



ÉVALUATION DES RESULTATS DU PROJET
« PROMOTION DE LA SANTE DE LA MERE ET
DE L'ENFANT (PSME) »
DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE LA BINAH
AU TOGO

RAPPORT FINAL

CABINET DE RECHERCHE ET D'INGENIERIE
SOCIALE DU TOGO (CRISTO)

Décembre 2020

Table des matières

SIGLES ET ACRONYMES	2
ILLUSTRATIONS	3
I. CADRE CONTEXTUEL DE L’EVALUATION	4
1.1. CADRE PHYSIQUE	4
1.2. OBJET DE L’EVALUATION	7
1.3. OBJECTIFS DE L’EVALUATION	9
II. METHODOLOGIE DE L’EVALUATION	9
2.1. APPROCHE GLOBALE DE LA MISSION	9
2.2. ECHANTILLONNAGE	13
III. RESULTATS DE L’EVALUATION	15
3.1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES	15
3.2. RESULTATS OBTENUS ET TAUX DE PREVALENCE CONTRACEPTIVE	16
3.3. FACTEURS ASSOCIES A L’EVOLUTION DU TAUX DE PREVALENCE CONTRACEPTIVE	22
3.4. EFFICACITE DE LA STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE DU PSME	28
3.5. ATTITUDES DES PRESTATAIRES EN LIEN AVEC LES RESULTATS DU PSME	30
IV. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	33
ANNEXES	34

SIGLES ET ACRONYMES

ASC	:	Agent de Santé Communautaire
BCS+)	:	Counseling Balancé Plus
CHP	:	Centre Hospitalier Préfectoral
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CMS	:	Centre Médico-Social
COVID 19	:	Coronavirus Disease 2019
DPS	:	Direction Préfectorale de la Santé
DSMI/PF	:	Direction de la Santé Maternelle et Infantile et de la Planification Familiale
FS	:	Formation Sanitaire
OCDE	:	Organisation de la Coopération et de Développement Economique
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
PF	:	Planification Familiale
PSME	:	Promotion de la Sante de la Mère et de l'Enfant
USP	:	Unité de Soins Périphérique

ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : Répartition des communes et cantons par préfecture	4
Tableau 2 : Répartition des Formations Sanitaires du district par canton	5
Tableau 3 : Répartition des formations sanitaires par commune.....	5
Tableau 4 : Répartition de l'échantillon de ménages selon les zones environnant les 04 formations sanitaires	15
Tableau 5 : Evolution des données de PF des 11 FS du District sanitaire.....	18
Tableau 6 : Réponses des femmes sur l'utilisation de méthodes contraceptives dans le passé	20
Tableau 7 : Raisons évoquées concernant la non utilisation des méthodes contraceptives dans le passé	20
Tableau 8 : Prédiposition des femmes à utiliser les PF dans l'avenir	21
Tableau 9 : Facteurs déterminants d'utilisation des méthodes contraceptives.....	22
Tableau 10 : Facteurs déterminants d'utilisation des méthodes contraceptives	23
Tableau 11 : Réponses des femmes sur la participation ou non de leurs maris à une séance de dialogue communautaire sur la santé maternelle et infantile.....	24
Tableau 12 : Exposition des femmes aux sensibilisations sur la PF au sein de leur FS.....	24
Tableau 13 : Exposition des femmes aux sensibilisations sur la PF au cours des vaccinations de leurs enfants	24
Tableau 14 : Réponses des femmes à la question de savoir si elles ont été sensibilisées sur la vaccination.....	24
Tableau 15 : Barrières socioculturelles et de genre en rapport avec la PF.....	26
Tableau 16 : Appréciation des femmes sur la stratégie intégrée vaccination et PF.....	28
Tableau 17 : Répartition des répondantes selon l'offre ou Non de services de PF au cours de la vaccination	29
Tableau 18 : Appréciation des services d'accouchement, de PF et de vaccination par les femmes bénéficiaires	29
Graphique 1 : Répartition de l'échantillon selon les années aux cours desquelles les accouchements ont été effectués	15
Graphique 2 : Evolution de nouvelles utilisatrices de la PF de décembre 2018 à novembre 2020	17
Graphique 3 : Femmes enquêtées utilisant des méthodes contraceptives	19
Graphique 4 : Réponses des femmes sur le type de méthode contraceptive utilisée.....	19
Graphique 5 : Prédipositions des femmes à utiliser les PF dans l'avenir.....	21
Graphique 6 : Réponses des femmes sur leur participation ou non à une séance de dialogue.....	23
Graphique 7 : Réponses des femmes sur les acteurs des sensibilisations	25
Graphique 8 : Appréciation de l'attitude des prestataires par les femmes.....	31
Graphique 9 : Appréciation selon les services de l'attitude des prestataires par les femmes	32
Figure 1 : Carte du district sanitaire de la Binah.....	6

I. CADRE CONTEXTUEL DE L'EVALUATION

1.1. CADRE PHYSIQUE

Avec une population mosaïque d'environ 769 940 habitants (2017), la région de la Kara jouit du statut de second pôle national qui se veut une réplique en miniature de la capitale Lomé avec plusieurs services administratifs, techniques et financiers des directions régionales et des services déconcentrés de l'Etat.

En matière de santé, la région est caractérisée par une faible utilisation des services de santé liée à la faible attractivité des structures sanitaires (vétusté, faible disponibilité des intrants, faible protection sociale pour les personnes vulnérables), le sous-financement chronique et une utilisation non optimale des ressources disponibles. Par ailleurs, on note un déficit d'infrastructures sanitaires, le faible niveau de financement du secteur, l'insuffisance de personnel, etc.

Au plan administratif, la région de la Kara compte 07 Préfectures, 75 cantons et 21 communes comme l'indique le tableau 1.

Tableau 1 : Répartition des communes et cantons par préfecture

PREFECTURE	CHEF-LIEU	NOMBRE DE CANTONS	NOMBRE DE COMMUNES
ASSOLI	BAFILO	06	03
DANKPEN	GUERIN-KOUKA	12	03
BASSAR	BASSAR	10	04
KOZAH	KARA	15	04
BINAH	PAGOUDA	09	02
DOUFELGOU	NIAMTOUGOU	14	02
KERAN	KERAN	09	03
TOTAL : 7 préfectures		75 cantons	21 communes

Sur une superficie de 480 km², la préfecture de la Binah est située à l'Est à 35 km de la ville de Kara et elle est limitée au Nord par les Préfectures de Doufelgou et de la Kéran ; au Sud par la Préfecture d'Assoli ; à l'Ouest par la Préfecture de la Kozah et à l'Est par la République du Bénin.

Selon un rapport de Care international¹, près de 55% des populations vivent dans un rayon de plus de 5 km des formations sanitaires et les malades y accèdent le plus souvent par des véhicules de transport en commun ou par taxis motos. Les références des malades vers l'hôpital régional de Kara et le CHU de Kara se font par les mêmes moyens ou par l'ambulance.

¹ « Analyse situationnelle des barrières socio- culturelles et de genre dans les onze (11) formations sanitaires du district de la Binah auTogo »

Le district sanitaire de la Binah est constitué de 09 cantons (Pagouda, Kétao, Kémériida, Solla, Sirka, Pitikita, Péssaré, Boufalé et Lama-Dessi) et 98 villages, fermes et hameaux. Il compte 16 Formations Sanitaires qui sont inégalement réparties dans les différents Cantons (tableau 1), avec un plus grand nombre au niveau de la commune Binah 1 (Tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des Formations Sanitaires du district par canton

N°	CANTONS	FORMATIONS SANITAIRES	POPULATION 2019 (HBTS)
1	PAGOUDA	CHP Pagouda	11022
2		USP Asséré	4341
3		USP Kagnigada	2168
4		USP Binah-nôh	2686
5	PESSARE	USP Péssaré	7612
6	LAMA-TESSI	CMS Farendè	5099
7	PITIKITA	USP Somdè	1764
8	KETAO	CMS Kétao	16267
9		PMI St Martin	4989
10	SIRKA	USP Sirka	5522
11		USP N'djei	2974
12	KEMERIDA	USP Kémériida	7488
13	BOUFALE	USP Boufalé	3504
14		USP Banwaré	1775
15	SOLLA	USP Solla	4940
16		CMS Kouyoria	4497
Total			86648

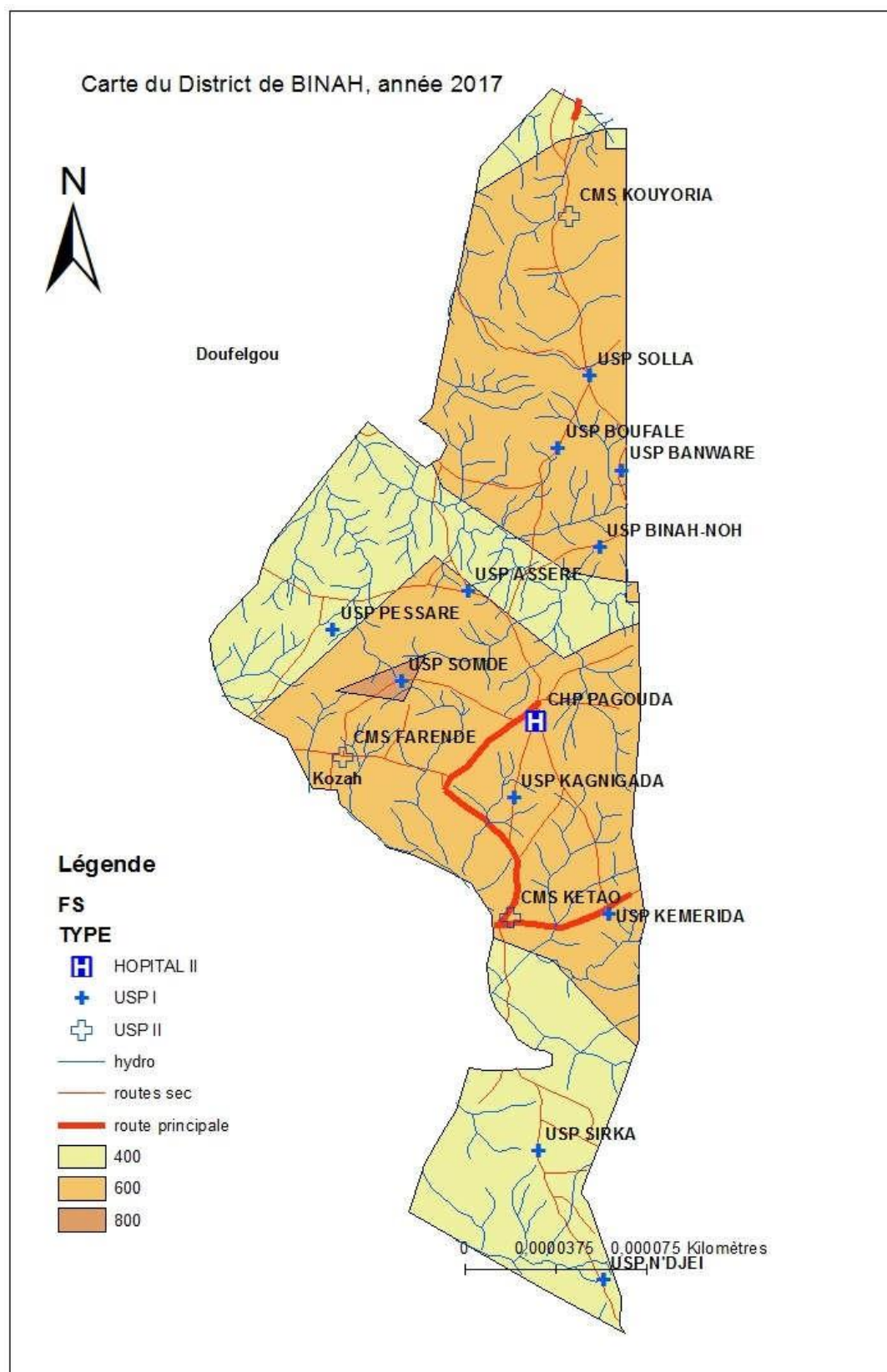
Source : Rapport de l' « Analyse situationnelle des barrières socio- culturelles et de genre dans les onze (11) formations sanitaires du district de la Binah »

En effet, comme le montre le tableau 3, la commune Binah 1 regroupe 11 des 16 formations sanitaires.

Tableau 3 : Répartition des formations sanitaires par commune

COMMUNE	CANTON	NOMBRE DE FORMATIONS SANITAIRES	CHEF-LIEU
Binah 1	Pagouda (4), Solla (2), Boufalé (2), Pessaré (1), Pitikita (1), Lama-Dessi (1)	11	Pagouda
Binah 2	Kétao (2), Kémériida (1), Sirka (2)	5	Kétao
Total	9	16	

Figure 1 : Carte du district sanitaire de la Binah



Sur le plan social et économique, la population de la Binah vit essentiellement de l'agriculture traditionnelle de subsistance, de l'élevage, de l'artisanat, du transport et du commerce.

