231	58,2	488
Haho	96,1	279	97,2	458	91,4	87,9	88,1	87,4	89,9	88,1	84,7	86,7	69,8	63,1	61,6	268	56,0	445
Blitta	96,9	318	96,2	527	93,5	91,9	90,6	89,9	85,1	91,7	85,4	92,7	73,4	81,7	75,3	308	80,7	507
Ensemble	94,3	1107	93,9	1987	92,0	89,8	83,3	83,7	82,7	84,9	83,6	88,5	64,7	65,7	59,1	1044	60,6	1865

Tableau An.06 : Exactitude des données des ASC

	Nombre de nouvelles utilisatrices de méthodes contraceptives (au niveau communautaire)				Nombre d'anciennes utilisatrices de méthodes contraceptives (au niveau communautaire)				Nombre de personnes touchées par les activités de sensibilisation sur la planification familiale	
	Pilule		Injectable		Pilule		Injectable			
	Reg vs Rap	Rap Vs ONG	Reg vs Rap	Rap Vs ONG	Reg vs Rap	Rap Vs ONG	Reg vs Rap	Rap Vs ONG	Reg vs Rap	Rap Vs ONG
KPENDJAL										
juin-12										
janv-13	100,0	100,0	86,7	80,0	100,0	80,0	100,0	93,3	86,7	0,0
juin-13	100,0	57,1	100,0	100,0	107,1	100,0	100,0	100,0	92,9	0,0
déc-13	95,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	95,5	90,9	81,8	0,0
juin-14	100,0	96,2	92,3	92,3	96,2	88,5	100,0	96,2	73,1	3,8
VO										
juin-12										
janv-13	94,7	86,8	92,1	86,8	86,8	81,6	86,8	78,9	71,1	0,0
juin-13	86,8	86,8	97,4	86,8	78,9	84,2	94,7	89,5	71,1	0,0
déc-13	94,7	97,4	92,1	100,0	92,1	92,1	89,5	89,5	81,6	2,6
juin-14	92,3	94,9	89,7	89,7	79,5	89,7	79,5	87,2	76,9	0,0
BLITTA										
juin-12	66,7		44,4		77,8		44,4		33,3	
janv-13	92,9		85,7		92,9		85,7		71,4	
juin-13	96,0		92,0		96,0		88,0		76,0	
déc-13	96,0		92,0		92,0		80,0		80,0	
juin-14	88,9		88,9		88,9		77,8		66,7	
HAHO										
juin-12	92,0		84,0		84,0		84,0		40,0	
janv-13	100,0		92,0		88,0		88,0		48,0	
juin-13	96,3		88,9		81,5		77,8		44,4	
déc-13	100,0		89,3		78,6		82,1		50,0	
juin-14	96,6		93,1		89,7		86,2		48,3	
Ensemble										
juin-12	85,3	0,0	73,5	0,0	82,4	2,9	73,5	0,0	38,2	0,0
janv-13	96,7	52,2	90,2	48,9	90,2	46,7	89,1	47,8	67,4	0,0
juin-13	93,3	39,4	94,2	45,2	87,5	44,2	89,4	46,2	68,3	0,0
déc-13	96,5	52,2	92,9	53,1	90,3	50,4	86,7	47,8	73,5	0,9
juin-14	95,1	61,2	91,3	58,3	87,4	57,3	86,4	58,3	67,0	1,9

Historique de la Planification Familiale au Togo

Au Togo, la Planification Familiale (PF) a démarré en 1975 par la création de l'Association Togolaise pour le Bien Être Familial sur financement de la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF).

Elle avait pour mission essentielle de sensibiliser les autorités politiques, administratives et l'ensemble de la population aux problèmes d'espace des naissances.

En 1977, le gouvernement a mis en place le Programme National de Bien Être Familial au sein du service de l'Hygiène Maternelle et Infantile, aussitôt transformé en Division de la Mère et de l'Enfant. Ce qui a permis l'ouverture de la première clinique PF à Lomé en 1980.

L'appui de l'UNFPA en 1978 a permis d'assurer l'information et l'éducation en PF au Togo.

A partir de 1984, des cliniques PF ont été créées avec l'appui de l'UNFPA, de l'USAID et de l'IPPF à Lomé et à l'intérieur du pays.

L'année 1989 a été marquée par la mise en route du Projet «Renforcement du Programme SMI/PF» de l'UNFPA dans les régions Maritime et Kara.

