

QUALITÉ DE L'OFFRE DE DISTRIBUTION À BASE COMMUNAUTAIRE DES MÉTHODES DE PLANIFICATION FAMILIALE: CAS DU DISTRICT SANITAIRE DE BLITTA DANS LA REGION CENTRALE AU TOGO

BOUWEM Kéméalo
Doctorante
Université de Kara
Département de Sociologie
veridianeperla@gmail.com

TCHAGBELE Abasse
Maître-Assistant
Enseignant-chercheur
Université de Kara
Département de Sociologie
abasse.aboubakr@yahoo.com

Résumé

Partant de l'hypothèse que le rendement des agents de santé communautaire (ASC) est fonction de l'appui politique, technique et matériel adéquat dont ils bénéficient, le présent article se propose d'évaluer la qualité des services offerts par les ASC dans le district sanitaire de Blitta. Ainsi, les entretiens individuels et collectifs, conduits auprès de ceux-ci et du personnel médical dudit district, révèlent la récurrence des ruptures d'intrants de planning familial (PF) et l'absence des outils et supports de communication pour la mobilisation sociale. Ce qui limite la qualité des prestations des ASC pourtant jugés plutôt satisfaisantes par les clients malgré tout.

Mots clés: Qualité des Services, Distribution à Base Communautaire, Contraception, Agent de Santé Communautaire, Blitta

Abstract

Assuming that the performance of community health workers (CHWs) is dependent on adequate political, technical and material support, this article aims to assess the quality of services provided by CHWs in the Blitta Health District. Thus, the individual and collective interviews conducted with them and the medical staff of that district reveals the recurrence of breaks in family planning (FP) inputs and the lack of communication tools and supports for social mobilization. That situation limits the quality of the services of the CHWs judged rather satisfactory by the customers nevertheless.

Key words: Quality of Services, Community-based Distribution, Contraception, Community Health Officer, Blitta

Introduction

Face aux enjeux économiques, professionnels, sociaux et politiques auxquels sont confrontés les systèmes de santé en Afrique, l'amélioration de la qualité des services de santé offerte aux populations s'impose. Pour des raisons de limitation des ressources et de contrôle des dépenses, la quête de meilleurs services aux meilleurs coûts est indispensable (H. Slim, 1997, p. 19).

Fournir des soins de santé de qualité, accessibles à tous et répondant aux besoins et aux attentes de la population, doit être l'objectif primordial de tout système de santé. Nous en avons l'illustration à travers l'objectif 3 des Objectifs de Développement Durables (ODD), qui est de « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». Cet objectif met en exergue l'impérieuse nécessité pour les populations d'avoir accès à une santé de qualité et par ricochet d'améliorer leurs conditions de vie et de bien-être. L'atteinte de cet objectif devient ainsi un véritable défi pour les pays en développement social, du fait des besoins croissants en santé et plus particulièrement en santé de la reproduction.

L'accès aux soins de qualité est un problème qui se pose avec acuité en Afrique. Les systèmes de santé sont en manque de ressources humaines qualifiées, d'infrastructures sanitaires et d'organisations adéquates. Une étude réalisée sur l'impact et la reproductibilité d'Enfants en santé Ouganda, révèle que « en Afrique subsaharienne, notamment en raison de la pénurie de travailleurs de la santé dûment formés dans les zones rurales, des enfants succombent toujours à la diarrhée, à des infections respiratoires aiguës et au paludisme, et ce, malgré l'existence de traitements abordables et efficaces » (IRSM, 2014, p. 12).

Les besoins non satisfaits en planification familiale (PF) est une situation qui se fait sentir surtout en milieu rural où les méthodes de contraception modernes sont rares, peu accessibles et où le personnel formé à fournir ces services est peu nombreux et parfois insuffisamment outillé. De nombreux facteurs peuvent être à l'origine du fossé qui existe entre l'accessibilité aux services et leur utilisation. En plus des nombreux obstacles logistiques, sociaux et comportementaux qui limitent la satisfaction des besoins en matière de contraception, il peut aussi y avoir des obstacles liés à la qualité des prestataires, de la structure et de l'organisation des prestations de santé.

