

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

**DIRECTION DES ETUDES ET
DE LA PLANIFICATION**

**PROGRAMME D'APPUI AU DEVELOPPEMENT
SANITAIRE (PADS)**

BURKINA FASO
Unité □ Progrès - Justice

**COMPTE RENDU DE L'ATELIER BILAN
DE LA MISE EN || UVRE DE LA DBC
AVEC LES ONG - RENCAP
Ouagadougou les 12 et 13 avril 2012**



Avril 2012

Introduction

Au cours des dix dernières années, le Burkina Faso s'est engagé à l'instar de nombreux pays à rendre disponible les services de santé de la reproduction de qualité à travers plusieurs programmes dont la planification familiale. Afin de mieux répondre aux nombreux défis dans ce domaine, le Ministère de la santé avec l'appui de ses partenaires a mis en place de nouvelles stratégies dont la distribution à base communautaire des contraceptifs.

Dans son plan de travail 2012, la Direction de la santé de la mère et de l'enfant a prévu la tenue d'un atelier bilan de mise en œuvre de cette DBC en collaboration avec le PADS et l'UNFPA . C'est ainsi que les 12 et 13 avril 2012, s'est tenu dans la salle de réunion du PADS, le dit atelier qui a regroupé les PTF en l'occurrence l'UNFPA, les DRS, les MCD, et dix sept (18) ONG/Associations intervenant dans la DBC à travers le pays.

Les travaux se sont déroulés de la manière suivante :

1. Ouverture de la cérémonie
2. Introduction sur la stratégie DBC
3. Etat de mise en œuvre des activités DBC par les ONG/Associations
4. Synthèse des difficultés et des meilleures pratiques
5. Etat de mise en œuvre des recommandations passées et des nouvelles recommandations,
6. Les perspectives

1. Cérémonie d'ouverture

La cérémonie d'ouverture a été présidée par le représentant du coordonateur du PADS, qui a souhaité la bienvenue aux participants. Il a ensuite situé l'importance de la DBC qui est une stratégie sélective pour combler les besoins non satisfaits en planification familiale.

Après avoir présenté les objectifs de cette rencontre, il a souhaité une contribution effective des participants aux échanges et a souhaité plein succès aux travaux. Après le mot introductif et l'adoption de l'agenda, un tour de table a permis aux participants de se présenter. Pour le bon déroulement des travaux, un présidium a été mis en place co-présidé par le DRS des Cascades et un représentant de la DEP, assisté de trois rapporteurs (PADS, DSME et l'ABBEF).

2. Introduction sur la stratégie DBC

Cette première présentation a été faite par la Directrice de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME). Son intervention a porté sur l'historique, les principes et stratégies de la DBC des produits contraceptifs au Burkina à travers les points suivants :

2.1. Le contexte

En rappel, la situation sanitaire du Burkina Faso est caractérisée par des indicateurs démographiques et de SR alarmants ; en effet selon le RGPH de 2006 la population totale est 14 017 262 d'habitants avec un taux d'accroissement annuel de 3,1%, un indice synthétique de fécondité élevé de 6 enfants par femme et un taux de fécondité des adolescentes de 130 pour 1000. On note également une faible prévalence contraceptive (15%) et des besoins non couverts en planification familiale élevés (23,8%) surtout dans les zones rurales. Tous ces facteurs défavorables, sont couronnés par une faible accessibilité géographique aux services de santé conduisant ainsi à la décision d'aller à la DBC en 2009. La contractualisation des activités de santé avec les ONG et associations était un cadre favorable pour renforcer la mise en œuvre de cette intervention.

2.2. Définition, but et objectifs de la DBC

Comme définition, on retiendra que la DBC est une approche de prestation de services. C'est un ensemble de prestations intégrées, conçues, organisées et gérées avec, pour et par les communautés dans le but de satisfaire leurs

besoins de santé. Elle est une intervention essentielle susceptible de contribuer de manière significative à réduire les besoins non satisfaits en PF

Le but visé par la DBC est :

- ✓ d'améliorer la demande et l'utilisation des services de Planification familiale au Burkina Faso ;
- ✓ de rendre disponibles, accessibles partout dans le pays, surtout dans les zones les plus reculées ou d'accès difficile, des services de SR/PF de qualité en s'assurant de la disponibilité de produits contraceptifs de qualité.