Cette agriculture qui est la principale activité économique des populations de la Binah ne leur permet pas de faire face aux différentes dépenses de santé, notamment honorer les actes, les ordonnances et les examens médicaux. En général ils utilisent les services de santé en dernier recours à la médecine traditionnelle.

Sur le plan démographique, la population est estimée à **86 648** habitants avec une densité de **181 hbts/km²** en 2019. Cette population présente l'aspect d'une pyramide de type jeune. Ce qui a pour corollaire la recrudescence des maladies propres à ces groupes d'âge, tel que les IST /VIH-SIDA, les traumatismes, les problèmes liés aux grossesses, etc.

C'est dans ce cadre physique que CARE a exécuté le projet « **Promotion de la Santé de la Mère et de l'Enfant (PSME)** » objet de l'évaluation dont le présent rapport rend compte.

1.2. OBJET DE L'EVALUATION

La vaccination et les services de planification familiale sont deux composantes importantes des soins de santé primaire.

La plupart des femmes en période post-partum prolongée souhaitent retarder ou éviter d'autres grossesses mais beaucoup d'entre elles n'utilisent pas de méthode moderne de contraception. Une analyse des données provenant de plusieurs pays a montré que les besoins de contraception non satisfaits chez cette population étaient très importants, allant de 45 % à plus de 80 % des femmes en post-partum (Borda and Winfrey, 2008). La planification familiale permet aux couples d'avoir le nombre d'enfants qu'ils désirent et de choisir le moment et l'espacement des grossesses, ce qui permet d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant.

Les grossesses trop rapprochées peuvent représenter un danger pour la santé de la mère et de l'enfant (OMS, 2007a). Les grossesses espacées de moins de 18 à 24 mois ont été associées à des risques plus élevés de naissance prématurée, de faible poids de naissance, de décès foetal, néonatal ou du nourrisson, et d'effets négatifs sur la santé maternelle (Conde-Agudelo et al. 2012).

La vaccination des enfants est l'un des services de santé les plus équitables et les plus utilisés dans le monde. Le calendrier de vaccination et de soins de santé primaire recommandé pendant la première année de vie de l'enfant donne lieu à de nombreux contacts pour des soins de santé.

Veiller à ce que des services et conseils de planification familiale soient liés aux contacts pour la vaccination des enfants via des services de santé primaire bien gérés peut permettre de proposer aux mères des informations et des services de planification familiale pendant la période critique des 12 mois suivant l'accouchement. Une modélisation à partir de données provenant de cinq pays d'Afrique subsaharienne a montré que le fait d'entrer en contact avec les femmes en post-partum au moment de la vaccination infantile pouvait faire diminuer les besoins de planification familiale non satisfaits de 3,8 à 8,9 points de pourcentage (Gavin et al. 2011).

Dans ce contexte, CARE Benin/Togo, sur financement de la Fondation GSK en collaboration avec le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique du Togo, a mis en œuvre depuis Décembre 2018 une initiative de **renforcement du système de santé et d'intégration des services de vaccination et de planification familiale dans 11 Formations Sanitaires du district de la Binah dans la Région de la Kara au Togo**, dénommée « **Promotion de la Santé de la Mère et de l'Enfant (PSME)** ».

L'objectif général du projet est d'améliorer la qualité des services de santé essentiels aux femmes en âge de procréer et aux enfants de moins de cinq ans ainsi que leur accès aux services de santé. L'approche utilisée se rapporte à intégrer les services de vaccination et de planification familiale afin d'améliorer la prévalence contraceptive. Le projet comprend deux volets :

- ➔ Le **volet clinique** avec des activités d'amélioration de l'offre de services de vaccination et de PF,
- ➔ Le **volet communautaire** dont les activités permettent d'augmenter la demande des services de planification familiale au niveau des populations à la base.

Toutes les activités ont été menées dans le but de lever les barrières structurelles, socio-culturelles et de genre, tant au niveau des centres de santé que dans les communautés. Les principales activités menées durant le projet sont notamment :

Au niveau clinique :

- La mise en œuvre de l'approche d'intégration des services
- La formation en technologie contraceptive et en counseling balance plus
- La formation en réanimation du nouveau-né et des soins à la mère
- Le coaching et l'évaluation périodique des agents de santé

Au niveau communautaire

- L'analyse situationnelle pour identifier les barrières socio-culturelles qui empêchent la demande de services de PF
- Le mapping social pour l'identification des groupes influents et des acteurs communautaires (Catalyseurs et personnes influentes notamment dans les 10 nouveaux centres d'extension pour cette phase)
- La conception d'outils de dialogues communautaires
- La réalisation de dialogues communautaires
- Le coaching des catalyseurs
- L'organisation des réunions communautaires avec les agents de santé
- L'enregistrement et la diffusion d'émissions radiophoniques sur les barrières socio-culturelles liées à la PF et la vaccination y compris des émissions interactives.

Le projet prenant ayant pris fin en Novembre 2020, il s'est avéré important de mesurer les résultats atteints à travers la présente évaluation finale qui s'était assigné des objectifs précis et concis.

1.3. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

→ Objectif général

Évaluer les résultats du projet dans la zone d'intervention, en comparant les indicateurs entre le début et la fin du projet en ce qui concerne l'amélioration de l'offre de services de planification familiale et de vaccination, et de l'environnement (réduction des barrières structurelles, socio-culturelles et de genre) pour la demande de services de vaccination et de planification familiale dans les communautés et dans les centres de santé.

→ Objectifs spécifiques

Spécifiquement il s'agissait de :

- a. Mesurer les résultats obtenus sur le projet à travers l'amélioration du taux de prévalence contraceptive dans le district sanitaire ;
- b. Déterminer les facteurs du projet qui sont associés à cette amélioration du taux de prévalence contraceptive ;
- c. Mesurer l'efficacité de la stratégie de mise en œuvre du projet (stratégie d'intégration des activités vaccination / PF) ;
- d. Évaluer les attitudes des prestataires en lien avec les résultats obtenus sur le projet
- e. Formuler des recommandations pertinentes pour la pérennisation de l'approche d'intégration des services de vaccination et de PF pour l'amélioration du taux de prévalence contraceptive ;
- f. Présenter les résultats de l'évaluation au cours d'un atelier qui sera organisé à cet effet.

II. METHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION

2.1. APPROCHE GLOBALE DE LA MISSION

L'évaluation a été conforme aux normes et standards de qualité de l'Organisation de la Coopération et de Développement Economique (OCDE). Elle a utilisé une approche participative en associant les principales parties prenantes telles que les bénéficiaires, le commanditaire, le personnel du projet et les partenaires stratégiques. L'évaluation s'est basée aussi sur la triangulation pour accroître la validité et la rigueur des résultats.

Elle s'est déroulée en **quatre (04)** phases consécutives que sont :

Phase 1 : Préparation et organisation de la mission

Phase 2 : Enquête de terrain

Phase 3 : Traitement et analyse des données

Phase 4 : Production du rapport

Plusieurs activités ont meublé chacune de ces phases.

PHASE 1 : PREPARATION ET ORGANISATION DE LA MISSION

- **Activité 0 : Signature du contrat (marque du début de la mission)**
- **Activité 1 : Revue documentaire, finalisation de la méthodologie et élaboration des outils de collecte**

Une fois le contrat signé, l'équipe de mission a pris contact avec le commanditaire pour organiser un zoom meeting dont l'objectif était d'harmoniser la compréhension des termes de référence, les résultats attendus et leurs exigences.

L'équipe a recueilli également toute la documentation nécessaire dont la revue a permis d'approfondir et de finaliser (en rendant plus opérationnel) le protocole de recherche en incluant l'échantillonnage, les outils de collecte (guides d'entretien et les questionnaires) et le plan d'analyse des données.

La revue documentaire² (rapports annuels d'activités) a permis aussi de faire un premier état des lieux des activités du projet (prévision, réalisation, écart, résultats, niveau des indicateurs...) et de relever les succès, les échecs et les bonnes pratiques de la stratégie.

A l'issue de cette première activité, il a été élaboré une note méthodologique qui a été transmise au commanditaire et a fait objet de discussion au cours de l'atelier de cadrage méthodologique.

- **Activité 2 : Atelier de cadrage méthodologique**

L'organisation complète et concrète de l'évaluation et la méthodologie à utiliser a été présentée au cours d'un **atelier de cadrage méthodologique (Briefing de pré-mission) en télétravail** à travers la plateforme ZOOM.

Des échanges ont été faits avec le commanditaire, ce qui a permis de s'accorder sur la compréhension globale de la mission.

Les amendements ont été pris en compte pour finaliser les outils de collecte et la méthodologie.

La « Note méthodologique » intégrant toutes ces observations recueillies au cours de l'atelier de cadrage méthodologique (briefing de pré-mission) a été finalisée et soumise au commanditaire.

² Une fiche de lecture a été utilisée afin de garantir une exploitation documentaire rationnelle et rigoureuse.

▪ **Activité 3 : Programmation des questionnaires et configuration du serveur et des smartphones/tablettes pour la collecte des données**

En raison de la pandémie du COVID 19 et de la protection de l'environnement, nous avons opté de procéder à la collecte de données sur smartphone/tablette pour les données quantitatives. Pour ce faire, suite à la finalisation et validation des outils de collecte, il a été procédé à la programmation du questionnaire numérique, à la configuration du serveur qui a servi à héberger les données et à la configuration des smartphones/tablettes.

▪ **Activité 4 : Recrutement, formation des agents de collecte/superviseurs et enquête de simulation (test des outils de collecte)**

La phase 1 a pris fin avec le recrutement et la formation de **04 agents de collectes** qui a porté essentiellement sur la compréhension des outils par rapport à la philosophie, aux objectifs et aux résultats attendus de l'étude. Elle a abordé également les stratégies de collecte, les consignes nécessaires au bon remplissage des outils et la conduite à tenir vis-à-vis des enquêté(e)s.

Pour ce faire, des consignes claires et précises ont été mentionnées dans **le manuel de l'enquêteur** qui a ensuite été remis à chaque agent de collecte en guise de feuille de route.

Juste à la fin de la formation, une enquête de simulation en langue locale a été réalisée sur place par les agents de collecte. Ce qui a permis d'apprécier la cohérence des questions, les difficultés linguistiques et la durée d'administration d'un outil. Toutes les remarques relevées au cours dudit exercice ont été prises en compte pour la finalisation des outils de collecte.

Cette simulation a permis également de tester les smartphones/tablettes configurés et de corriger certains bugs de l'application. Toutes les remarques relevées au cours dudit exercice ont été prises en compte.

PHASE 2 : ENQUETE DE TERRAIN

▪ **Activité 5 : Collecte des données et contrôle qualité**

L'enquête de terrain a consisté à la collecte des données primaires (quantitatives et qualitatives) et secondaires sur l'ensemble des zones retenues pour la présente mission.

Le suivi des données sur le serveur a été fait à la fin de la première journée et du troisième jour de collecte. Les procédures de suivi des données ont inclus les activités suivantes :

- La vérification des informations d'identification des enquêtés
- La vérification de la fréquence générale pour s'assurer que l'enchaînement des questions est correct
- La comparaison des fréquences entre les agents recenseurs et la mise en évidence de celles qui se distinguent des autres :

- La vérification des réponses « autres ». Il a s'agi à ce niveau de vérifier que les agents recenseurs ne saisissent pas dans la rubrique « autres » des informations figurant déjà dans le choix de réponses.

PHASE 3 : TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

▪ **Activité 6 : Traitement et analyse de données**

Une grille de dépouillement (pour les données qualitatives) et un plan de rédaction du rapport détaillé ont été confectionnés pendant la période de collecte de données sur le terrain. Au retour du terrain, il a été procédé au téléchargement des données du serveur et à la retranscription des données qualitatives.

❖ **Données quantitatives**

Les données quantitatives téléchargées du serveur ont été transférées dans le logiciel **SPSS** pour le traitement et l'analyse des données (confection et commentaires des tableaux, graphiques, etc.)

❖ **Données qualitatives**

Les données qualitatives ont été dépouillées, retranscrites, saisies et compilées à l'aide d'une grille de dépouillement. La technique d'analyse de contenu a été utilisée à cet effet.

Les discussions ont été transcrites et saisies pour en constituer un corpus de données qualitatives informatisés (Mucchielli, 2003 ; Deschenaux et Bourdon, 2005). Le matériau qualitatif ainsi obtenu, a fait objet d'analyse de contenu thématique. Les données ont été traitées à l'aide du logiciel NVivo7.