La situation du Togo en matière de Santé de la Reproduction (SR) est à l'image de celle de l'Afrique Sub-Saharienne. En effet à Madagascar, pour ne citer que cet exemple, « l'accès à des services de soins de qualité reste un défi majeur à Madagascar, où plus de 80% de la population vit dans des zones rurales difficiles à rallier. Plus de 54% de la population rurale habite à plus de 5km (soit une heure de marche) du centre de santé primaire le plus proche » (USAID et Santé Net2, 2013, p.1).

La population, faut-il le souligner, doit avoir le droit de disposer de connaissances et d'informations sur les comportements pratiques au même titre que les populations ayant un accès géographique facile. Et paradoxalement, ce sont des zones où les taux de grossesses précoces et non désirées sont élevés en raison du faible usage des méthodes contraceptives modernes.

Revenant au Togo, il faut noter pour faire face à ces difficultés d'accès et contribuer à augmenter le niveau d'utilisation de la PF, le gouvernement s'est engagé à prioriser un certain nombre de stratégies parmi lesquelles la mise en œuvre de la politique de délégation des tâches en vue de permettre au personnel des services de planification familiale de niveau inférieur et au personnel non clinique, notamment les Agents de Santé Communautaire (ASC), d'offrir le premier cycle de la pilule et d'administrer des contraceptifs injectables (USAID Policy, 2014, p.8). Cette politique de délégation des tâches est connue sous le nom de distribution à base communautaire des méthodes contraceptives (DBC/PF).

Ainsi, le projet pilote de distribution à base communautaire des méthodes de PF y compris la prescription initiale a été mis en œuvre depuis 2011 dans deux districts sanitaires (Haho et Blitta) en collaboration avec des ONG locales. Le projet visait 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. Il a renforcé le continuum allant de la communauté aux

infrastructures de santé avec un paquet d'interventions intégrées en matière de planification familiale, de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

L'objectif principal de la présente étude est d'évaluer la qualité des services depuis la mise en œuvre du projet par l'ONG/ADESCO dans le district de Blitta, en vue de contribuer à une utilisation appropriée, efficace et continue des méthodes contraceptives.

Dans sa structure, le document comprend trois grandes parties: La première partie intitulée «Matériels et méthodes», la deuxième partie est consacrée à la présentation des résultats et enfin la troisième partie porte sur les discussions.

1. Matériels et méthodes

La démarche méthodologique utilisée a consisté en l'utilisation conjointe des analyses quantitative et qualitative. L'étude s'est déroulée dans le district sanitaire de Blitta, spécifiquement dans quatre (4) des dix-neuf (19) Unités de Sois Périphériques (USP), soit 21%, et dans dix (10) des soixante-dix (70) villages mettant en œuvre le projet de DBC/PF, soit 14% des villages retenus. Ces choix ont été effectués par tirage au sort étant donné que les districts et les villages reçoivent les mêmes programmes dans la préfecture de Blitta. Il faut préciser pour ce qui concerne particulièrement les villages que leur choix a également obéi à d'autres caractéristiques notamment la distance du village par rapport à une structure sanitaire qui était de 5 Km ou plus et son accessibilité ou non.

Pour tenir compte du genre, nous avons enquêté 14 ASC hommes et 11 femmes. Leur choix a été fait sur la base de la méthode d'échantillonnage raisonné et plus précisément la méthode des quotas pour les ASC.

Pour ce qui est des leaders communautaires, au nombre de 30, soit 3 par village, il a été employé une méthode par commodité pour les leaders communautaires et les superviseurs des différents niveaux. L'échantillonnage de commodité est une technique d'échantillonnage non probabiliste où les sujets sont choisis en raison de leur accessibilité et de la proximité du chercheur. Il s'agit ici des superviseurs au niveau opérationnel qui suivent régulièrement les ASC dans leurs activités quotidiennes en PF et qui renforcent leurs compétences à travers leurs suivis/supervisions techniques facilitantes pour assurer la qualité de l'offre de services.