2.3. Les principes et stratégies

Quatre principes sous-tendent la DBC :

- ✓ au plan géographique : Amener les services et les contraceptifs plus près des lieux d'habitation des populations.
- ✓ au plan économique : Assurer que les contraceptifs sont vendus à un prix raisonnable.
- ✓ au plan administratif : Faciliter autant que possible l'accès et l'utilisation des contraceptifs.
- ✓ au plan cognitif : Fournir des informations exactes, fiables et faciles à comprendre pour que les clients puissent faire des choix informés sur les méthodes qu'ils souhaitent utiliser.

2.4. Les objectifs visés par la DBC :

- susciter la demande de services de santé reproductive au niveau communautaire
- améliorer la disponibilité des services de santé reproductive au niveau communautaire;
- améliorer l'accès aux services de santé reproductive au niveau communautaire
- améliorer la référence des clients/ clientes vers les structures sanitaires;
- impliquer les populations dans la résolution de leurs problèmes de santé.

- accroître la connaissance et l'utilisation des services de santé reproductive;
- augmenter la prévalence contraceptive;

2.5. Les résultats attendus

- Les populations cibles ont un meilleur accès aux produits contraceptifs et aux conseils en matière de santé reproductive;
- Les populations cibles sont mieux informées et utilisent davantage les services de santé reproductive;
- Les connaissances des populations cibles sont renforcées sur les options de planification familiale;
- la population participe plus activement à la résolution de ses problèmes de santé.

2.6. Les stratégies d'intervention

Deux approches ont été expérimentées.

- L'approche classique dite intégrée où la distribution à base communautaire est entièrement organisée et prise en main par les structures sanitaires. Ici les prestataires de santé effectuent la formation, la supervision et le suivi des ADBC.
- L'approche contractuelle à travers laquelle les ADBC sont formés, supervisés et évalués par les OBCE ; ce modèle se fonde sur le fait que les ECD pourront se consacrer ainsi à des tâches plus techniques et déléguer les services à base communautaire à d'autres intervenants.

2.7. Le processus de mise en œuvre

Ce processus a été décrit selon les étapes suivantes :

- la décision de contractualiser certaines activités de santé avec les ONG et associations prise par le Ministère de la Santé en 2008
- la mise en place d'un comité technique national de coordination et de suivi de la contractualisation (CTN)
- le recrutement et la formation des ONG de renforcement des capacités (ONG-Rencap),

- la signature de protocoles de partenariat Ministère de la Santé/ ONG, renforcement des capacités des ONG et OBCE
- la signature d'un accord UNFPA/Ministère de la santé de mise en place d'un fonds ciblé DBC
- la sélection et formation des organisations à base communautaires (OBCE)
- la sensibilisation de la communauté, en l'occurrence les leaders et les hommes.
- l'implication des autorités administratives et sanitaires
- le choix des agents distributeurs à base communautaire (ADBC).
- la formation des ADBC et de leurs superviseurs (animateurs)
- l'élaboration des outils de suivi et évaluation
- La documentation régulière du travail des ADBC.

2.8. Le paquet minimum d'activités des ADBC

Les activités des ADBC consistent essentiellement en des séances d'IEC sur différents thèmes de PF y compris la santé des jeunes et adolescents sur l'importance, les avantages de la PF, ainsi que les différentes méthodes contraceptives. Il y a également la référence des femmes pour l'initiation aux méthodes et la distribution à base communautaire des produits contraceptifs (Pilules, Condoms masculins et féminins, spermicides, Collier) la recherche des perdus de vue, la référence des cas qui dépassent les compétences de l'agent SBC

2.9. La responsabilité de la DRS et des ECD

Elle se situe aux différents niveaux que sont :

- la planification
- la coordination
- l'approvisionnement des formations sanitaires en équipement et en produits
- le contrôle, suivi, supervision
- l'appui aux personnels des formations sanitaires et aux COGES
- la documentation des expériences
- la recherche action

2.10. Le circuit d'approvisionnement en produits

- La CAMEG commande les produits selon les besoins nationaux, les stocks et en assure la distribution.
- Les Districts sanitaires sont approvisionnés par les agences régionales de la CAMEG,
- Les CSPS s'approvisionnent auprès des DRD
- Les ADBC sont ravitaillés par les CSPS au prix de vente DRD, afin de leur permettre de générer des bénéfices pour leurs ristournes.
- L'approvisionnement des ADBC se fait soit par les superviseurs des OBCE ou par les CSPS. En cas de rupture de stock, les ADBC sont autorisés à se réapprovisionner à tout moment au CSPS.