PHASE 4 : PRODUCTION DU RAPPORT

▪ **Activité 7 : Elaboration du rapport provisoire**

A la lumière de toutes les données recueillies, le présent rapport provisoire a été rédigé et soumis au commanditaire pour appréciation et validation.

▪ **Activité 7 : Atelier de restitution/validation**

Au cours de l'atelier de restitution, le rapport provisoire sera présenté et fera objet de discussion/amendement et de validation.

▪ **Activité 8 : Finalisation et soumission du rapport final de l'étude**

A l'issue de l'atelier de restitution, il sera produit et soumis au commanditaire le rapport final qui prendra en compte toutes les observations.

2.2. ECHANTILLONNAGE

VOLET QUANTITATIF

❖ Niveau Formation Sanitaire

Les données des formations sanitaires étant centralisées au niveau du district, les informations quantitatives des 11 formations sanitaires ont été collectées à partir des données de district et/ou registres des formations sanitaires. Ce sont :

1. CHP Pagouda
2. CMS Kétau
3. USP Asséré
4. USP Banwaré
5. USP Binah-Nôh
6. USP Boufalé
7. USP Kémériida
8. USP Kouyoria
9. USP N'djeï
10. USP Solla
11. USP Somdè

A ce niveau, à partir des registres des formations sanitaires et des données de district, la collecte de données s'est focalisée sur la planification familiale et sur la vaccination. En l'occurrence le nombre de nouvelles clientes de méthodes contraceptives, le nombre d'enfants vaccinés, le nombre de femmes sensibilisées/référées des services de vaccination.

L'analyse a été approfondie avec les données issues d'une enquête ménage dans les environs d'un échantillon de 04 formations sanitaires. Ces 04 FS ont été retenues à l'aide des critères précis que sont :

1. Etant le chef-lieu du District de Binah : **CHP Pagouda**
2. Pour le caractère cosmopolite de Kétau : **CMS Kétau**
3. Etant à un niveau intermédiaire de référence : **USP Sola**
4. Pour sa dynamique transfrontalière avec le Bénin : **USP Kémériida**

❖ Niveau Ménage

Calcul de la taille de l'échantillon

En tenant compte de la taille minimale acceptable selon les exigences statistiques (30 unité statistique par zone de dénombrement), il a été opté de toucher **35 ménages** environnant chacune des 04 formations sanitaires de l'échantillon. Ce qui donne un échantillon de **140 ménages**.

Au sein de ces ménages, il a été prévu de toucher **une femme ayant un enfant de moins de 05 ans et ayant accouché dans la formation sanitaire retenue pour la présente**

évaluation. Un questionnaire femme a été utilisé à cet effet. Par ailleurs, des données qualitatives ont également été recueillies auprès des maris au sein des mêmes ménages à l'aide d'un guide d'entretien.

La collecte au niveau ménage s'est portée sur les facteurs de changement des clients des FS (facteurs susceptibles d'avoir déclenché un changement en matière de PF) ainsi que sur l'existence d'éventuelles barrières socioculturelles.

Sélection des ménages

Les ménages ont été sélectionnés à travers la méthode de POLITZ qui a consisté à placer les agents de collecte au centre de la zone de collecte et à les déployer selon les directions des quatre points cardinaux en respectant un pas de deux concessions afin de couvrir la zone le plus possible.

Cette sélection a également tenu compte du critère d'inclusion « **femme ayant un enfant de moins de 05 ans** ».

VOLET QUALITATIF

❖ Cibles et techniques de collecte

S'agissant du volet qualitatif, des entretiens individuels ont été effectués avec les différents répondants que sont :

- Les prestataires de soins
- Les Catalyseurs
- La DRS (le DR et les points focaux régionaux de SR et PEV)
- La DPS (Directeur et gestionnaire de base de données)
- Les personnes ressources de la DSMI/PF
- Les leaders communautaires et religieux
- Les hommes/maris
- Les femmes bénéficiaires des PF et vaccinations

Ces données ont été collectées à l'aide de guides d'entretien.

A ce niveau, la collecte de données a également été focalisée sur les facteurs de changement du point de vue des différents acteurs (facteurs du projet qui sont associés à l'amélioration du taux de prévalence contraceptive), sur l'existence d'éventuelles barrières socioculturelles, sur les résultats du projet, sur l'efficacité de la stratégie de mise en œuvre du projet (stratégie d'intégration des activités vaccination / PF) ainsi que sur les attitudes des prestataires en lien avec les résultats obtenus.

III. RESULTATS DE L'EVALUATION

Après les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés, les résultats de l'évaluation sont présentés par objectif spécifique.

3.1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES ENQUETEEES

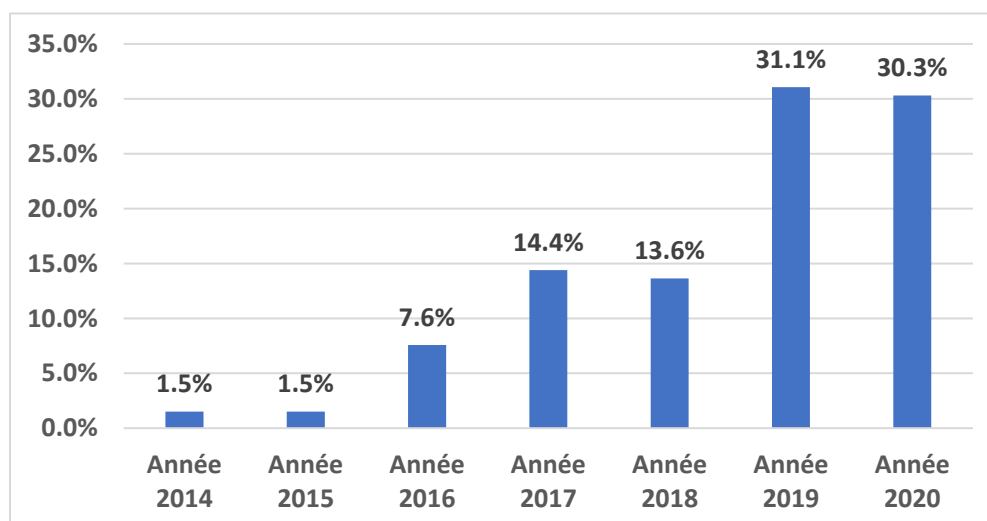
La collecte de données a été effectuée dans les ménages environnant des 04 formations sanitaires. Pour le volet quantitatif, il a s'agit essentiellement des femmes ayant un enfant de moins de 05 ans. Le tableau 04 présente la répartition de l'échantillon des ménages touchés dans les environs des formations sanitaires.

Tableau 4 : Répartition de l'échantillon de ménages selon les zones environnant les 04 formations sanitaires

Formations sanitaires	Effectif	%
Zone environnant le CHP Pagouda	34	25,8%
Zone environnant le CMS Ketao	36	27,3%
Zone environnant le CMS Sola	35	26,5%
Zone environnant l'USP Kemerida	27	20,5%
Total	132	100,0%

Toutes les femmes touchées ont accouché dans les formations sanitaires et pour la majorité les accouchements ont eu lieu au cours des années 2017 à 2020. (Graphique 01).

Graphique 1 : Répartition de l'échantillon selon les années aux cours desquelles les accouchements ont été effectués



Le graphique 1 montre que parmi les femmes touchées par la collecte des données, 61% (soit 81 femmes) ont accouché dans leur FS au cours du PSME (en 2019 et 2020) et 39.9% (soit 51 femmes) y ont accouché avant le projet. Ceci rend possible une comparaison des données et une analyse de l'évolution des variables à l'étude au sein de l'échantillon.

3.2. RESULTATS OBTENUS ET TAUX DE PREVALENCE CONTRACEPTIVE

Dans ce chapitre, il s'agit de mesurer les résultats obtenus sur le projet à travers l'amélioration du taux de prévalence contraceptive dans le district sanitaire.

Contrairement aux 10 FS prévus au départ du projet, l'équipe projet en accord avec la DRS et la DPS a intervenu dans 11 FS.

Les principaux résultats obtenus sont déclinés en quatre catégories et couvre la période d'exécution allant de Janvier 2019 à Octobre 2020.

a) Résultats des formations

- ✚ **Sur 20 prévus, 22 (110%)** agents de santé de première ligne ont été formés en réanimation du nouveau-né et des soins à la mère (HBB) dont 10 hommes et 12 femmes;
- ✚ **Sur 20 prévus, 22** agents de santé de première ligne ont été formés à la planification familiale (10 H et 12 F) soit un taux de réalisation de **110%** ;
- ✚ **Sur 20 prévus, 23** agents de santé de première ligne ont été formés en Counseling Balancé Plus (BCS+) soit un taux de réalisation de **115%** ;
- ✚ **Sur 100 prévus, 110** animateurs communautaires ont été formés pour engager activement les membres de la communauté dans des séances de dialogue sur la santé maternelle et infantile (61 H et 59 F) soit un taux de réalisation de **110%**.

b) Résultats sur le nombre d'enfants vaccinés contre la rougeole à 9 mois

- ✚ Pour une cible de 2370 enfants, 4069 ont été vaccinés au RR1 à neuf mois d'âge soit un taux de réalisation de 171,68% ;

c) Résultats sur les bénéficiaires (directs et indirects)

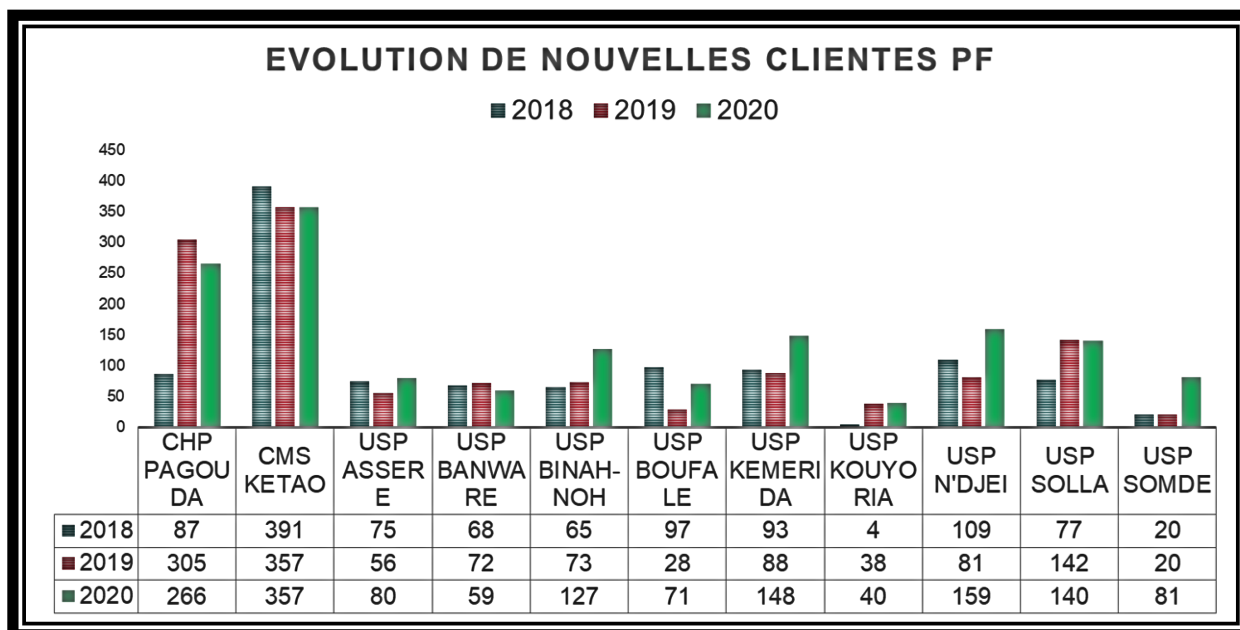
- ✚ **Sur 9 950 prévus, 19 462** bénéficiaires directs ont été touchés soit un taux de réalisation de **195,59 %** ;
- ✚ Sur 45 074 prévus, **95 716** membres de la communauté supplémentaires ont accès à des services de santé améliorés soit un taux de réalisation de **212,59 %**.

d) Résultats sur les nouveaux utilisateurs de la planification familiale

- ✚ Pour une cible de 2064, 2701 nouvelles femmes utilisent des produits PF soit un taux de réalisation de 130,86% ;

Le graphique 02 montre l'évolution de nouvelles utilisatrices de la PF entre décembre 2018 à novembre 2020.

Graphique 2 : Evolution de nouvelles utilisatrices de la PF de décembre 2018 à novembre 2020



Source : Rapport de capitalisation des acquis du PSME

A l'exception des données du CMS Kétao et de l'USP Boufalé où l'on relève une diminution des nouvelles utilisatrices de PF, on note globalement une augmentation entre le début et la fin du PSME.