Ainsi par décret Présidentiel N°152/PR du 02/10/1990, le gouvernement togolais a transformé la Division de la Mère et de l'Enfant en Division de la Santé Familiale.

Pour la réalisation des activités de PF, le Ministère de la Santé a adopté le document «Politique et Standards des Services de PF» en 1998. Ce document a été révisé en 2001 et est devenu "Politique et Normes en Santé de la Reproduction" qui à son tour a été revu en 2009 et est actuellement dénommé " Politique et Normes en SR/PF/IST".

Fondement de la Distribution à Base Communautaire

Au Togo, la prévalence contraceptive moderne reste faible (17%, EDST3 de 2013), malgré l'importance démontrée de la Planification Familiale (PF) dans la réduction de la mortalité maternelle (25%).

Cette mortalité maternelle reste élevée, à savoir: 400 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2013 selon EDST3 de 2013.

L'une des raisons de cette mortalité élevée est l'accès géographique limité de la population aux méthodes contraceptives.

Cette situation a amené le Togo à élaborer des stratégies novatrices à savoir:

- les stratégies mobiles et avancées;
- l'organisation de la Semaine Nationale pour la Promotion de la Santé de la Mère et de l'Enfant;
- les Journées Portes Ouvertes;
- la Distribution à Base Communautaire;
- le Soutien International en Planification Familiale des Organisations;
- la franchise sociale ; et
- l'implication des leaders religieux pour l'espace des naissances.

La Distribution à Base Communautaire (DBC) est une stratégie de rapprochement des services de PF dans les zones difficiles d'accès surtout dans les milieux ruraux à travers l'offre par les Agents de Santé Communautaire des produits contraceptifs (Préservatifs). La distribution couplée de préservatifs, de pilules et des injectables a démarré en 2011 dans deux

districts (Haho et Blitta) sur la base d'un accord de collaboration entre la Ministère de la santé et l'USAID/AWARE II.

La situation actuelle de la Distribution à Base Communautaire

La distribution à base communautaire des méthodes contraceptives (préservatifs, pilules et injectables) au Togo a commencé avec le projet Action for West Africa Region (AWARE II) qui est un projet-phare de trois ans (juillet 2009-septembre 2012) de l'USAID Afrique de l'Ouest visant à apporter une approche novatrice et globale en vue de renforcer les meilleures pratiques en matière de planification familiale, de santé maternelle, néonatale et infantile (MNCH), et aussi en matière de VIH et Sida dans 21 pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre.

Ce projet a été mis en œuvre dans deux districts sanitaires (Blitta et Haho) en collaboration avec des ONG locales. L'Association Togolaise pour le Bien-Etre Familial (ATBEF) était dans le district de Haho et l'ONG «Appui au Développement et à la Santé Communautaire» (ADESCO) dans celui de Blitta.

L'évaluation finale du projet en mai 2012 a montré une progression nette en matière de la planification familiale dans les deux districts du projet. En effet, la prévalence contraceptive est passée de 16,9% à 37,6% dans le Haho et de 22,9 % à 55,6% dans Blitta) entre 2011 et 2012.

Partant de l'expérience réussie de ce projet, L'UNFPA et l'OMS, à travers leurs programmes de coopération avec le Gouvernement du Togo, ont convenu avec le Ministère de la santé à travers sa Division de la Santé Familiale, pour la répliation dudit projet dans d'autres districts.

Pour ce faire, les Bureaux de l'UNFPA, de l'OMS et la DSF ont lancé un appel à propositions. Suite à la soumission des offres, les ONGs 3ASC, ADESCO et ATBEF ont été sélectionnées comme structures compétentes dans le domaine de la Santé Reproductive, et disposant d'expertise dans l'exécution des activités de PF à base communautaire, pour mettre en œuvre les activités de PF-communautaire, respectivement dans les districts de Kpendjal, Tchamba et Vo en 2012. Des accords de collaboration ont été donc conclus entre ces trois ONG et la DSF pour la mise en œuvre opérationnelle des activités. La poursuite de la répliation de cette expérience a permis à l'UNFPA et à ses partenaires d'être présents dans dix (10) districts comme l'indique le tableau suivant :

Tableau 3.01 : Répartition des districts de mise en œuvre de DBC

Régions	Maritime	Plateaux	Centrale	Savanes
Districts	<ul style="list-style-type: none"> • Yoto • Vo • Avé¹⁶ • Zio¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Haho • Ogou 	<ul style="list-style-type: none"> • Blitta • Tchamba 	<ul style="list-style-type: none"> • Kpendjal • Oti

L'autre constat qui est fait est cette stratégie ne couvre partiellement que 4 régions sanitaires sur les 6 du pays. Aucun district des régions Lomé – Commune et Kara ne bénéficie pas actuellement de cette stratégie.