S'agissant des opérations de terrain, la méthode de collecte adoptée a consisté à prospecter, dans un premier temps, les documents existant sur le thème de recherche (informations sur Internet, rapports d'activités et d'évaluation du projet, articles, mémoires, etc.). Ce qui a permis d'appréhender les différents aspects à aborder. Ensuite, nous avons utilisé l'observation non participante et les entretiens semi directifs parce qu'ils permettent d'étudier les individus, les interactions sociales et les phénomènes dans leur contexte naturel. A cet effet, ils nous ont permis de comprendre et d'apprécier le rôle des acteurs impliqués et de certains aspects comme la disponibilité et l'utilisation des ressources, la compétence, la motivation, la relation avec les patients du personnel de santé et l'organisation des services, la connaissance et la satisfaction des bénéficiaires sur la PF.

Des entretiens avec les informateurs clés ont été organisés auprès d'un certain nombre d'acteurs, notamment les ASC, les superviseurs, les leaders communautaires.

Le traitement informatique a été réalisé à l'aide de CsPro. Une fois toutes les erreurs corrigées, l'analyse des données a été faite sous SPSS suivie de l'analyse de contenu. Elle a consisté à codifier tous les entretiens et classer les informations identiques en fonction des composantes. Une relecture des informations nous a permis d'éviter les fausses interprétations et comprendre le sens exact et précis des choses. Aussi cette relecture nous a-t-elle permis de prendre en considération les informations en lien avec le thème.

2. Résultats de l'étude

Notre recherche a pour objectif principal d'évaluer la qualité des services depuis la mise en œuvre du projet par l'ONG/ADESCO dans le district de Blitta, en vue de contribuer à une utilisation appropriée, efficace et continue des méthodes contraceptives. Elle a été réalisée à travers une enquête menée auprès des différentes cibles qui proviennent des parties prenantes du projet et sont représentatifs pour procéder à une analyse des résultats.

2.1. Qualité de l'offre de services de la distribution à base communautaire /planning familial (DBC/PF) offerte par les ASC

Les résultats de l'étude au niveau de l'offre de services en PF portent sur les ressources humaines et matérielles/équipements, la disponibilité des méthodes contraceptive et la collaboration entre les acteurs à travers les suivis/supervisions des ASC.

Tableau 1: Disponibilité des ressources humaines

Disponibilité des ressources humaines	Effectif	%
Suffisante	24	96
Non suffisante	1	4
Total	25	100

Source : Données de l'enquête de terrain, août 2019

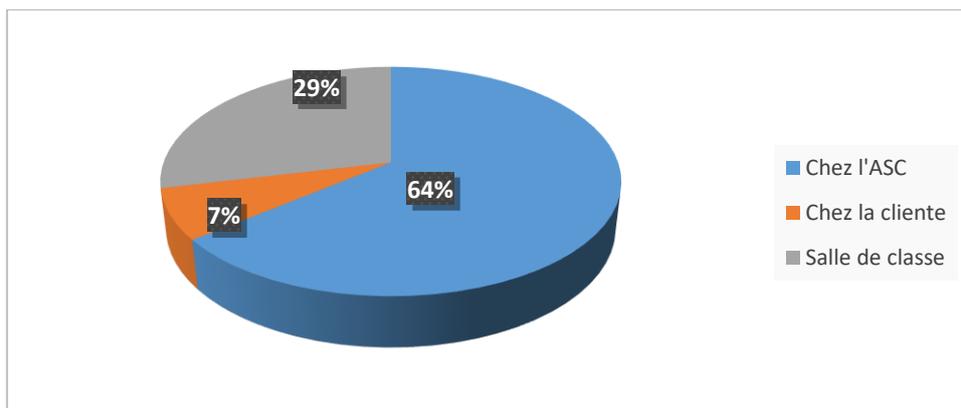
L'appréciation de la qualité à travers les ressources humaines des services de DBC /PF se fait par rapport à la disponibilité en quantité et en qualité des ASC dans les zones d'intervention. Selon les résultats de ce tableau, 96% d'ASC affirment que le nombre d'ASC affecté à la DBC est suffisant d'autant plus que dans chaque village, au moins deux ASC dont un homme et une femme sont présents. Ils se sont aussi prononcés sur le quota ASC par habitant le même taux s'est estimé satisfait. Les 4% d'ASC non satisfaits ont évoqué la charge du travail et pensent que la sélection et la formation de nouveaux ASC pourrait aider encore plus la DBC pour aller dans les localités encore plus reculées.