Les prestataires de soins ont expliqué cette diminution par :

- 1- La création d'un nouveau centre de santé au Bénin à proximité de la frontière du Togo (Boufalé) qui offre des services de PF gratuits aux femmes résidents dans les deux zones frontalières.
- 2- L'arrêt en 2018 des journées portes ouvertes du projet « AgirPF » au cours desquelles les intrants de PF étaient distribués gratuitement dans la formation sanitaire de Kétao.

Par ailleurs, le tableau 5 montre une évolution en termes d'utilisation de la plupart des méthodes contraceptives à l'exception des 5 méthodes que sont :

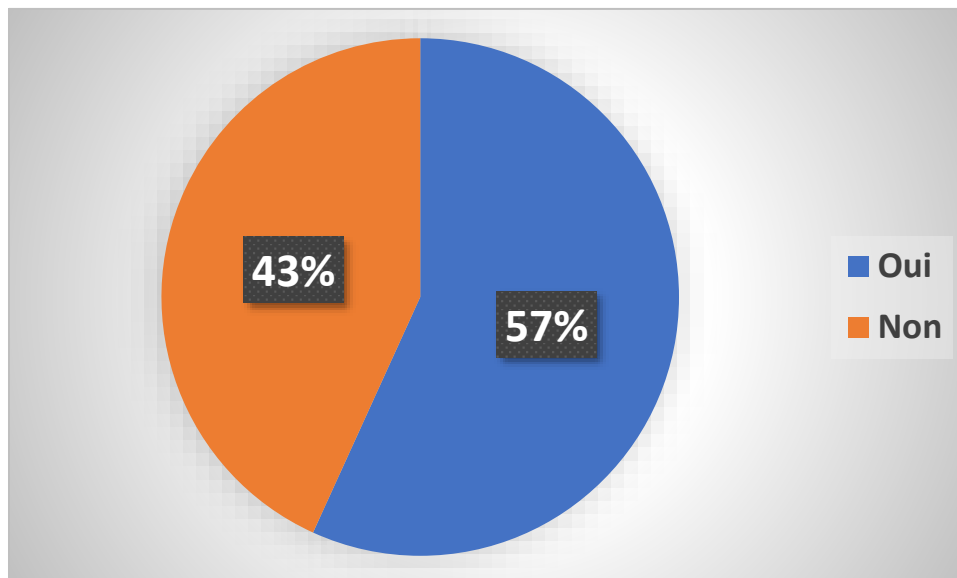
- ➔ Depo provera
- ➔ Noristrat
- ➔ CCV femme
- ➔ Noristerat
- ➔ Confiance

Tableau 5 : Evolution des données de PF des 11 FS du District sanitaire

DATA-NAME	Au 31 Décembre 2018 : début du projet	Au 31 Décembre 2019	Au 30 Septembre 2020	Total Années 2019 et 2020	Ecart entre fin du projet (30 Septembre 2020) et début du projet (31 Décembre 2018)
Nb nouveaux cas CCV femme	2	1	1	2	0
Nb nouveaux cas collier du cycle	0	0	0	0	0
Nb nouveaux cas condom féminin	0	0	0	0	0
Nb nouveaux cas condom masculin	0	0	0	0	0
Nb nouveaux cas confiance	5	6	0	6	1
Nb nouveaux cas de spermicide crème	0	0	0	0	0
Nb nouveaux cas depo provera	263	170	23	193	-70
Nb nouveaux cas DIU	102	110	36	146	44
Nb nouveaux cas Exulton/Microlut/Ovrette	15	11	11	22	7
Nb nouveaux cas implanon	277	253	184	437	160
Nb nouveaux cas jadelle	516	572	277	849	333
Nb nouveaux cas noristerat	42	31	2	33	-9
Nb nouveaux cas sayana press	0	68	135	203	203
Nb nouveaux cas Zinnia/Microgynon/Confiance	66	39	33	72	6
Qte distribue DIU	104	144	58	202	98
Qte CCV femme effectuee	2	0	1	1	-1
Qte collier du cycle distribuée	0	0	0	0	0
Qte condom feminin distribuée	299	566	293	859	560
Qte depo provera distribué	974	655	161	816	-158
Qte Exulton/Microlut/Ovrette distribuée	150	184	217	401	251
Qte implanon distribuée	293	311	258	569	276
Qte jadelle distribuée	549	696	379	1075	526
Qte noristerat distribuée	197	114	16	130	-67
Qte pilules confiance distribuée	95	93	0	93	-2
Qte sayana press distribuée	0	242	651	893	893
Qte spermicide comp distribuée	0	0	0	0	0
Qte spermicide creme distribuée	0	0	0	0	0
Qte vasectomie effectuée	0	0	0	0	0
Qte Zinnia/Microgynon/Confiance distribuée	442	415	1731	2 146	1704
SMI - Qte condom masculin	11 353	21 515	3749	25 264	13 911
Total	15 746	26 196	8 216	34 412	18 666

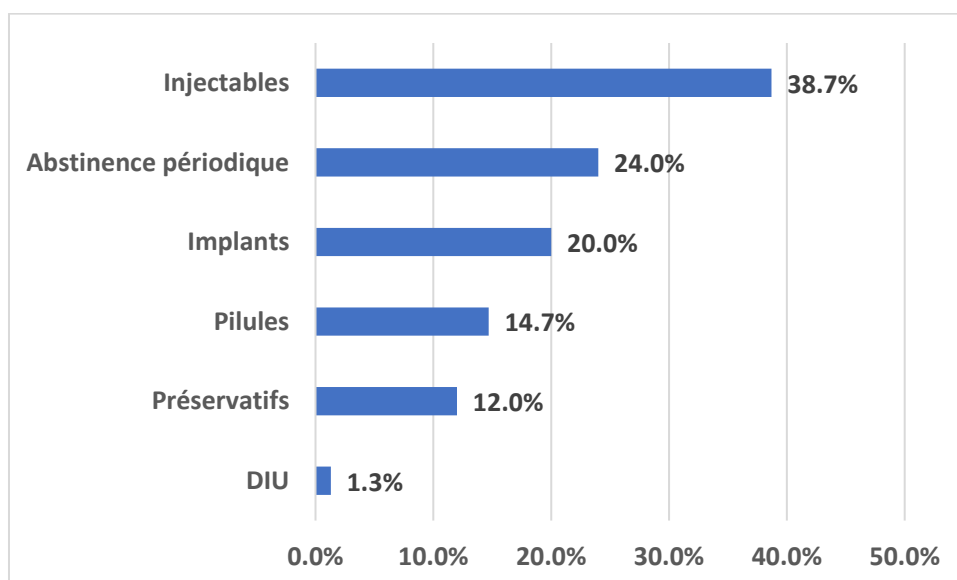
Par ailleurs, 100% femmes interrogées ont déclaré avoir connaissance de l'existence des méthodes contraceptives pour la PF mais environ 57% d'entre elles ont déclaré utiliser actuellement une méthode contraceptive (Graphique 03).

Graphique 3 : Femmes enquêtées utilisant des méthodes contraceptives



Parmi les femmes qui ont déclaré utiliser une méthode contraceptive, environ 39% utilisent « **les injectables** » ; 24% « **l'abstinence périodique** » et 20% « **les implants** ». La méthode contraceptive la moins utilisée est « le DIU » soit 1,3% (Graphique 04).

Graphique 4 : Réponses des femmes sur le type de méthode contraceptive utilisée



Source : Données de terrain

23% des femmes enquêtées utilisaient déjà une méthode contraceptive avant d'avoir été exposées à certaines actions du projet. (Tableau 06).

Tableau 6 : Réponses des femmes sur l'utilisation de méthodes contraceptives dans le passé

Utilisiez-vous déjà (dans le passé) une méthode contraceptive ? (avez-vous toujours utilisé une méthode contraceptive dans le passé ?)	Effectif	%
Oui	30	23%
Non	102	77%
Total	132	100%

Celles qui ont déclaré n'avoir pas utilisé de méthodes contraceptives dans le passé, ont évoqué principalement trois raisons que sont :

- « **Je n'avais pas connaissance de ces méthodes** » (26,6%) ;
- « **Je pensais que ces méthodes pouvaient rendre stérile** » (15,6%) ;
- et « **J'étais mal informée sur ces méthodes** » (12,5%). (Tableau 07).

Tableau 7 : Raisons évoquées concernant la non utilisation des méthodes contraceptives dans le passé

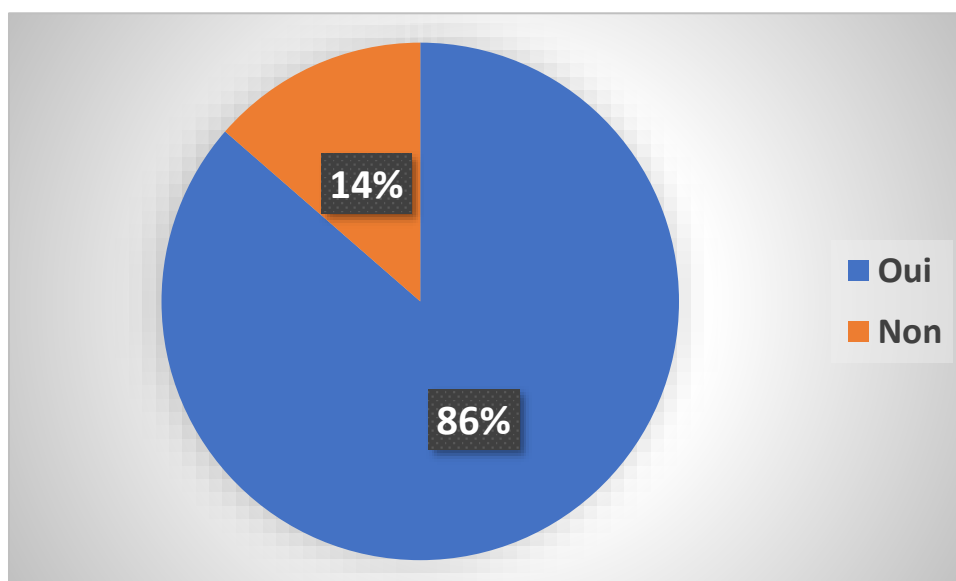
Si non pourquoi n'utilisiez-vous pas ces méthodes?	Effectif	%
Je n'avais pas connaissance de ces méthodes	17	26,6%
Je ne comprenais pas l'utilité de ces méthodes	8	12,5%
Nos cultures/ coutumes/ traditions ne me le permettait pas	2	3,1%
Nos FS ne nous proposaient pas ces méthodes	3	4,7%
Nos FS ne nous renseignaient pas sur ces méthodes	3	4,7%
J'étais mal informé sur ces méthodes	8	12,5%
Je pensais que ces méthodes pouvaient rendre stérile	10	15,6%
Mon mari s'y opposait	7	10,9%
Autres	35	54,7%

Toutes ces raisons relèvent du « **cognitif** » et montrent bien l'efficacité de la contribution du PSME à travers le volet communautaire et le « **savoir-faire** » des prestataires de soins.

Par ailleurs, certaines femmes ayant déclaré n'avoir jamais utilisé une contraception dans le passé, se sont justifiées par le fait qu'elles avaient des difficultés à tomber enceinte et cherchaient à tout prix à concevoir.

D'autres ont déclaré avoir vu des connaissances tomber malades après avoir opté pour certaines méthodes contraceptives ; ce qui les avait dissuadé de faire pareil. Plusieurs ont aussi évoqué des perturbations menstruelles (disparition des cycles menstruels pendant près d'un an) et l'attente d'avoir atteint le nombre d'enfants voulu avant d'opter pour les méthodes contraceptives modernes.

A ce jour, comme l'indique le graphique 05, environ 86% de femmes ont affirmé être disposées à utiliser une méthode contraceptive dans l'avenir.

Graphique 5 : Prédilections des femmes à utiliser les PF dans l'avenir

Pour les 13,6% de femmes ayant déclaré ne pas être prêtes à utiliser une méthode contraceptive dans l'avenir, les principales raisons évoquées sont : « **C'est dangereux pour la santé** » (55,6%) et « **Je n'ai pas confiance en ces méthodes** » (38,9%). (Tableau 08).

Tableau 8 : Prédilection des femmes à utiliser les PF dans l'avenir

Si non, pourquoi ?	Effectif	%
Je n'ai pas confiance en ces méthodes	7	38,9%
C'est contre nos cultures/ coutume	2	11,1%
Certaines méthodes peuvent rendre stérile	3	16,7%
C'est dangereux pour la santé	10	55,6%
Mon mari s'y oppose	1	5,6%
Autres	7	38,9%

Par ailleurs, certaines femmes ont évoqué le fait que les méthodes contraceptives modernes vont à l'encontre des us et coutumes de leur famille et qu'elles pourraient avoir un effet néfaste sur la santé.

