

SÉRIE SWEDD : BRIEF OPÉRATIONNEL

LA DISTRIBUTION À BASE COMMUNAUTAIRE (DBC) AU DERNIER KM

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



Ce Brief Opérationnel fait partie d'une série qui documente d'une manière rétrospective le processus de mise en œuvre des interventions du projet Autonomisation des Femmes et Dividende Démographique au Sahel (SWEDD). Il décrit les bonnes pratiques, les défis et les leçons apprises dans la mise en œuvre de la DBC. Il résume la revue documentaire et les conversations avec des personnes clés de la Côte d'Ivoire, du Mali, et du Niger menées entre décembre 2022 et janvier 2023. Les expériences de mise en œuvre décrites dans ce Brief et le Guide du même nom servent à informer la mise en œuvre de la DBC du SWEDD+ ainsi que d'autres projets de la DBC dans les pays du Sud notamment en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Les phases de la mise en œuvre de la DBC

Phase 1 : L'estimation des besoins en produits SRMNIN.

- Quantification des produits SRMNIN nécessaires pour les activités et autorisation de leur distribution.
- Coordination des activités pour l'estimation des besoins par une structure qui en assure le leadership.

Phase 2 : La communication et la sensibilisation des bénéficiaires.

- Implication d'acteurs clés tels que les leaders religieux, les chefs traditionnels et les jeunes dans la communication et la sensibilisation autour de DBC.
- Utilisation d'une stratégie axée sur les jeunes qui consiste à faire porter le message par les jeunes à d'autres jeunes, et qui inclut les agents de santé communautaire (ASC) pour conduire la communication de proximité au niveau communautaire.

Phase 3 : Le recrutement, la formation et la rémunération des agents de DBC.

- Recrutement par la communauté, les chefs de village et/ou les leaders religieux sur la base de critères spécifiques mais qui varie par pays.
- Formation de base des agents avec des formations complémentaires comme besoin.
- Choix du type et du montant de rémunération qui varie par pays.

Phase 4 : Le déploiement des produits SRMNIN et la planification familiale.

- Déploiement à travers un circuit de distribution ou à travers le schéma directeur d'approvisionnement et distribution en médicaments essentiels, selon le pays.
- Une phase pilote (Côte d'Ivoire) pour évaluer et retenir la modèle la plus pertinente pour le contexte du pays.

Phase 5 : La gestion des données, la supervision et le suivi de DBC.

- Formation des agents de DBC (ADBC) sur la collecte de données
- Supervision régulière des ADBC, le moyen de supervision variant selon le pays.



La coordination des activités d'estimation des besoins participe à garantir la disponibilité à temps des produits SRMNIN.

Acteur national, Mali

Des évidences des modèles de réussite de la DBC :

- «L'intérêt des services communautaires dans l'amélioration du recours à la contraception notamment lorsque les agents de DBC peuvent offrir à leurs clients une large gamme de méthodes, soit directement, soit en les orientant vers d'autres services.» (Best, 1999, pour des modèles en Turquie, au Mali, et au Bangladesh)
- Au Madagascar, «(u)ne évaluation ultérieure a révélé que 1.662 clientes avaient accepté le DMPA proposé par un agent de santé communautaire durant les sept premiers mois de prestation. Quarante et un pour cent d'entre elles adoptaient ainsi la planification familiale pour la première fois ou reprenaient leur pratique contraceptive. Presque toutes avaient l'intention de continuer à obtenir le DMPA d'un agent de santé communautaire et la plupart ont affirmé qu'elles recommanderaient le service à une amie» (Hoke et al, 2012).

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



La DBC, dans le cadre du projet SWEDD, est une intervention qui vise à améliorer l'offre des services et de produits de Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile et Nutritionnelle (SRMNIN) aux populations en les rapprochant par différentes stratégies des communautés. La mise en œuvre dans les différents pays s'est intégrée aux stratégies nationales de santé communautaire et a suivi cinq phases.

Des difficultés identifiées:

- ▶ Mauvaise estimation des besoins qui peut entraîner des ruptures de stocks de DBC ;
- ▶ Faible implication des hommes (maris) comme bénéficiaires, qui peut limiter l'adhésion des femmes aux méthodes contraceptives ;
- ▶ Rémunération basée sur la cession des produits aux bénéficiaires qui n'offre pas aux agents de DBC un revenu stable et durable ;
- ▶ Difficultés de mobilité liées à l'inadéquation des moyens roulants notamment en saison pluvieuse.

RÉSUMÉ DES LEÇONS CLÉS

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

Sources : Best, Kim. 1999. La distribution à base communautaire comble les lacunes. Family Health International (FHI); Hoke, Theresa, et al. 2012. Distribution communautaire de contraceptifs injectables: stratégies d'introduction dans quatre pays d'Afrique subsaharienne. Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique 38(4) : 36-42.

Ce Brief est basé sur un Guide qui rédige en détail le processus. Il fait partie d'une série de quatre Briefs et Guides visant à documenter les expériences mises en œuvre dans le cadre des interventions du SWEDD afin d'améliorer l'offre de service de santé de reproduction. Il s'agit des interventions en matière de Distribution à Base Communautaire (DBC) pour rapprocher les services et produits des communautés, les expériences en matière de renforcement de capacités du personnel soignant notamment les sages-femmes (mise en place des centres d'excellence, le mentorat) et le déploiement de ces sages-femmes pour combler le déficit de personnel sur le terrain notamment dans les zones rurales.

Pour plus d'information sur la documentation des processus de cette intervention et sur le projet SWEDD, visiter la plateforme des ressources virtuelle du Projet SWEDD : www.sweddknowledge.org