2.2. Qualité des prestations de services lie à la disponibilité d'un local pour l'offre de services, du matériel de travail des outils de rapportage et des intrants PF

2.2.1. Disponibilité d'un local pour l'offre de services en PF

L'observation et les interviews montrent que 100% d'ASC enquêtés ne disposaient pas d'un local dédié à l'offre de services PF. Les clientes sollicitant les services PF sont pris en charge chez elles au cours des visites à domicile selon 64% d'ASC, à domicile selon 29% d'ASC d'enquêtés et aussi dans les salles de classe pendant les vacances (7%). Ils estiment que le manque d'un local dédié à l'activité compromet la confidentialité et l'intimité des clientes. Ce résultat est consigné dans la figure ci-après.

Figure 1: Disponibilité d'un local pour l'offre de services en PF

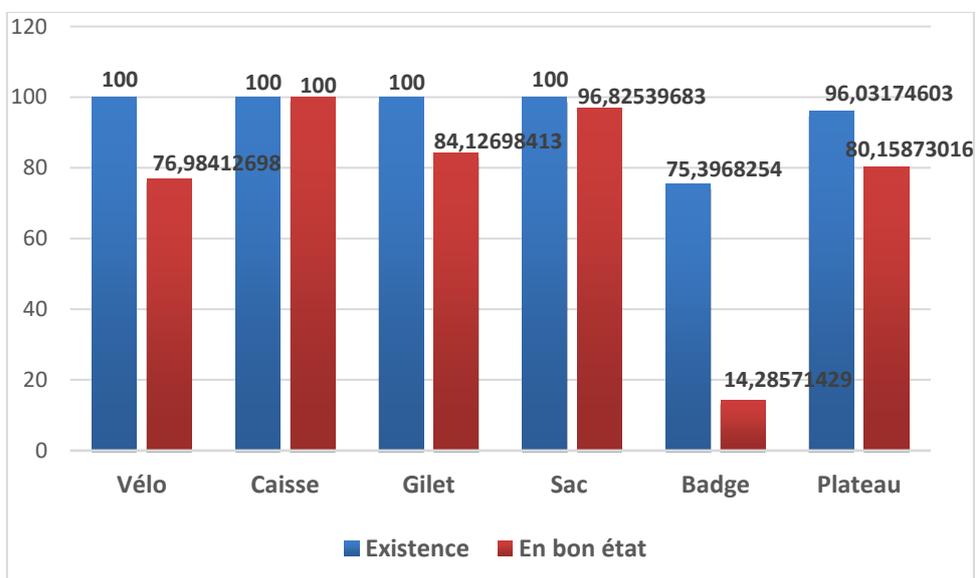


Source : Données de l'enquête de terrain, août 2019

2.2.2. Disponibilité du matériel de travail/équipements

Les informations relatives à la disponibilité et l'état des matériels ont été collectées auprès des 25 ASC. Les données consignées indiquent que les matériels comme le vélo, la caisse, le gilet, le sac et le plateau pour disposer les intrants sont disponibles dans de fortes proportions (au moins 96%). Seul le badge est descendu à 75,40% parce qu'il n'a pas été retrouvé auprès de six (6) ASC. En ce qui concerne l'état de ce matériel, il est observé qu'en dehors des vélos et des badges, les autres matériels connaissent toujours un bon état dans au moins 84,13% des cas. En effet 76,98% des vélos et seulement 14,29% des badges sont en bon état.