¹⁶ La stratégie DBC n'était pas encore mise en œuvre dans ces deux districts au moment de l'évaluation.

Ce qui est largement insuffisant car tous les districts devraient offrir ces services de DBC au Togo. Egalement deux régions (Lomé Comme et Kara) ne sont pas couvertes par cette stratégie.

Les services de la DBC sont offerts dans ces 10 districts par trois associations (ATBEF, ADESCO, 3ASC) à travers 875 ASC formés pour intervenir dans 401 villages comme l'indique le tableau 1.02.

Tableau 3.02 : Répartition des districts de mise en œuvre de DBC par nombre d'USP, nombre de villages et nombre d'ASC

Districts	Nombre USP	Nombre villages	Nombre ASC		
			Femmes	Hommes	Total
Kpendjal	2	30	30	30	60
Oti	3	30	30	30	60
Blitta	17	69	88	94	182
Tchamba	8	26	29	31	60
Ogou	8	23	9	14	23
Haho	18	112	120	130	250
Yoto	12	25	27	33	60
Vo	5	29	41	19	60
Avé	8	32	32	28	60
Zio	7	25	28	32	60
Total	88	401	434	441	875

Coordination et leadership

La stratégie de mise en œuvre de la DBC est organisée avec l'implication de certaines institutions à savoir la DSF, les DRS, les DPS, les USP et les Partenaires Agences du Système des Nations Unies (UNFPA, OMS, USAID, IPPF) et des ONG/Associations (ATBEF, ADESCO, 3ASC).

L'organe de coordination est la DSF qui travaille en étroite collaboration avec les DRS et les DPS.

Les différents acteurs d'exécution sur le terrain sont l'équipe cadre du district et les associations qui disposent des agents de suivi et des animateurs.

Au niveau communautaire, les acteurs d'exécution des activités sont les ASC sous la supervision des responsables des USP.

Outre les acteurs précités, il faut signaler que les chefs traditionnels jouent un rôle de premier plan lors de la phase de mobilisation et de recrutement des ASC. C'est la population elle-même qui désigne ou choisit les ASC sur la base des critères précis respectant ceux définis dans la Politique nationale des Interventions à Base Communautaire (IBC) à savoir :

- Accepter le bénévolat;
- Etre âgé de 20 et plus;
- Jouir d'une bonne santé;
- Etre accepté par la collectivité;

- Avoir une activité génératrice de revenu;
- Etre apte à recevoir une formation;
- Parler la langue du milieu;
- Etre stable au village;
- Résider dans la collectivité après avoir été formé;
- Savoir lire et écrire.

L'ASC doit disposer aussi des qualités suivantes :

- Etre dynamique;
- Jouir d'une bonne santé;
- Etre discret; honnête et disponible;
- Avoir la facilité de s'exprimer.

S'agissant du choix des localités bénéficiaires, les DPS et l'équipe cadre du district sont les premiers responsables qui s'appuient sur des critères :

- Localité située à plus ou moins 5 km ;
- Avoir plus de 500 habitants ;
- 250 à 300 habitants par ASC.

Dans le processus de renforcement de compétences des ASC en matière d'offre de services de distribution de produits contraceptifs et leur installation, tous les Responsables des structures précitées participent activement pour coordonner les activités.

L'offre de services de PF par les ASC est sous la supervision des équipes des ONG et des districts. Quant aux animateurs, ils sont suivis dans leurs activités par un agent de suivi, tous recrutés par l'ONG.

Les niveaux régional et central coordonnent les activités du projet au niveau du district sanitaire par des suivis semestriels. Le niveau district fait un suivi trimestriel aux des USP et des ASC pour vérifier si le projet est mis en œuvre suivant les normes et protocoles en vigueur dans le pays et surtout le respect des contrats. Il faut noter que les responsables des USP supervisent mensuellement aussi les ASC sur le terrain.