Selon le rapport de l'étude de base, en 2018, le taux d'utilisation des méthodes contraceptives était de 13.5% pour l'ensemble du district sanitaire de la Binah et de 14.6% pour l'ensemble des 4 formations sanitaires de l'échantillon.

L'analyse des données primaires de l'échantillon donne aujourd'hui un taux d'utilisation des méthodes contraceptives de 56.7% (Il s'agit ici de la proportion des femmes de l'échantillon déclarant utiliser actuellement une méthode contraceptive).

Cette amélioration significative du taux de contraception est aussi à l'actif de la contribution du PSME à travers plusieurs facteurs.

3.3. FACTEURS ASSOCIES A L'EVOLUTION DU TAUX DE PREVALENCE CONTRACEPTIVE

De l'avis des répondants communautaires, l'analyse situationnelle qui a permis d'identifier les normes socioculturelles et de genre qui entravent la demande des services de soins obstétricaux, de PF et de vaccination par les communautés est un des facteurs associés à l'évolution du taux de prévalence contraceptive. Selon la même source, les autres facteurs déterminants sont :

- Le nombre de filles et de femmes ayant participé aux sessions de dialogue (10.580) ;
- Le nombre d'animateurs communautaires formés (110 formés sur 100 prévus) ;
- Le nombre de personnes ayant participé au dialogue communautaire (sur une prévision de 2685 de personnes à toucher, 9.329 ont été effectivement touchés dont 6.168 hommes).

En effet, l'approche « catalyseur communautaire » est plus efficace que les relais endogènes dont la motivation et l'enthousiasme s'effritent très vite au fil du temps face au travail à faire à ses besoins de survie. L'effet boule de neige est vite créé par le nombre d'acteurs impliqués dans les processus de changement de comportement.

Au niveau de l'enquête ménage, pour apprécier les facteurs associés à l'évolution du taux de prévalence contraceptive, il a été posé la question « *Si vous utilisez actuellement des méthodes contraceptives que vous n'utilisiez pas dans le passé, qu'est-ce qui vous a poussé à le faire ?* ».

Les réponses recueillies ont révélé que **58,3%** des femmes ont été convaincues à travers les conseils octroyés par les agents de santé de leur FS.

En deuxième position, pour **43,9%**, ce sont les séances de dialogue sur la santé maternelle et infantile organisées dans leur communauté qui les a poussés à adopter ces méthodes contraceptives modernes.

En troisième position, il a été évoqué les conseils des agents de santé communautaires **42,4%** (tableau 09)

Tableau 9 : Facteurs déterminants d'utilisation des méthodes contraceptives

Si vous utilisez actuellement des méthodes contraceptives que vous n'utilisiez pas dans le passé, qu'est-ce qui vous a poussé à le faire ?	Effectif	%
Les séances de dialogue sur la santé maternelle et infantile organisées dans notre communauté	58	43,9%
Les conseils des agents de santé dans notre FS	77	58,3%
Les conseils des ASC	56	42,4%
Les conseils des facilitateurs de santé communautaires	48	36,4%
Les sensibilisations à la radio ?	43	32,6%
Les sensibilisations d'une ONG	24	18,2%
Mon mari ne s'y oppose plus	29	22,0%
Les problèmes de santé dus à un accouchement	20	15,2%
Amélioration de la qualité de soins	23	17,4%
Bon accueil des agents de santé	29	22,0%
Stratégie intégrée vaccination PF	40	30,3%

Du tableau 09 ressort six (06) principaux déterminants de l'amélioration du taux de prévalence contraceptive dont la stratégie intégrée « vaccination-PF » est le 6ème facteur.

Par ailleurs, pour celles qui n'utilisaient aucune méthode contraceptive, la majorité d'entre elles (**soit 41,7%**) a affirmé avoir été convaincue par les conseils des agents de santé dans leur formation sanitaire.

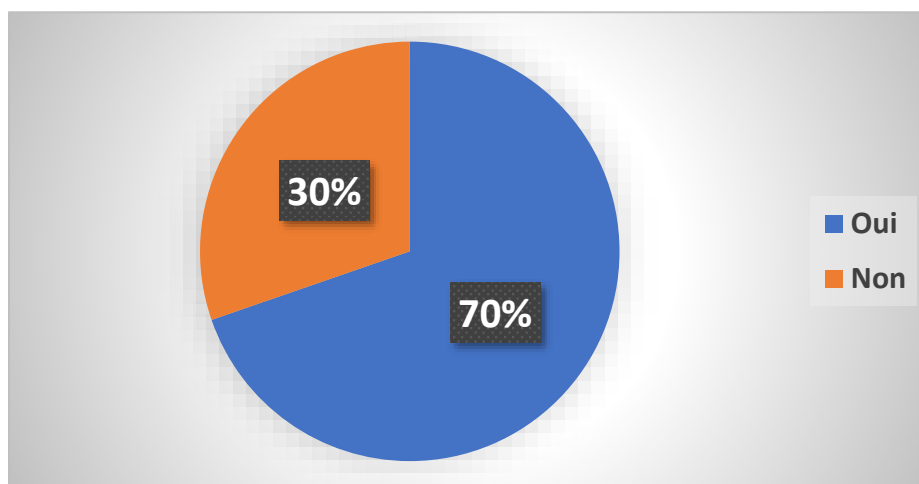
Tableau 10 : Facteurs déterminants d'utilisation des méthodes contraceptives

Si vous n'utilisiez aucune méthode contraceptive dans le passé et que vous en utilisez actuellement, qu'est-ce qui vous a poussé à le faire ?	Effectif	%
Les séances de dialogue sur la santé maternelle et infantile organisée dans notre communauté	34	25,8%
Les conseils des agents de santé dans notre FS	55	41,7%
Les conseils des facilitateurs de santé communautaires	32	24,2%
Les sensibilisations à la radio ?	32	24,2%
Les sensibilisations d'une ONG	15	11,4%
Mon mari ne s'y oppose plus	26	19,7%
Les problèmes de santé dus à un accouchement	18	13,6%
Amélioration de la qualité de soins	21	15,9%
Bon accueil des agents de santé	28	21,2%
Stratégie intégrée vaccination PF	42	31,8%

Du tableau 10, la stratégie intégrée « vaccination-PF » est citée comme 3^{ème} déterminant³ (31.8%) de l'amélioration du taux de prévalence contraceptive par les femmes qui n'utilisaient aucune méthode dans le passé.

De l'analyse des données primaires, environ 70% des femmes ont déclaré avoir participé à une séance de dialogue communautaire (Graphique 06).

Graphique 6 : Réponses des femmes sur leur participation ou non à une séance de dialogue



³ Après les dialogues et les agents de santé.

Par ailleurs, s'agissant de la participation des hommes, seulement **20,5%** des femmes ont déclaré que leurs maris ont déjà participé à une séance de dialogue communautaire sur la santé maternelle et infantile. (Tableau 11).

Tableau 11 : Réponses des femmes sur la participation ou non de leurs maris à une séance de dialogue communautaire sur la santé maternelle et infantile

Votre mari a-t-il déjà participé à une séance de dialogue communautaire sur la santé maternelle et infantile?	Effectif	%
Oui	27	20,5%
Non	105	79,5%
Total	132	100,0%

En plus, 95,5% de femmes interrogées ont affirmé avoir été sensibilisées sur la PF au sein de leur formation sanitaire et 90,2% ont déclaré avoir été sensibilisées sur la PF lorsqu'elles étaient venues pour la vaccination de leurs enfants. (Tableau 12 et 13)

Tableau 12 : Exposition des femmes aux sensibilisations sur la PF au sein de leur FS

Avez-vous été sensibilisé sur la PF au sein de votre FS	Effectif	%
Oui	126	95,5%
Non	6	4,5%
Total	132	100%

Tableau 13 : Exposition des femmes aux sensibilisations sur la PF au cours des vaccinations de leurs enfants

Avez-vous été sensibilisé sur la PF au sein de votre FS lorsque vous étiez venu pour la vaccination de votre enfant ?	Effectif	%
Oui	119	90,2%
Non	13	9,8%
Total	132	100%

S'agissant de la vaccination, 96,2% des femmes enquêtées ont affirmé avoir été sensibilisées à ce sujet. (Tableau 14).

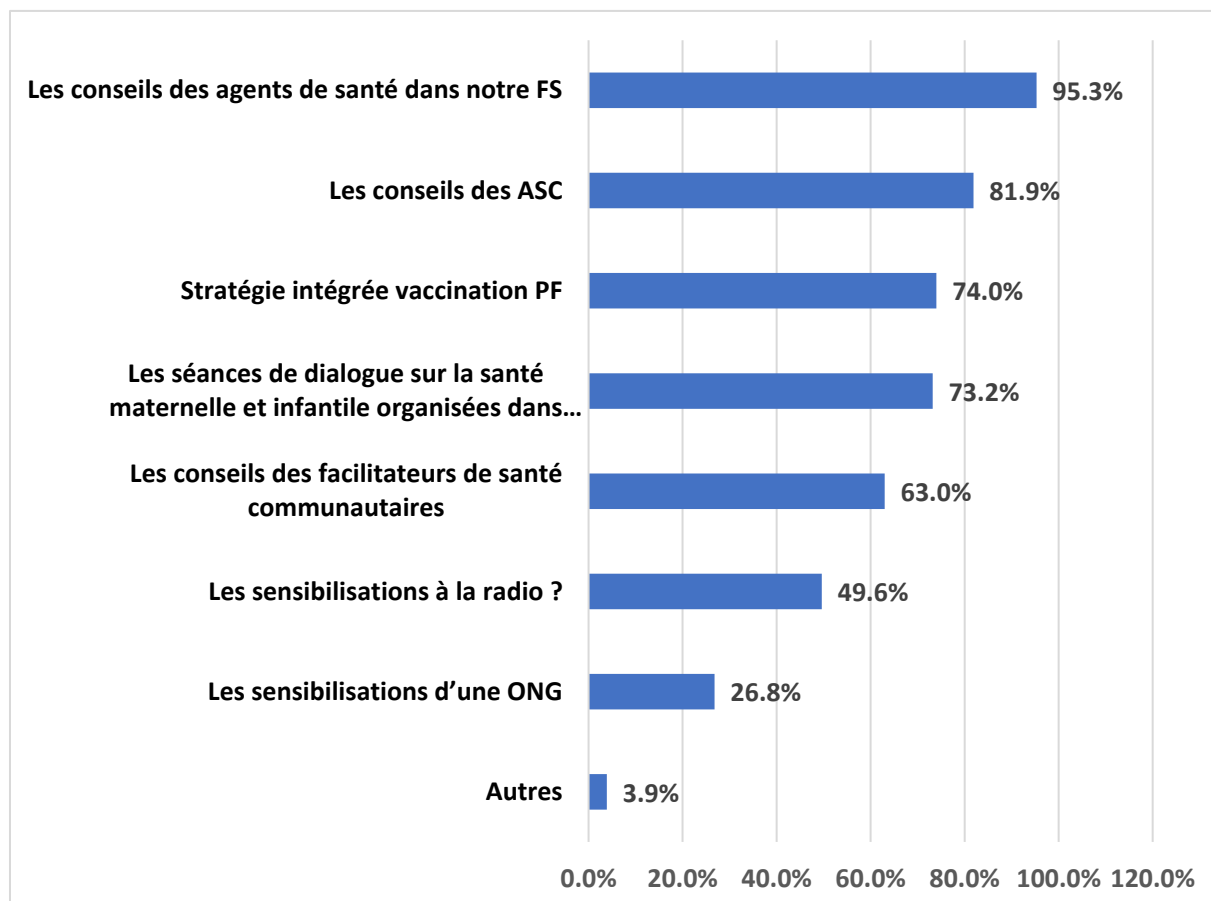
Tableau 14 : Réponses des femmes à la question de savoir si elles ont été sensibilisées sur la vaccination

Avez-vous déjà été sensibilisé sur la vaccination de vos enfants ?	Effectif	%
Oui	127	96,2%
Non	5	3,8%
Total	132	100%

Le graphique 07 indique que 95,3% des femmes interrogées ont affirmé avoir été sensibilisé sur la vaccination par les agents de santé de leur formation sanitaire respective.

Par ailleurs, elles ont déclaré avoir été sensibilisées également par les agents de santé communautaire (81,9%) et au cours des séances de dialogue sur la santé maternelle et infantile organisées dans notre communauté (73,2%).

Graphique 7 : Réponses des femmes sur les acteurs des sensibilisations



Au regard de tout ce qui précède, il ressort qu'au niveau clinique, l'offre a été améliorée par « les conseils des agents de santé dans les formations sanitaire » et au niveau communautaire, la demande a été améliorée par « les séances de dialogue sur la santé maternelle et infantile ».