2.11. Acquis, forces et faiblesses de la DBC

- l'existence d'une volonté politique de développer les SBC
- l'implication croissante des organisations à base communautaire dans la mise en œuvre des programmes de santé
- les SBC sont acceptés au sein des communautés
- le début effectif des activités de distribution
- l'accès des groupes vulnérables aux services de planification familiale
- le développement d'un partenariat élargi et solide autour de la contractualisation

2.12. Les difficultés et insuffisances

- les stratégies et les activités des ASBC ne sont pas toujours coordonnées
- l'absence de stratégies efficaces et pérennes de motivation des agents au niveau communautaire;
- l'insuffisance de supervision des ASBC, de suivi et évaluation des activités SBC par les structures déconcentrées de l'Etat
- l'insuffisance de rapportage des données des activités SBC dans le SNIS ;

2.13. Les défis

- la mobilisation des ressources financières pour soutenir l'extension de la stratégie

- l'extension de la stratégie pour couvrir toutes les localités du pays
- la motivation soutenue des acteurs de mise en œuvre notamment les ADBC
- le renforcement de la collaboration entre structures de santé et OBCE
- la gestion des produits contraceptifs et leur disponibilité dans les villages
- la gestion intégrée de l'information sanitaire dans le cadre de la DBC

2.14. Conclusion

Il a été rappelé que la DBC est un mécanisme essentiel de décentralisation des services SR/PF au niveau communautaire, est pertinente pour notre pays. Aussi la faisabilité et l'acceptabilité de la DBC des contraceptifs dans les localités, donne la preuve qu'un changement programmatique et politique pourrait améliorer l'accès des femmes aux services de planification familiale dont elles ont besoin.

3. Etat de mise en œuvre des activités des ONG-Rencap

Le canevas de présentation soumis aux ONG-Rencap pour faire le bilan de la mise en œuvre des activités était le suivant :

- Une introduction présentant l'ONG-Rencap, sa zone de couverture et un bref rappel du contexte de la DBC ;
- Un rappel des objectifs, des stratégies et mécanisme de mise en œuvre ;
- Les activités menées en 2010 et 2011 ;
- La situation financière de 2010 et 2011
- Les meilleures pratiques ;
- Les acquis et difficultés rencontrées ;
- La conclusion et les perspectives

3.1. Présentations de IPC lots 6,7 et FDC lots 10, lot 11 et 12

Après les présentations de ces 2 ONG-Rencap, une page de discussion a été ouverte pour des questions d'éclaircissement et des contributions.

3.1.1 De la présentation de IPC

Les interventions ont porté sur :

- la carte de préparation à l'accouchement mise en place par l'ONG-Rencap,
- le rôle et les responsabilités confiés à chaque acteur (ASC, animateurs),
- les raisons pour lesquelles le district de Zabré n'est pas couvert par le processus de la contractualisation,
- les stratégies utilisées pour obtenir une forte implication des hommes dans les activités de la DBC,
- les raisons de la mise en place d'une base de données épi-info
- la non prise en compte de la promotion du condom féminin dans les perspectives de distribution.
- Le nombre de villages couverts et les critères de sélection de ces villages à éclaircir.

3.1.2 De la présentation de FDC

Il a été discuté :

- le non respect du canevas de présentation du bilan soumis aux ONG-Rencap par FDC
- la non compréhension de la cartographie de la DBC par FDC,
- les raisons qui font que les femmes ne veulent pas se déplacer pour le renouvellement de leur pilule,
- la sous utilisation des agents ADBC formés.