Engagement des acteurs

La mise en œuvre de la DBC est un partenariat entre tous les acteurs qui s'engagent pour la réussite du projet de DBC. Il s'agit de :

➤ Communauté (Chefs de village, Responsables CVD/CDQ)

- Mobiliser la population ;
- Participer aux choix des ASC ;
- Assister aux réunions organisées dans la localité ;
- Motiver les ASC ;

➤ Agents de Santé Communautaire (ASC)

- Signer un contrat de performance;
- Collaborer avec l'équipe de l'USP de sa localité;

- Donner des informations justes sur la PF à la population;
- Offrir les services de PF aux clientes;
- Gérer les rumeurs en PF;
- Référer les client(e)s à l'USP;
- S'approvisionner en intrants;
- Gérer correctement les produits;
- Participer aux réunions mensuelles de l'USP de sa zone;
- Produire des rapports mensuels de ses activités au responsable de l'USP;

➤ **Responsables des USP**

- Apporter un appui aux communautés pour le choix des ASC;
- Participer à la formation;
- Superviser les ASC;
- Prendre en charge des cas référés par les ASC;
- Organiser des réunions mensuelles avec les ASC;
- Développer au cours des réunions mensuelles un thème autour de la PF en prenant en compte les difficultés de terrain des ASC;
- Vérifier et valider les rapports mensuels des ASC;

➤ **ONG/Association**

Les ONG/Associations ont pour mission de coordonner les activités des ASC et plus spécifiquement:

- recruter les animateurs et un agent de suivi qui vont résider dans la zone;
- appuyer la sélection des ASC;
- former les ASC;
- p concevoir des documents de formation; supervision et des outils de rapportage;
- s'assurer de la disponibilité des intrants chez les ASC;
- doter les ASC en intrants et consommables;
- assurer le réapprovisionnement des ASC;
- aider l'ASC à élaborer son plan d'activités;
- apporter l'appui technique aux ASC;
- assister les ASC pour la production des rapports d'activités;
- collecter; valider; compiler et transmettre les rapports des ASC;
- organiser les réunions mensuelles des ASC dans les USP;
- Organiser les rencontres trimestrielles au niveau communautaire et au niveau du district.

Ainsi pour la mise en œuvre de ces activités, plusieurs documents ont été mis à disposition des ASC. Il s'agit de :

- Guide du formateur ;

- Manuel du participant ;
- Boîte à image ;
- Check- list ;
- Planche de gestion des oublis ;
- Planche de description des étapes de l'injection.

Les outils de rapportage sont également fournis et comportent:

- Registre d'enregistrement des client(e)s PF ;
- Registre de rapports mensuels pour les ASC, animateurs et Agent de suivi ;
- Cahier de suivi des activités des ASC ;
- Cahier d'enregistrement des constats lors des visites de suivi de supervision ;
- Outils d'évaluation.

➤ **District**

- Apporter un appui aux ONG/Associations pour la mobilisation des communautés, la sélection des ASC ;
- Appuyer les ONG pour la formation et le renforcement de compétences des ASC ;
- Superviser les activités des ICP et des ASC ;
- Assurer la disponibilité des intrants au niveau de l'agent de suivi ;
- Participer aux rencontres trimestrielles.

Niveau central et ECR

- Assurer la coordination, le suivi des activités ;
- définir un circuit efficace d'approvisionnement en contraceptifs en accord avec les services compétents du Ministère de la santé pour minimiser les ruptures de stock.

➤ **Partenaires Techniques et Financiers**

Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) sont des institutions qui se sont engagées à:

- Appuyer financièrement les interventions planifiées à travers les protocoles d'accord;
- Apporter une expertise technique lors de la formation des ASC;
- Participer à l'installation des ASC avec signature de contrat de performance;
- Equiper les ASC et animateurs des kits et supports;
- Faire le suivi de la progression des activités à travers les réunions de coordination, les rapports et les visites de terrain;
- Participer aux évaluations du projet (à mi-parcours et à la fin).

Par ailleurs, les kits d'équipement des ASC sont composés de : un (1) vélo, un gilet, un (1) sac, des produits contraceptifs et les préservatifs, de l'alcool, du coton, une (1) boîte à image PF, un (1) phallus, une (1) caisse, un (1) plateau, deux (2) boîtes à tranchant, un (1) calendrier, deux (2) serviettes, un (1) cahier d'enregistrement des client(e)s, un (1) cahier de suivi des activités et un (1) cahier de gestion de stock.