Les facteurs au niveau clinique sont les formations reçues et les exercices inhérents à l'accueil et aux prestations de soins à travers la clarification des valeurs. Au cours de ces formations, des exercices ont été faits avec les infirmiers eux-mêmes en leur faisant échanger des papiers pliés sur lesquels, ils ont mentionné les secrets les plus intimes de leur vie.

Ensuite on leur a demandé chacun de lire pour l'autre et on leur a recommandé d'expliquer leur ressenti. Tous ont déclaré qu'ils se sentiraient mal à l'aise si leur prochain lisait leur secret intime. Ainsi, la leçon tirée est **le respect du secret professionnel**. Le fait de divulguer des informations personnelles d'une femme qui s'est confiée à vous pour les soins de santé est une mauvaise pratique professionnelle.

Par ailleurs, les prestataires de soins ont bénéficié d'autres formations comme :

- La formation en technologie contraceptive ;
- La vaccination contraceptive ;
- La formation des prestataires en DIU et la répartition des tâches entre elles
- La formation pratique via l'utilisation des mannequins ;
- Utilisation des techniques acquises sur les personnes physiques.

Ces formations ont favorisé l'acquisition du savoir-faire, du savoir être et des compétences qui ont permis un changement de comportement des prestataires qui ont contribué à un changement de mentalités dans certaines localités par rapport aux perceptions liées aux soins de PF administrés aux femmes. Ceci a participé à la compréhension des avantages de la PF par les communautés entraînant ainsi la prise de conscience et la diminution des plaintes ; l'amélioration de l'offre et la demande de service en planification et la réduction des besoins non satisfaits

D'autres facteurs ont aussi contribué à l'évolution du taux de prévalence contraceptive. Il s'agit entre autres, l'implication des acteurs étatiques dès le début de la mise en œuvre du projet, le transfert de compétences aux prestataires de soins, la complicité des services sanitaires, les équipements de PF mis à disposition et la supervision. Aussi, l'intervention de GIZ (maternité) dans la même zone d'intervention et POSVI Togo à travers SAR Afrique dans la vaccination sont des facteurs favorisant l'amélioration du taux de prévalence contraceptive.

Par contre, d'autres facteurs ont aussi contribué négativement à l'évolution du taux de prévalence. On peut citer entre autres, le peu d'engagement de certains prestataires, la réticence de certains conservateurs (us et coutumes) hostiles aux pratiques modernes, le discours de certains ASC qui découragent les femmes sur les méthodes nécessitant un acte d'un agent de santé (telles que les méthodes de longue durée) et les effets de la COVID 19.

Comme autres facteurs déterminant l'évolution du taux de prévalence contraceptive, il y a les barrières socioculturelles et de genre qui ont été citées par les femmes enquêtées.

Ce sont entre autres : « **l'influence des conjoints** » (62,9%), « **les discriminations et stigmatisations liées à l'utilisation des produits PF** » (61,4%), « **l'opinion publique sur les effets secondaires ou conséquences de la PF** » (62,1%) et « **l'opinion publique en général** » (58,3%). (Tableau 15)

Tableau 15 : Barrières socioculturelles et de genre en rapport avec la PF

Quelles sont les barrières socioculturelles et de genre en rapport avec la PF ?	Effectif	%
Faibles revenus	39	29,5%
Couts élevés des prestations	22	16,7%
Us et coutumes	46	34,8%
Discrimination et stigmatisation liées à l'utilisation des produits PF	81	61,4%
Opinion publique	77	58,3%
Influence des amis/collègues/voisins	59	44,7%
Influences des conjoints	83	62,9%
Influence des famille/belle-famille	55	41,7%
Niveau de prise de décision pour la PF	16	12,1%

Quelles sont les barrières socioculturelles et de genre en rapport avec la PF ?	Effectif	%
Acceptation par les familles/communautés des femmes et ou des filles adoptant la PF	46	34,8%
Opinion publique sur les effets secondaires ou conséquences de la PF	82	62,1%
Accessibilité géographique (route, la distance...)	4	3,0%
Obstacles naturels	7	5,3%
Inexistence du cadre adéquat pour la confidentialité	39	29,5%
Temps d'attente	11	8,3%
Accueil	25	18,9%
Horaires de service	6	4,5%
Disponibilité du personnel pour la PF (Nombre suffisant, présence au poste, stratégie	39	29,5%
Disponibilité des méthodes de PF demandées	35	26,5%
Accessibilité physique au lieu de PF	10	7,6%
Coût des prestations de PF	20	15,2%
Paiements de frais parallèles	25	18,9%
Autres	18	13,6%

Ainsi, pour contourner le facteur considéré comme la principale barrière culturelle « l'influence des conjoints » plusieurs femmes avaient pris la décision de recourir aux méthodes contraceptives sans en informer leurs conjoints. La conséquence est que la majorité des maris n'ont pas connaissance de la méthode contraceptive adoptée par leur femme.

En conclusion, les principaux facteurs associés à l'évolution du taux de prévalence contraceptive sont de deux ordres.

Les facteurs favorables :

- L'identification des barrières culturelles et de genre
- Le nombre des catalyseurs communautaires formés
- L'implication des acteurs étatiques
- Les séances de dialogues communautaires
- Les conseils des agents de santé
- La stratégie intégrée vaccination et PF
-

Les facteurs défavorables :

- le peu d'engagement de certains prestataires ;
- la réticence de certains conservateurs (us et coutumes) hostiles aux pratiques modernes ;
- le discours de certains ASC qui découragent les femmes sur les méthodes nécessitant un acte d'un agent de santé (telles que les méthodes de longue durée) ;
- et les effets de la COVID 19.

3.4. EFFICACITE DE LA STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE DU PSME

Pour améliorer l'accès et la qualité des services de santé essentiels aux femmes en âge de procréer et aux enfants de moins de cinq ans, le PSME a utilisé une stratégie basée sur l'intégration des services de vaccination et de planification familiale afin d'améliorer la prévalence contraceptive.

Pour une mise en œuvre efficace de la stratégie les agents de santé de première ligne ont été formés à la vaccination systématique des enfants et à l'intégration des services de PF destinés aux nouvelles mères. Tous les 22 agents prévus pour cette formation ont été effectivement formés (soit 100%). Par ailleurs, aussi tous les 22 agents de santé prévus pour être formés sur HBB l'ont été effectivement (soit 100%).

Par contre, pour la formation sur la technologie contraceptive, 22 agents de santé contre les 20 prévus et les 11 FS ont bénéficié de matériel médicotechniques et équipements pour l'offre des méthodes réversibles de contraception moderne

L'efficacité de la stratégie est illustrée par certains indicateurs et la satisfaction des femmes. Le nombre d'enfants ayant reçu un vaccin contre la rougeole à 09 mois : 3133 enfants ont été vaccinés contre 2370 (cible prévue). Ce résultat est confirmé par 71% des femmes qui ont indiqué que leurs enfants ont été vaccinés contre la rougeole à 09 mois. Pour le reste des femmes, leurs enfants n'avaient pas tout simplement l'âge requis pour le vaccin.

Globalement, la quasi-totalité des femmes (92%) sont très satisfaites de l'introduction systématique des services de PF au cours des prestations de vaccination. (Tableau 16).

Tableau 16 : Appréciation des femmes sur la stratégie intégrée vaccination et PF

	Quelle est votre appréciation de l'introduction systématique des services de PF au cours des prestations de vaccination ?	
	Eff	%
Très satisfait	4	3,6%
Satisfait	103	92,0%
Peu satisfait	4	3,6%
Pas du tout satisfait	1	0,9%
Total	112	100%

De l'avis des femmes, cette stratégie permet de prendre connaissance de toutes les informations sur les différentes méthodes contraceptives dès la première naissance afin de mieux gérer les naissances qui suivront.

En pratique, environ 85% des femmes ont affirmé avoir reçu une proposition des services de PF lorsqu'elles se sont rendues à la formation de santé pour faire vacciner leurs enfants. (Tableau 17)

Tableau 17 : Répartition des répondantes selon l'offre ou Non de services de PF au cours de la vaccination

Lorsque vous êtes allé vacciner votre enfant dans la FS, vous a-t-on proposé des services de PF ?	Effectif	%
Oui	112	84,8%
Non	20	15,2%
Total	132	100%

En termes d'amélioration des prestations grâce à la stratégie d'intégration vaccination et PF, près de 70% de femmes interrogées ont affirmé qu'il y a amélioration des prestations d'accouchement notamment une meilleure prise en charge des accouchements difficiles et une meilleure assistance aux nouveaux nés en difficulté.

Par ailleurs, certaines femmes ont fait remarquer qu'avant la mise en œuvre du projet, il y avait une insuffisance d'agent de santé au sein des formations sanitaires, et comme autres changements observés elles ont évoqué que « *Certains cas grave sont traités dans les FS, or avant ils étaient référés ailleurs* », « *Il y a amélioration de l'accueil, maintenant elles viennent au moins vous dire qu'elles sont pour le moment occupées et qu'elles viendront bientôt s'occuper de vous. C'est déjà une amélioration. Elles précisent les rdv dans les carnets* »

En ce qui concerne les services d'accouchement, 93,2% des femmes ont affirmé être satisfaits des agents de santé. Cette proportion de satisfaits est de 93,9% pour les services de PF et de 94,7% pour les services de vaccination (tableau 18).

Tableau 18 : Appréciation des services d'accouchement, de PF et de vaccination par les femmes bénéficiaires

	Quels sont vos points de vue sur les agents de santé qui offrent les services d'accouchement?		Quels sont vos points de vue sur les agents de santé qui offrent les services de PF?		Quels sont vos points de vue sur les agents de santé qui offrent les services de vaccination	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Très satisfait	7	5,3%	7	5,3%	8	6,1%
Satisfait	116	87,9%	117	88,6%	117	88,6%
Peu satisfait	6	4,5%	7	5,3%	6	4,5%
Pas du tout satisfait	3	2,3%	1	0,8%	1	0,8%
Total	132	100%	132	100%	132	100%

De l'avis des acteurs institutionnels, l'offre de services de santé dans les FS en matière de la PF et de la vaccination des enfants de 0 à 5 ans a connu une nette amélioration. En effet, la plupart des femmes ne s'intéressaient pas aux séances de vaccination avant le projet. Aucun dialogue n'était organisé pour la sensibilisation en matière de PF comme le témoigne l'infirmier responsable de la FS de Kémérida « *Au départ dans nos FS ce n'était pas facile. Pour avoir les enfants pour la vaccination c'était un travail d'arrache-pied, concernant la PF on n'en parlait pas du tout. Les populations étaient vraiment réticentes par rapport à la PF et la vaccination*

des enfants. La stratégie au plan opérationnel a consisté d'abord par la formation des facilitateurs/catalyseurs, la sensibilisation dans les centres de santé par le personnel de soins lors des services de vaccination des enfants, et ensuite nous avons adopté la stratégie intégrée de vaccination et de PF avec le PSME... »

En termes de bonnes pratiques caractérisant la stratégie de mise en œuvre, on peut citer les dialogues⁴ communautaires, le coaching, les évaluations post formation, la supervision et le suivi de la performance des prestataires.

La stratégie de mise en œuvre a gagné en efficacité par :

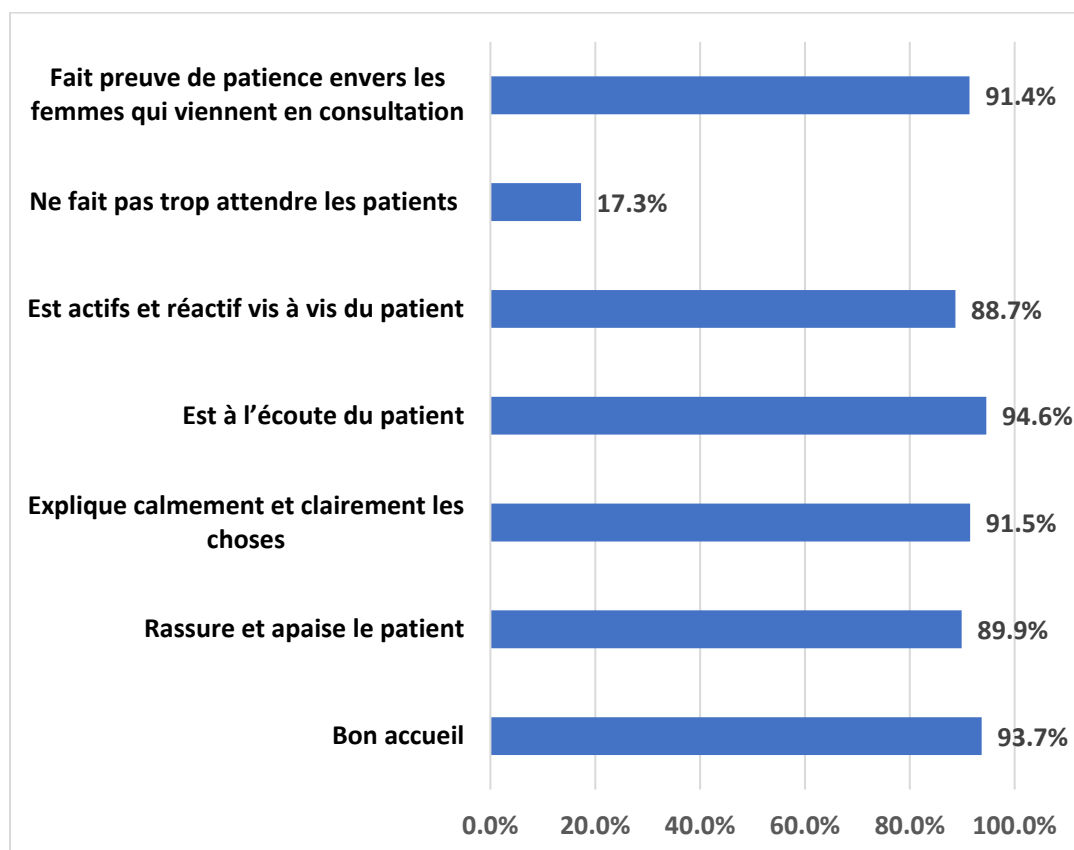
- L'implication systématique des acteurs étatiques et communautaires au début du projet a facilité l'exécution de la majorité des activités ;
- Et la franche collaboration entre les prestataires de soins et les catalyseurs communautaires ;

3.5. ATTITUDES DES PRESTATAIRES EN LIEN AVEC LES RESULTATS DU PSME

L'évaluation des attitudes des prestataires par rapport aux résultats du PSME est faite à partir des changements dans la pratique des prestataires en matière d'offre de soins.