Les participants ont suggéré à l'ONG de mettre l'accent sur la promotion de l'utilisation du condom féminin dans les perspectives,

3.2. Présentations de AES/ Burkina lots 4 et 8, ABBEF lots 5 et 16, SOS Sahel lot 1 et 21

3.2.1 De la présentation de AES

Il est ressorti :

- la faiblesse de l'accompagnement des OBC-E par les formations sanitaires dans la mise en œuvre des activités DBC

- la non clarification du circuit d'approvisionnement en contraceptif des ADBC,
- la nécessité de reformulation des meilleures pratiques et les points forts qui ont permis l'atteinte des objectifs.

3.2.2 De la présentation de ABBEF pour les 2 lots

On retiendra :

- les raisons du faible taux d'exécution des activités (73%)
- la nécessité de reformulation des meilleures pratiques,
- la non prise en compte du condom féminin,
- la nécessité de revoir le canevas de présentation,
- la nécessité de clarifier le mécanisme d'approvisionnement et de réapprovisionnement des produits contraceptifs.

3.2.3 De la présentation de SOS Sahel lot 1 et 21 :

- les causes de la rupture de stocks des produits contraceptifs pour le lot 21
- la nécessité de revoir la formulation des meilleures pratiques
- la révision du canevas de rapportage ;
- la présence du dépoprovera et du jabelle dans les kits des OBCE

Les travaux de la 1^{ère} journée ont pris fin à 14h25.

Les travaux de la 2^{ème} journée de l'atelier bilan de la DBC avec les ONG-Rencap ont commencé à 08h 40 avec la troisième série de présentations des ONG-Rencap suivantes :

3.3. Présentations de CICDOC lot 2, AEC lot 3, ADRK lot 9, GRET lot 14, PROGETTMONDO lot 15, AMMIE lot 17

Les observations sur ces premières présentations de la deuxième journée ont porté essentiellement sur les points suivants :

3.3.1 De la présentation du CICDOC

- l'uniformisation des kits DBC
- la durée de la formation des ASC,
- la faible performance de certaines OBC-E

3.3.2 De la présentation de AEC

- les superviseurs que sont les ICP doivent s'assurer que l'approvisionnement en produits contraceptifs se fait par les ASC avec l'appui des OBCE

3.3.3 La présentation de ADRK

- la méthode d'évaluation des femmes à référer dans les FS pour la PF en termes de prévision,

3.3.4 La présentation de GRET

- problèmes de disponibilité des produits contraceptifs ; les OBCE n'ont toujours pas reçu leur dotation de départ
- la nécessité de prendre des actions dans le but d'arriver à une compréhension moins diversifiée de l'approche de contractualisation au niveau des structures décentralisées de santé

3.3.5 La présentation de PROGETOMONDO

- la non réception des condoms féminins et des colliers dans la dotation en kit de départ des OBCE
- la nécessité de réfléchir sur la motivation des ASC pour qu'ils poursuivent le travail même en période morte (activités hors plan d'action)
- Réfléchir sur la possibilité de prescrire d'autres types de contraceptifs en stratégie avancée par des agents de santé

3.3.6 La présentation de AMMIE

- Pourquoi le nombre d'ASC utilisés dépasse le nombre d'ASC formés,
- uniformisé les canevas,
- les raisons qui justifient les 108% du taux d'allocation
- les facteurs expliquant la non utilisation du condom féminin,

A près la pause-café intervenue à 10h45, la série des présentations de la deuxième journée a pris fin avec les ONG-Rencap suivantes :

3.4 Presentations de SEMUS lot 18, Federation Wend yam lot 19, RAJS, SOS J & D, AAS, BURCASO, FCI

3.4.1 De la présentation de SEMUS lot 18

- les agents DBC de cette association ont connu des ruptures de stock des produits
- pour l'acquisition souhaitée du matériel audio visuel d'animation, il a été recommandé d'exprimer le besoin en réunion du CTN pour décision à prendre.