Figure 2: Pourcentage des ASC par rapport à la disponibilité du matériel de travail



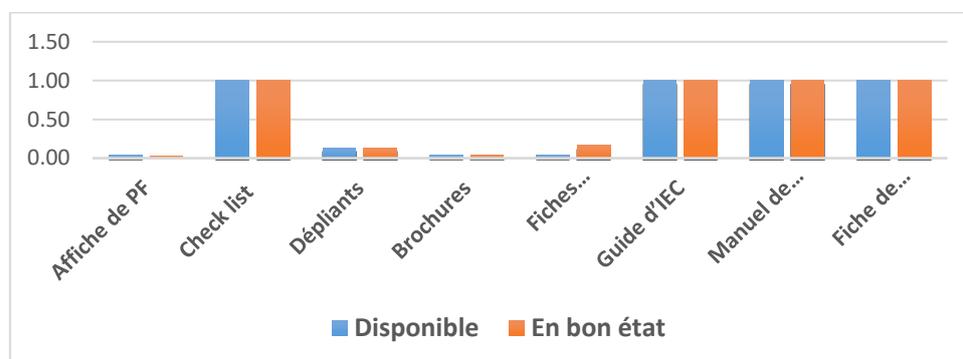
Source : Données de l'enquête de terrain, août 2019

2.2.3. Disponibilité du matériel d'Information, d'Education et de Communication (IEC)

La vérification du matériel pour les activités IEC montre les supports d'IEC sont presque épuisés auprès des ASC pour appuyer les sensibilisations. Sur les 25 ASC, le pourcentage est faible pour l'existence des affiches et des fiches d'informations occupent une proportion de 3,97%, des dépliants qui sont à 13,49%. Ce matériel retrouvé auprès des ASC n'est pas toujours en bon état. Les rares affiches retrouvées étaient décolorées et déchirées par endroit. Il faut cependant noter que les guides d'IEC, les manuels de

formation en PF et les fiches de counseling ont été retrouvés en bon état auprès de tous les ASC enquêtés. Ce sont ces résultats qui se retrouvent dans le graphique suivant:

Figure 3: Pourcentage des ASC par rapport à la disponibilité du matériel IEC et de son état



Source : Données de l'enquête de terrain, août 2019

2.3. Qualité des prestations liées à la disponibilité des produits

Tableau 2 : Situation du stock des produits durant les six ayant précédé l'enquête et pendant l'enquête

Intrants PF	Rupture de stock les 6 derniers mois		Rupture de stock au moment de l'enquête	
	Effectif	%	Effectif	%
Pilule	2	8	3	12
Injectable	23	92	15	60
Préservatifs	24	96	20	80
Alcool	25	100	12	48
Coton	25	100	7	28

Source : Données de l'enquête de terrain, août 2019

L'étude s'était intéressée à la disponibilité des produits étant donné leur importance dans l'évaluation des prestations des ASC. Ainsi, les données sur le tableau ci-dessus rendent véritablement compte de la rupture récurrente des produits présentée dans le tableau en termes de la proportion d'ASC qui connaissent le phénomène de rupture au niveau de chaque produit. Il faut noter que la rupture était très forte les six derniers mois ayant précédé l'enquête. C'est ce qu'affirment 100% d'ASC rencontrés pour l'alcool et le coton, 96% pour les préservatifs et 92% pour l'injectable. La rupture de ces mêmes produits reste relativement forte au moment de l'enquête, avec cette fois-ci 28% pour le coton, 48% pour l'alcool, 80% (plus élevé) pour les préservatifs et 60% pour l'injectable.

2.4. Qualité des prestations de services liée aux suivis et supervisions des ASC

L'offre des services en PF continue jusqu'alors dans les communautés, c'est qu'un travail de suivi et superviseur se fait en amont par le niveau supérieur constitué par l'ONG/ADESCO et les services déconcentrés du ministère de la santé. Les pourcentages obtenus ici dans ce tableau 10 nous montrent clairement que les ASC reconnaissent avoir été suivis régulièrement par l'ONG qui organise et participe mensuellement 0 des réunions de de collecte, d'analyse et de validation des données des ASC. Au vu des résultats présentés ici, il a été constaté que même la communauté elle-même est intéressée par les

activités des ASC et à plus de 80%, des réunions trimestrielles se tiennent dans les villages pour faire le bilan périodique de l'offre de services. Seul le niveau central n'a pas pu effectuer ses missions de supervision.