D'une manière générale, 91% des femmes estiment que les prestataires de soins font preuve de patience au cours des consultations, 94% des femmes trouvent qu'ils sont à l'écoute des patients. Cependant, environ 83% estiment que les agents de santé les font trop attendre comme l'illustre le graphique 08.

⁴ Les dialogues communautaires sont un processus de communication participatif et interactif qui réunit différentes générations - généralement les plus âgées et les plus millénaires - pour dialoguer afin de mieux se comprendre les uns les autres, dans le but de surmonter certains obstacles auxquels les jeunes sont confrontés en ce qui concerne leur accès aux informations et aux services de santé génésique

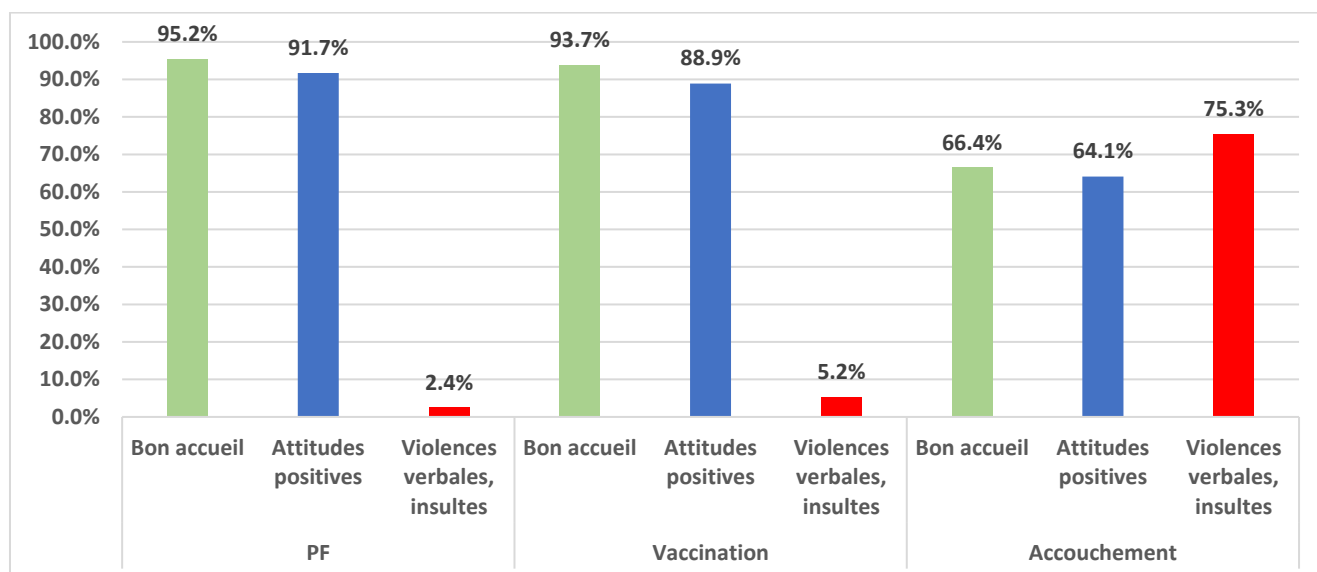
Graphique 8 : Appréciation de l'attitude des prestataires par les femmes

Considérant les différentes prestations que sont la PF, la vaccination et les accouchements, il ressort que les attitudes des prestataires sont différentes d'un service à un autre. (Graphique 09).

En effet, en matière de PF, 95,2% des femmes estiment que l'accueil des prestataires est bon et 91,7% trouvent que ces derniers adoptent une attitude positive (bonne écoute, patience, explications, considération, valorisation, ...) à leur égard.

En matière de vaccination, elles sont 93,7% à estimer que l'accueil des prestataires est bon et 88,9% à trouver que les prestataires ont une attitude positive.

Cependant, en matière de service d'accouchement, 75,3% de femmes affirment que les prestataires (sages-femmes/ accoucheuses) usent de violences verbales (insultes, brimades, paroles méprisantes,...)

Graphique 9 : Appréciation selon les services de l'attitude des prestataires par les femmes

Par ailleurs, il ressort de l'analyse des données que le renforcement des capacités techniques des prestataires en matière de PF, de vaccination et de soins obstétricaux a contribué significativement au changement de leurs comportements.

Ainsi, une accoucheuse de l'USP Solla le confirme en ces termes : « Avant, quand je n'avais pas encore des connaissances en soins, je renvoyais les femmes vers d'autres formations sanitaires. Aujourd'hui je peux les accueillir et les traiter ici ».

Un leader religieux témoigne « J'ai accompagné un Fidel ici à l'hôpital pour accoucher. C'était un cas un peu délicat. Mais à notre arrivée la sage-femme nous ai rassuré de ne pas avoir peur que ça va bien se passer qu'elle fera de son mieux. On s'attendait à être référé à kara pour l'accouchement. Grace Dieu tout s'est bien passé ici à Pagouda. Il y avait des cas moins compliqué que ça qu'on a référé à kara. Leurs formations ont porté de bons fruits ».

En outre, à travers les jeux d'accouchements, les instruments de retrait des nouveaux nés et les kits de réanimation des bébés, les prestataires ont acquis des compétences qui ont modifié considérablement leur comportement vis-à-vis des clients.

Dans les faits, Il y a eu des remises à niveau des sages-femmes et accoucheuses à travers trois types de formations : le counseling, la réanimation du nouveau-né et les technologies de la PF. De nos jours, les accoucheuses ont déclaré savoir réanimer les nouveaux nés et donner le sein de la maman couchée au bébé.

IV. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Puisqu'il s'agit d'une évaluation finale de projet, les recommandations doivent cibler la durabilité des résultats obtenus et/ou l'implémentation d'initiatives similaires. Certaines s'adresseront aux parties prenantes et d'autres seront conjointes entre plusieurs acteurs.

Recommandations au promoteur du PSME

Recommandation 01 : Définir un plan de pérennisation qui ne nécessite pas des coûts

Recommandation 02 : Renouveler une nouvelle phase du projet pour 3 à 4 ans pour avoir des effets

Recommandation 03 : Etablir une relation de collaboration avec les prestataires de soins et les catalyseurs communautaires pour plus d'efficacité et d'effets

Recommandation 04 : Instaurer une mutuelle pour accompagner les groupements permettant à la population de se soigner à moindre coût (grâce aux cotisations)

Recommandations aux autorités locales

Recommandation 01 : Maintenir les séances de dialogue sur la santé maternelle et infantile dans les communautés

Recommandation 02 : Intensifier les sensibilisations sur les méthodes contraceptives modernes auprès des maris et les encourager à participer également aux séances de dialogue communautaire sur la santé maternelle et infantile

ANNEXES

OUTILS DE COLLECTE

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES PRESTATAIRES DE SOINS, LES FACILITATEURS COMMUNAUTAIRES, LES GESTIONNAIRES DE PROJET ET DPS

Bonjour, mon nom est _____. Je travaille pour CARE internationale dans le cadre de l'évaluation finale du projet « Promotion de la Santé de la Mère et de l'Enfant ». Cet entretien vise à recueillir vos points de vue sur la mise en œuvre du projet et les résultats obtenus. Votre nom ne sera pas divulgué dans les documents.

Assurez-vous d'obtenir le consentement éclairé.

Est-ce que nous pouvons commencer?

Date de l'entretien : /_/_/_/_/_/2/_0/_2/_0/_/

IDENTIFICATION

- Formation sanitaire :
- Localité :
- Personne interviewée :
- Heure de début / fin :

COHERENCE DU PROJET AVEC LES BESOINS ET POINT DE VUE SUR LA STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET

1. Quelle était la situation d'avant-projet sur l'offre de services de PF, les SONU et la vaccination avant la mise en œuvre du projet ?
2. En quoi les stratégies du projet sont-elles en adéquation avec les besoins des formations sanitaires identifiés ?
3. Quel est votre point de vue sur la stratégie de mise en œuvre du projet (stratégie d'intégration des activités vaccination / PF) ?

ETAT DES LIEUX SUR LES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE ET DE SOINS OBSTETRIKAUX D'URGENCE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

4. Parlez-nous des différents changements que le projet a entraînés dans votre FS/district.
5. Quelle a été la contribution du projet pour améliorer l'offre de services en matière de PF, les SONU et la vaccination ?
6. Quelle a été la valeur ajoutée des formations reçues par les agents de santé en matière de SONU ?
7. Quelle a été la valeur ajoutée des formations reçues par les agents de santé en matière de vaccination systématique des enfants ?
8. Quelle a été la contribution du projet sur la disponibilité des produits, la fréquence et quantité des achats de produits, le processus d'approvisionnement

9. Points de vue sur les attitudes négatives des prestataires en matière de soins obstétricaux d'urgence et de planification familiale et les actions entreprises par le projet pour y remédier.
10. Quelles transformations le projet a induit dans les attitudes des prestataires ?
11. Quelle a été la contribution des facilitateurs/Catalyseurs communautaires sur la demande des services ?
12. Quelles sont les besoins en renforcement des compétences cliniques de la FS
13. Quelles sont les besoins en équipement de la FS?
14. Selon vous, qu'est-ce qui a contribué aux résultats positifs obtenus par le projet ?
15. Selon vous, qu'est-ce qui a contribué aux résultats négatifs obtenus par le projet ?

SUGGESTIONS POUR LA PERRENISATION DES ACQUIS

1. Quelles sont les succès et les échecs notés dans la mise en œuvre du projet ?
2. Qu'est-ce qui doit être amélioré dans ce projet si c'était à refaire?
3. Quelles sont les bonnes pratiques notées ?

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES FEMMES BENEFICIAIRES ET LES HOMMES/MARIS

Bonjour, mon nom est _____. Je travaille pour CARE internationale dans le cadre de l'évaluation finale du projet « Promotion de la Santé de la Mère et de l'Enfant ». Cet entretien vise à recueillir vos points de vue sur la mise en œuvre du projet et les résultats obtenus. Votre nom ne sera pas divulgué dans les documents. Cette évaluation ne présente aucun avantage direct pour vous. Si vous êtes mal à l'aise, vous êtes libre de refuser de participer maintenant ou à tout moment au cours de l'entretien.

S'il vous plaît, vous pouvez m'arrêter à tout moment au cours de l'entrevue si vous avez des questions ou des préoccupations.

Assurez-vous d'obtenir le consentement éclairé.

Est-ce que nous pouvons commencer

Date de l'entretien : /__/_/__/__/_/2020/20/

IDENTIFICATION

- ➔ Formation sanitaire :
- ➔ Localité :
- ➔ Personne interviewée :
- ➔ Heure de début / fin :

COHERENCE DU PROJET AVEC LES BESOINS ET POINT DE VUE SUR LA STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET

1. Quelle était la situation d'avant-projet sur l'offre de services de PF, les SONU et la vaccination avant la mise en œuvre du projet ?
2. En quoi les stratégies du projet sont-elles en adéquation avec les besoins des formations sanitaires identifiés ?
3. Quel est votre point de vue sur la stratégie de mise en œuvre du projet (stratégie d'intégration des activités vaccination / PF) ?