3.4.2 De la présentation de Fédération Wendyam lot 19

- Un accent particulier a été mis sur les émissions radiophoniques par l'ONG-Rencap et les OBCE
- Difficulté pour certains ASC à remplir la fiche de coche
- Insuffisance d'outils de sensibilisation (boîtes à images, films)

3.4.3 De la présentation de RAJS

- Les quantités distribuées par cette association sont en deçà des attentes,
- bien mener des plaidoyers pour plus d'actions de sensibilisations envers les scolaires surtout dans la région du sud-ouest où plusieurs élèves sont tombées enceintes,
- certains membres des ECD se sont plaints de la non visibilité de cette association dans la région du sud-ouest,
- il a été signifié à l'association d'entreprendre des démarches auprès du Ministère de l'enseignement secondaire et supérieur pour faciliter le bon déroulement de leurs activités sur le terrain,
- Donner des précisions sur le rôle des pairs éducateurs de cette association

3.4.4 De la présentation de SOS J et D

- Des éclaircissements ont été demandés sur les outils de collecte que l'association compte enrichir ainsi que la faible distribution des contraceptifs,

- il a été question de clarifier le rôle des marraines et animatrices dans les activités de sensibilisation,
- Des participants ont félicité l'association pour leur action en faveur des groupes vulnérables.

3.4.5 De la présentation de AAS

- La formule de calcul des résultats n'était pas correcte ;
- les participants ont demandé des clarifications sur l'expérience des kiosques à café dans le cadre de la sensibilisation des jeunes.

3.4.6 De la présentation de BURCASO

- Les participations ont émis leur inquiétude sur l'extension de la DBC dans les marchés
- des contradictions ont été constatées entre le taux d'exécution financière des activités et le bilan physique,

3.4.7 De la présentation de FCI

- Les participants ont bien apprécié la mise en œuvre de la DBC faite par FCI au sahel

3.4.8 Les réponses aux questions et préoccupations posées par les participants

- Le rôle des ASC se limite à la mobilisation, les visites à domicile et l'accompagnement des femmes dans les centres de santé
- La carte de préparation à l'accouchement est une stratégie qui consiste à cibler les femmes enceintes par concession et leur donner toutes les informations sur les avantages de l'accouchement à domicile ;
- Dans les dotations de départ des kits DBC, le condom féminin ne figurait pas, néanmoins après vérification de la note du SG de la santé à l'endroit des bénéficiaires, le condom féminin fait parti de la dotation que la CAMEG a faite aux OBC-E ;
- Pour le cas du district de Zabré, l'appel à candidature pour le recrutement d'OBC-E a été infructueux ;

- L'expérience des kiosques à café pour les jeunes est une stratégie mise en œuvre par certaines associations et vise à donner des messages clés aux jeunes pour l'adoption de comportements favorables à la santé ;
- Il a été question de l'harmonisation du curriculum de formation des agents DBC grâce à l'appui financier de la GIZ et de l'UNOAS. La durée de la formation des agents DBC est maintenant de 6 jours ;

3.4.9 Les acquis et les forces

- Renforcement des capacités d'intervention des OBC-E (Supervisions ; formation des équipes de coordination et des animateurs/ASC);
- Adhésion effective des différents partenaires dans la mise en œuvre des activités de distribution à Base Communautaire (DBC) ;
- Fort engouement des populations pour les différentes activités des OBC-E : Augmentation du nombre de couples référés pour la planification familiale ;
- Démarrage effective de la Distribution à Base Communautaire des produits contraceptifs : Proximité et accessibilité des produits contraceptifs des populations ;
- La franche et bonne collaboration entre ONG Rencap/OBC-E et les acteurs de la santé dans la mise en œuvre des activités de la santé de la reproduction et de planification familiale : Participation aux CTRS et aux CODI (ONG Rencap), aux CSD (OBC-E); Rencontre bilan de la DBC avec les ASC/animateurs et les formations sanitaires
- Bonne mobilisation sociale
- Bonne acceptation de la population des méthodes contraceptives
- Une meilleure collaboration avec l'appui accompagnement des agents de santé des CSPS concernés
- Choix consensuel des villages DBC avec les agents de santé (ICP, ECD, OBCE);
- Existence d'une cartographie DBC;
- Formation des ASC et AV;
- Démarrage effectif des activités DBC;

- Des communautaires ont bénéficié d'une formation pour sa mise en œuvre
- Une adhésion progressive des populations à la démarche de planification familiale

3.4.10 Les défis qui se posent à la mise en œuvre de la DBC:

- La pérennité des activités de la DBC ;
- La formation continue des acteurs de la DBC ;
- La collaboration entre les différents acteurs de la mise en œuvre de la DBC (à tous les niveaux) ;
- Poids de la religion chez certains ASC qui constitue une entrave à la sensibilisation de la population
- Analphabétisme des acteurs
- Le respect des procédures comptables du PADS
- Impliquer davantage les hommes/ chef de famille ainsi que les leaders villageois dans les actions de sensibilisation sur la DBC pour une appropriation communautaire
- Extension de la DBC à tous les villages du district sanitaire
- Toucher au moins 50% des FAP de chaque village à la PF en 2012
- Un suivi rigoureux de la vente des produits DBC.