Tableau 3: Suivi et supervisions des ASC

Activités	Effectif	%
Suivi des activités des ASC par l'ONG		
Suivi des ASC par les animateurs de zone	119	94,44
Suivi des ASC par les animateurs de zone	111	88,10
Collecte, analyse et validation des données mensuelles des ASC	119	94,44
RFS/ECD/ECR/Niveau central		
Supervision technique facilitante des ASC par les RFS	109	86,51
Participation des ASC aux réunions mensuelles dans les USP	119	94,44
Supervision technique facilitante des RFS par l'ECD	72	57,14
Supervision technique facilitante des RFS par l'ECR	19	15,08
Supervision technique facilitante des RFS par le niveau central	5	3,97
Communautés		
Réunions trimestrielles communautaires	102	80,95

Source : Données de l'enquête de terrain, août 2019

2.5. Qualité des prestations de services liées à la maîtrise de l'offre de services par les ASC

Les 25 ASC ont été suivis dans l'offre de services à savoir le counseling, l'administration de l'injectable, la prescription de la pilule, le port du préservatif et les informations sur les effets secondaires et les IST/VIH.

Le tableau 11 montre qu'au moins 90 % des ASC maîtrisent l'offre des services aux clients mais 88% se rappellent pour donner des informations sur les IST/VIH. Si ce taux est élevé, il ne faut quand même pas perdre de vue le fait que cela doit rentrer dans les habitudes quotidiennes d'offre de services pour aider les femmes à faire un choix éclairé.

Tableau 4: Pourcentage des ASC ayant maîtrisé l'offre de services

Rubriques	Effectif	%
Counseling		
Communique de manière efficace et maintient une relation.	24	96
Evalue les besoins et les inquiétudes du client.	23	92
Aide à appliquer la décision de la cliente.	24	96
Administration de l'injectable		
Accueille le client	25	100
Ecoute le client	25	100
Renseigne le client	24	96
Aide le client à choisir une méthode	24	96
Explique la méthode choisie	24	96
Administre correctement l'injectable	25	100

Donne des conseils sur l'espace des grossesses	24	96
Donne des conseils sur le VIH/Sida	22	88
Prescription de la pilule		
Accueille le client	25	100
Ecoute le client	25	100
Renseigne le client	25	100
Aide le client à choisir une méthode	25	100
Explique l'utilisation de la pilule	23	92
Donne des conseils sur l'espace des grossesses	22	88

Source : Données de l'enquête de terrain, août 2019

3. Discussion

Comblant l'insuffisance du personnel médical reste la principale raison de l'initiative visant la mise en place de ce qu'on pourrait appeler « l'agence » de santé communautaire. Cette initiative se traduit par la formation des ASC pour suppléer les professionnels de santé dans les communautés telles que Bago. Mais, les résultats de la présente étude, montrent que même si tous les ASC enquêtés ont reçu une formation formelle, nombreux sont ceux qui ne disposent pas encore suffisamment de compétences pour offrir des services de qualité en PF même sans recyclage. En effet, la formation continue des ASC est un aspect important pour fournir l'offre des services de qualité, reconnue également avec la formation initiale, comme étant essentielles à la réussite des programmes (F. Shakir, 2010, p.28).

Malgré ces insuffisances, il faut reconnaître en les ASC, les efforts et surtout l'abnégation qui suscitent fort heureusement de la satisfaction des clients, relative à l'offre des services qu'ils apportent, notamment l'accueil et les informations reçues sur les effets secondaires. Mêmes constats dressés dans une étude similaire réalisée à Madagascar, qui a relevé un satisfecit de la part des acteurs communautaires, sur les prestations des ASC et ce malgré les difficultés auxquelles ils sont confrontés. En voici l'illustration : « Au niveau des services des agents communautaires, la satisfaction communautaire sur la qualité de prise en charge a augmenté relativement de 24% contre 39% pour les médicaments et 76% pour l'environnement de travail » (USAID et Santé net 2, 2013, p. 44).