CHANGEMENTS INDUITS PAR LE PROJET

4. Parlez-nous des différents changements que le projet a entraîné dans la FS que vous fréquentez en matière de PF, de vaccination, d'accouchement et de soins de santé des enfants.
5. Parlez-nous des différents changements que le projet a entraînés dans votre communauté sur les normes sociales en matière de santé.
6. Quel est votre point de vue sur la contribution du projet pour améliorer l'offre de services en matière de PF, les SONU et la vaccination ?
7. Quel est votre point de vue sur les attitudes des prestataires en matière de soins obstétricaux d'urgence et de planification familiale et les actions entreprises par le projet pour y remédier.
8. Quelles transformations le projet a induit dans les attitudes des prestataires ?
9. Quelle a été la contribution des facilitateurs/Catalyseurs communautaires sur la demande des services ?

10. Si vous avez accouché dans votre FS avant 2018 et après 2018 ?, quels changements avez-vous observé ?
11. Quels sont vos points de vue sur les agents de santé qui offrent les services d'accouchement?
12. Quels sont vos points de vue sur les agents de santé qui offrent les services de PF?
13. Quels sont vos points de vue sur les agents de santé qui offrent les services de vaccination?

SUGGESTIONS POUR LA PERRENISATION DES ACQUIS

1. Quelles sont les succès et les échecs notés dans la mise en œuvre du projet ?
2. Qu'est-ce qui doit être amélioré dans ce projet si c'était à refaire?
3. Quelles sont les bonnes pratiques notées ?

QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX FEMMES AVEC ENFANT DE MOINS DE 05 ANS

Numéro de la fiche /__/_/_/_/

IDENTIFICATION DE L'ENQUETE(E)			
Canton :			

Village :			

FS		fréquentée	par
l'interviewée _____			

SECTION 1 : UTILISATION DES METHODES DE PF

N° Quest.	Libellé	Modalité, Code	Saut à
Q101	Avez-vous déjà accouché dans la FS de votre communauté ?	1. Oui 2. Non	Si Non passer à Q103
Q102	Si oui, quand avez-vous accouché pour la dernière fois dans votre formation sanitaire ?		
Q103	Avez-vous déjà participé à une séance de dialogue communautaire sur la santé maternelle et infantile?	1. Oui 2. Non	
Q104	Votre mari a-t-il déjà participé à une séance de dialogue communautaire sur la santé maternelle et infantile?	1. Oui 2. Non	
Q105	Avez-vous connaissance de l'existence des méthodes de PF ?	1. Oui 2. Non	
Q106	Faites-vous quelque chose pour éviter une grossesse actuellement (utilisation de méthodes contraceptives) ?	1. Oui 2. Non	Si Non passer à Q108
Q107	Si oui, quelle méthode contraceptive utilisez-vous actuellement ?	a. Pilules b. Injectables c. Implants d. Préservatifs e. Spermicides f. DIU g. Abstinence périodique	

N° Quest.	Libellé	Modalité, Code	Saut à
		h. Autre (à préciser) _____	
Q108	Utilisiez-vous déjà (dans le passé) une méthode contraceptive ? (<i>avez-vous toujours utilisé une méthode contraceptive dans le passé ?</i>)	1. Oui 2. Non	Si Oui passer à Q110
Q109	Si non pourquoi n'utilisiez-vous pas ces méthodes?	a. Je n'avais pas connaissance de ces méthodes b. Je ne comprenais pas l'utilité de ces méthodes c. Nos cultures/ coutumes/ traditions ne me le permettait pas d. Nos FS ne nous proposaient pas ces méthodes e. Nos FS ne nous renseignaient pas sur ces méthodes f. J'étais mal informé sur ces méthodes g. Je pensais que ces méthodes pouvaient rendre stérile h. Mauvaises qualité de soins i. Mon mari s'y opposait j. Mauvais accueil des agents de santé k. Autres (à préciser) _____	
Q110	Si vous utilisez actuellement des méthodes contraceptives que vous n'utilisiez pas dans le passé, qu'est-ce qui vous a poussé à le faire ?	a. Les séances de dialogue sur la santé maternelle et infantile organisées dans notre communauté b. Les conseils des agents de santé dans notre FS c. Les conseils des ASC d. Les conseils des facilitateurs de santé communautaires e. Les sensibilisations à la radio ? f. Les sensibilisations d'une ONG g. Mon mari ne s'y oppose plus h. Les problèmes de santé dus à un accouchement i. Amélioration de la qualité de soins j. Bon accueil des agents de santé k. Stratégie intégrée vaccination PF	

N° Quest.	Libellé	Modalité, Code	Saut à
		l. Autres (à préciser) _____	
Q111	Si vous n'utilisiez aucune méthode contraceptive dans le passé et que vous en utilisez actuellement, qu'est-ce qui vous a poussé à le faire ?	<ul style="list-style-type: none"> a. Les séances de dialogue sur la santé maternelle et infantile organisée dans notre communauté b. Les conseils des agents de santé dans notre FS c. Les conseils des facilitateurs de santé communautaires d. Les sensibilisations à la radio ? e. Les sensibilisations d'une ONG f. Mon mari ne s'y oppose plus g. Les problèmes de santé dus à un accouchement h. Amélioration de la qualité de soins i. Bon accueil des agents de santé j. Stratégie intégrée vaccination PF k. Autres (à préciser) _____ 	
Q112	Si vous n'utilisez pas actuellement de méthodes de PF, seriez-vous disposées à en utiliser dans l'avenir?	<ul style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 	Si Oui passer à Q201
Q113	Si non, pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> a. Je n'ai pas confiance en ces méthodes b. C'est contre nos cultures/ coutume c. Certaines méthodes peuvent rendre stérile d. C'est dangereux pour la santé e. Mauvaise qualité des soins au sein de ma FS f. Mon mari s'y oppose g. Mauvais accueil des agents de santé h. Autres (à préciser) _____ 	

SECTION 2 : APPRECIATION DES SERVICES OFFERTS

N° Quest.	Libellé	Modalité, Code	Saut à
Q201	Avez-vous été sensibilisé sur la PF au sein de votre FS	<ul style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 	

N° Quest.	Libellé	Modalité, Code	Saut à
Q202	Avez-vous été sensibilisé sur la PF au sein de votre FS lorsque vous étiez venu pour la vaccination de votre enfant ?	1. Oui 2. Non	
Q203	Quelle est votre appréciation par rapport à cette stratégie intégrée ?	1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Peu satisfait 4. Pas du tout satisfait	
Q204	Si vous avez accouché dans votre FS avant 2018 et après 2018 ?, quels changements avez-vous observé ?	a. Amélioration des services b. Amélioration des prestations d'accouchement c. Prise en charge des accouchements difficiles d. Assistance aux nouveaux nés en difficulté e. Aucun changement f. Autres (à préciser) _____	
Q205	Avez-vous déjà été sensibilisé sur la vaccination de vos enfants ?	1. Oui 2. Non	Si Non passer à Q207
Q206	Si oui, par qui ?	a. Les séances de dialogue sur la santé maternelle et infantile organisées dans notre communauté b. Les conseils des agents de santé dans notre FS c. Les conseils des ASC d. Les conseils des facilitateurs de santé communautaires e. Les sensibilisations à la radio ? f. Les sensibilisations d'une ONG g. Stratégie intégrée vaccination PF h. Autres (à préciser) _____	
Q207	Votre enfant a-t-il été vacciné contre la rougeole à 09 mois ?	1. Oui 2. Non	Si Oui passer à Q209
Q208	Si Non, pourquoi ?		
Q209	Quels sont vos points de vue sur les agents de santé qui offrent les services d'accouchement?	1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Peu satisfait	

N° Quest.	Libellé	Modalité, Code	Saut à
		4. Pas du tout satisfait	
Q210	Quels sont vos points de vue sur les agents de santé qui offrent les services de PF?	1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Peu satisfait 4. Pas du tout satisfait	
Q211	Quels sont vos points de vue sur les agents de santé qui offrent les services de vaccination	1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Peu satisfait 4. Pas du tout satisfait	
Q212	Quelles sont les barrières socioculturelles et de genre en rapport avec la PF?	<p><u>Barrières liées au client</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Faibles revenus b. Coûts élevés des prestations <p><u>Barrières liées aux familles et communautés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> c. Us et coutumes d. Discrimination et stigmatisation liées à l'utilisation des produits PF e. Opinion publique f. Influence des amis/collègues/voisins g. Influences des conjoints h. Influence des famille/belle-famille i. Niveau de prise de décision pour la PF j. Acceptation par les familles/communautés des femmes et ou des filles adoptant la PF k. Opinion publique sur les effets secondaires ou conséquences de la PF <p><u>Barrières liées à l'environnement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> l. Accessibilité géographique (route, la distance...) m. Obstacles naturels <p><u>Barrières liées à l'offre de service de PF (FS)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> n. Inexistence du cadre adéquat pour la confidentialité o. Temps d'attente p. Accueil q. Horaires de service r. Disponibilité du personnel pour la PF (Nombre suffisant, présence au poste, stratégie s. avancée) t. Disponibilité des méthodes de PF demandées u. Accessibilité physique au lieu de PF v. Coût des prestations de PF w. Paiements de frais parallèles 	

N° Quest.	Libellé	Modalité, Code	Saut à
		x. Autres (à préciser) _____	
Q213	Lorsque vous êtes allé vacciner votre enfant dans la FS, vous a-t-on proposé des services de PF ?	1. Oui 2. Non	Si Non passer à Q215
Q214	Quelle est votre appréciation de l'introduction systématique des services de PF au cours des prestations de vaccination ?	1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Peu satisfait 4. Pas du tout satisfait	
Q215	Justifiez votre réponse		

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

PERSONNES RENCONTREES AU NIVEAU INSTITUTIONNEL

Répondants	Prévus	Réalisé
Coordonnateur du projet	1	1
Docteur Tchamdja	1	1
Directeur régional de la santé	1	1
Directeur Préfectoral de la Santé de la Binah	1	1
Point focal SSR de la Kara	1	1
Point focal vaccination de la binah	1	1
Sage-femme Makimoré au CHR Kara	1	1
DSMI/ Planning Familial	1	1
TOTAL	8	8

PERSONNES RENCONTREES AU NIVEAU CLINIQUE

Répondants	Prévus	Réalisé
PAGOUDA		
Infirmier	1	1
Sage-femme	1	1
KEMERIDA		
Infirmier	1	1
Sage-femme	1	1
KETAO		
Sage-femme	1	1
TOTAL	1	1
SOLLA		
Infirmier	1	1
accoucheuse	1	1
TOTAL	8	8

PERSONNES RENCONTREES AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

Répondants	Prévus	Réalisé
KETAO		
Femmes	4	4
Hommes	2	2
Catalyseur	1	1
Leader religieux	1	1
PAGOUDA		
Femmes témoins	3	3
Hommes témoins	3	3
Leader religieux	1	1
KEMERIDA		
Femmes	3	3
Hommes	2	2
Catalyseur	1	1
Pasteur	1	1
SOLLA		
Femmes	3	3
ASC	1	1
Chef de village	1	1
Président COGES	1	1
TOTAL	28	28

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Rapport d'activité de soutien aux soins de santé maternelle et infantile au Togo, CARE BENIN/TOGO, janvier à juin 2020, (17 p)
2. Rapport d'activité de soutien aux soins de santé maternelle et infantile au Togo, CARE BENIN/TOGO, juillet à décembre 2019, (15 p)
3. Rapport d'activité de soutien aux soins de santé maternelle et infantile au Togo, CARE BENIN/TOGO, décembre 2018 à juin 2019, (17 p)
4. Rapport d'étude de l'Analyse situationnelle des barrières socio- culturelles et de genre dans les onze (11) formations sanitaires du district de la Binah au Togo, CARE BENIN/TOGO, Octobre 2019, (39p)
5. Rapport de formation des agents des centres de sante appuyés par le projet de promotion de la sante de la mère et de l'enfant de care Benin/Togo sur le counseling équilibre plus (CB+) », CARE BENIN/TOGO, août 2019, (26p)
6. Rapport de la 2ème session de formation des prestataires de sante de la BINAH en planification familiale dans le cadre de la mise en œuvre du projet PSME, Pagouda, DIRECTION PREFECTORALE DE LA SANTE DE LA BINAH, du 09 au 20 Décembre 2019, (38p)
7. Rapport de formation de prestataires de santé en Planification familiale dans le cadre de la mise en œuvre du projet PSME, CARE BENIN/TOGO, 29 mai au 07 juin 2019, (19p)
8. Rapport général atelier de formation des prestataires en soins essentiels au nouveau-né et réanimation selon la méthode HBB ET HMS, DIRECTION DE LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT, novembre 2019, (22p)