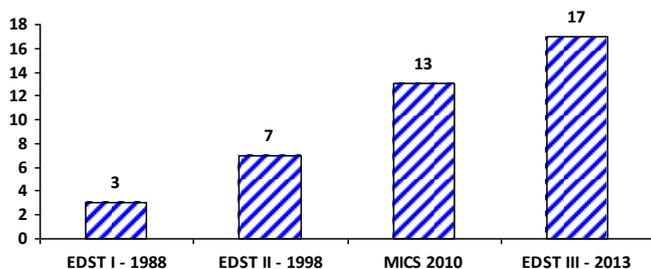
L'Etat reste le principal garant de la DBC et s'engage dans la définition des politiques et normes. Mais la mise en œuvre de la stratégie est dévolue aux organisations de la société civile.

Demande et utilisation

La planification familiale contribue à réduire les risques de morbidité et des mortalités maternelles et infantiles en permettant aux femmes de procréer au moment favorable et selon leur désir.

Selon plusieurs enquêtes, des progrès notables ont été accomplis au Togo en matière d'utilisation des méthodes contraceptives. La prévalence contraceptive est passée de 3% en 1988 à 7% en 1998, à 13,2% en 2010 pour atteindre 17% en 2013. Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes est plus élevé en milieu urbain (19 %) qu'en milieu rural (16 %).

Graphique An.01 : Prévalence contraceptive moderne (femmes en union), selon l'EDST-I 1988, EDST-II 1998, MICS 2010 et EDST-III 2013



L'indice synthétique de fécondité a connu une diminution progressive entre 1998 et 2013. Il est ainsi passé de 5,20 enfants par femme à 4,8. Cependant de grands écarts persistent entre le milieu urbain (3,7 enfants) et le milieu rural (5,7 enfants).

Quant à la demande, les besoins sont nombreux car 37,2% des besoins des clientes de 15 à 49 ans ne sont pas satisfaites dans notre pays selon MICS4, 2010. D'ailleurs, sur les 864 centres qui font les accouchements, seulement 664 offrent les services de PF soit 75% de couverture nationale en cliniques PF.

Circuit d'approvisionnement et de distribution des produits contraceptifs

Le circuit logistique d'approvisionnement et de distribution des produits contraceptifs est divisé en cinq niveaux avec la DSF, ATBEF et PSI au niveau central, les DRS au niveau régional, les DPS au niveau Préfectoral et les formations sanitaires aux niveaux opérationnels.

Schéma formel du Circuit de la logistique des contraceptifs au Togo



La distribution des contraceptifs se fait du niveau central vers le niveau opérationnel en passant par les niveaux régional et préfectoral comme indiqué sur le diagramme du circuit des contraceptifs.

Par contre, les données de gestion logistique remontent du niveau opérationnel au niveau central. Si le niveau périphérique a besoin des produits du niveau central, ce dernier a aussi besoin des informations du niveau communautaire pour le bon fonctionnement du système logistique et la planification.

Il faut signaler que ce circuit n'est pas toujours respecté si bien que certains acteurs du système viennent s'approvisionner directement au niveau des dépôts régionaux voire central.

Spécifiquement pour cette stratégie, il a été observé que l'ASC est approvisionné par l'animateur de l'ONG qui à son tour l'est par l'agent de suivi. L'agent de suivi est approvisionné par le district.



Sécurisation de l'approvisionnement des produits contraceptifs

La sécurisation des produits contraceptifs n'est assurée que lorsque chaque personne peut choisir, obtenir et utiliser ces produits de qualité en tout lieu et à tout moment. Les défis pour l'approvisionnement des produits contraceptifs consistent non seulement à accroître les fonds consacrés à ces produits mais aussi à améliorer le système qui permet à ces produits d'être mis à la disposition de la population.

Ainsi, il faut s'assurer que l'acheminement des produits depuis le fabricant jusqu'au client respecte les six bons qui sont: bonnes quantités, bons produits, bon endroit, bon moment, bonne condition et bon coût.

Le Togo a élaboré en 2008, un "Plan National de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction 2008-2012" qui a été revu en 2013 pour devenir "Plan Stratégique National de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction et de Programmation Holistique des Préservatifs au Togo 2014-2018".

Aussi, dans la perspective de repositionner la PF selon les recommandations du Partenariat de Ouagadougou de février 2011, un Plan d'Action pour le Repositionnement de la Planification Familiale au Togo 2013 - 2017 a été également élaboré et l'une des exigences pour améliorer la demande et renforcer l'offre des services de la PF est la sécurisation des produits contraceptifs.

Si la mise en œuvre de ces plans est assurée par tous les acteurs impliqués dans la PF, la sécurisation des produits de la SR prévue dans ces documents sera effective.

Ainsi les produits seront disponibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire depuis le niveau central jusqu'au niveau communautaire.