En outre, disposer d'un local pour les ASC, est capital pour assurer la confidentialité des données. Ceux-ci doivent disposer d'un lieu approprié pour l'offre des méthodes; mais dans la pratique, il n'en est rien. Du coup, les ASC sont contraints d'offrir les services à domicile, à ciel ouvert. Ce qui n'est pas de bonne augure pour la garantie de la confidentialité de l'offre des méthodes surtout pour l'administration de l'injectable. Il faut également noter les ruptures récurrentes des stocks qui entravent la continuité et le choix des méthodes contraceptives. En effet durant les 6 derniers mois, les ASC ont connu des ruptures de stocks pour toutes les méthodes et spécifiquement pour l'injectable et les préservatifs. Les consommables comme l'alcool et le coton étaient épuisés. Il faut noter que l'approvisionnement en intrants PF est l'une des conditions pour la qualité de services. Les fréquentes ruptures ne permettent pas non seulement la régularité dans l'utilisation des méthodes mais aussi un choix libre et éclairé pour la méthode que la cliente préfère.

Certaines femmes interrogées ont affirmé être par moment découragées par l'utilisation des méthodes à cause des fréquentes ruptures et vont finir par arrêter de solliciter l'offre de services auprès des ASC ; ce qui serait un grand obstacle pour l'espace des naissances.

Par ailleurs, il est important de noter que d'autres pays tels que le Burkina Faso et le Malawi vivent les mêmes contraintes. En effet, dans une étude réalisée par T. Gandaho et al (2014, p. 18) au Burkina, il a

été noté une rupture des stocks gérés par les ASC au point où cet auteur affirme que la non disponibilité des contraceptives et les ruptures de stock constituent une barrière sérieuse à l'utilisation des services des ASC et l'accès des populations à la contraception de leur choix. Au Malawi, K. Gilroy et al, (2012, p. 22), eux, reconnaissent que, les fournitures insuffisantes ou inadaptées des intrants ont un impact sur la qualité des services que fournissent les ASC.

Par ailleurs, le rapprochement des services à la population, la disponibilité des ASC, la gratuité de l'offre des services et la levée des barrières socioculturelles à travers les causeries éducatives des ASC sont autant d'éléments qui favorisent l'accessibilité des femmes à des services de PF dans le district de Blitta. Ce sont des atouts ou forces à capitaliser au sein des communautés pour une forte participation aux programmes de santé dans les communautés. Ceci est d'autant plus évident, que toujours au Burkina Faso, M. De Allegri et al (2012, p. 39) renseignent que les grandes distances qui séparent les communautés des établissements de santé constituent l'une des barrières principales pour accéder aux soins, tant pour les femmes qui souhaitent utiliser le service de soins prénataux, que pour celles qui souhaitent accoucher dans une structure sanitaire. Le statut socioculturel et économique qui limitait le recours à l'utilisation des contraceptives dans certaines zones connaît aujourd'hui une évolution significative à travers les causeries/discussions de groupes des ASC et l'implication des leaders d'opinions dans les communautés.

De même, la maîtrise de l'offre de services par les ASC est évaluée sur le volet counseling et l'administration des injectables ainsi que la prescription de la pilule. Les résultats de la présente étude notent que les ASC observés ont exécuté de façon efficace les étapes de counseling. En effet, l'utilisation correcte du check-list leur a permis d'être raisonnablement sûrs que la cliente n'est pas enceinte et n'a pas de contre-indication médicale avant de solliciter le service de PF. Tous ont respecté toutes les étapes et ont administré efficacement les injections de dépo-provera aux clientes. De plus, celles qui ont opté pour la pilule ont reçu toutes les informations sur la prise du médicament et la gestion des cas d'oubli. Aussi, toutes les femmes sorties de la consultation des ASC ont affirmé avoir eu des informations sur les avantages, les effets secondaires, les dates de rendez-vous et ont eu de bonnes interactions avec les ASC. Néanmoins, certaines déclarent ne pas avoir des informations sur le moment où il faut revenir vers l'ASC en cas d'effets indésirables des méthodes et sur la protection ou la non protection contre les IST/Sida. Ce qui a été également observé à Madagascar par A. Brunie et al (2011, p. 20), selon lesquels, la distribution à base communautaire de planification familiale permet d'atteindre les populations mal desservies dans les pays en développement et que les agents sont capables d'offrir des services de haute qualité. Ces résultats stipulent que les entretiens avec les clientes ont confirmé que les agents étaient capables de pratiquer une technique d'injection de qualité et de fournir un counseling adéquat. La très grande majorité des femmes estiment avoir eu des interactions favorables avec les ASBC.

Conclusion

L'évaluation de la qualité de l'offre de services de distribution à base communautaire des méthodes contraceptives au Togo nous a permis de constater que cette pratique se révèle très pertinente pour l'ensemble des acteurs de sa mise en œuvre. En effet, les résultats de l'analyse montrent, selon les informateurs clés que la DBC/PF au Togo a contribué à améliorer la demande croissante des besoins non satisfaits en contraceptifs et la continuité de l'utilisation des services. Elle a aussi pallié le problème d'accessibilités géographiques et socioéconomiques des bénéficiaires. De plus, elle relève que les ASC maîtrisent les étapes de counseling et l'administration des injections; ce qui n'était pas évident par le passé. Enfin, nous avons noté que les ASC sont toujours motivés en raison de l'efficacité notée de leurs prestations sur le terrain. Cette motivation est illustrative de l'appropriation de la DBC/PF et l'enthousiasme des ASC à offrir les services de PF de qualité dans leurs communautés.

Malgré ces acquis, il subsiste toutefois un certain nombre de défis et de difficultés en termes de la qualité de l'offre de la DBC au Togo, aussi bien dans la disponibilité des intrants contraceptives, qu'en matériels/

équipements. Outre ces questions de ruptures d'intrants soulevées, nous avons noté qu'à ces périodes d'arrêt du projet, les RFS ne font plus des supervisions à cause du manque de moyens financiers et matériels. Il en est de même pour les formations/recyclages des ASC qui ne se font pas tous les deux (2) ans comme le disent clairement les documents de mise en œuvre. Ces facteurs sont susceptibles d'entraver la qualité et le bon fonctionnement de l'offre de distribution à base communautaire des méthodes contraceptives.

Bibliographie

BRUNIE Andréa et al, 2011, *La distribution à base communautaire de contraceptifs injectables dans le contexte africain: Essai en communauté à Madagascar*, NC, USA, Family Health International Research Triangle Park.

DE ALLEGRI Manuela et al, 2012, *Determinants of utilisation of maternal care services after the reduction of user fees: A case study from rural Burkina Faso*, Health Policy, In Press, Corrected Proof.

GANDAHO Timothée, 2014, *Repositionnement de la Planification Familiale au Burkina Faso: La Politique de Tarification des Contraceptifs*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.

GILROY Kate et al, 2012, *CCM-Malawi Quality of Care Working Group: Quality of sick child care delivered by Health Surveillance Assistants in Malawi*, Health Policy and Planning, 1-13.

IRSM, 2014, *Initiative sur les systèmes de santé en Afrique Composante recherche : Résultats de programme*.

OMS, 2009, *Statistiques sur le personnel de santé : Suivre la répartition géographique des personnels de santé rurales et mal desservies*.

SHAKIR Fazila, 2010, *Community Health Worker Programs: A Review of Recent Literature*, USAID Health Care Improvement Project. Bethesda, MD: URC.

SLIM Hugo, 1997, *Doing the right thing relief agencies, moral dilemmas and responsibility in political emergencies and war*, Center for Development and Emergency Practice (CENDEP) Oxford Brookes University.

USAID ET SANTE NET 2, 2013, *Amélioration de la santé à travers l'approche de qualité sociale dans 800 communes au Madagascar*.

USAID, POLICY, 2014, *Repositionnement de La Planification Familiale Au Togo: La Délégation Des Tâches*.