3.4.11 Commentaires généraux sur la mise en œuvre de la DBC

- Revoir le système d'information afin que tous les acteurs (DRS, DS et ONG-Rencap) soient au même degré d'informations ;
- Il faut exploiter les meilleures pratiques et les documenter ;
- Transmettre les rapports dans un délai raisonnable ;
- Les ONG-Rencap ne doivent pas conditionner l'élaboration de leur bilan financier par la validation des états des comptes régionaux du PADS ;
- L'UNFPA ne peut pas couvrir tous les besoins mais, elle accompagne la politique du pays en matière de santé,
- La DBC est une stratégie porteuse, il faut en faire une préoccupation et chaque ONG/OBCE doit faire une synthèse de ses activités en points forts et points à améliorer

- Pour la transmission des données un effort doit être fait afin que les rapports arrivent à temps au niveau des formations sanitaires, des DS et DRS ;
- L'importance des rapports qui renseignent sur l'état de mise en œuvre des activités ;
- Les informations complémentaires demandées aux ONG/associations dans le cadre de cette intervention sont capitales pour la DSME et pour les partenaires ;

4. Synthèse des difficultés et des meilleures pratiques

4.1. La synthèse des difficultés

- L'analphabétisme de certains ASC est un handicap pour la mise en œuvre de la DBC.
- Il y a surtout des résistances religieuses à la mise en œuvre de la DBC dans certains villages.
- Le système de financement, outre son insuffisance et comme les autres sources de financement, ne respecte pas les procédures contractuelles.
- Nombre insuffisant de trousseaux DBC (1kit/village au lieu de 2);
- Les femmes ne veulent pas se rendre au CSPS pour la 1^{ère} consultation (motif du déplacement vers le CSPS)
- Faible participation des hommes aux séances d'IEC
- Présence sur le marché de contraceptifs non appropriés(Prohibés)
- Désir d'autres méthodes contraceptives en dehors de celles de la DBC ;
- Faible niveau d'instruction des ASC compliquant la gestion des stocks DBC
- Faible couverture géographique de la DBC ce qui suscite des conflits entre les ASC
- le circuit d'approvisionnement des produits contraceptifs
- invalidité de certaines AV pour des raisons d'âge ou de santé
- Mobilité du personnel au sein des OBC-E rendant difficile la coordination des activités ;

- Mise à la disposition tardive des produits contraceptifs aux OBC-E (circuit de transmission long et non maîtrisé)
- Réticence des hommes et de certains milieux religieux aux messages et à l'utilisation de méthode contraceptive ;
- Manque de moyen de déplacement pour les VAD ;
- Enveloppe allouée aux OBC-E ne permettant pas de couvrir toutes leurs zones de couvertures et d'intensifier les activités d'IEC/CCC
- Non exhaustivité des outils de collectes de données sur la DBC (informations sur les utilisateurs des méthodes contraceptives)

4.2. La synthèse des meilleures pratiques

- ! Sortie d'information des OBC-E auprès des CSPS
- ! La parité hommes/femmes dans la participation aux activités de sensibilisations et dans l'utilisation des méthodes (++)
- ! Participation à la semaine de plaidoyer sur les accouchements assistés ;
- ! Le renforcement de l'équipe de supervision par l'implication des ICP ;
- ! Fonctionnalité de la référence entre les ASC et les CSPS pour le renouvellement du stock ;
- ! L'adhésion des responsables coutumiers à la PF ;
- ! L'implication des femmes et des leaders coutumiers à travers les actions de sensibilisation ;
- ! Mise en place d'une équipe de formation/supervision facilitante
- ! Rencontre ECD-ICP-ONG-RENCAP qui permet de résoudre les difficultés.

5. Etat de mise en œuvre des recommandations passées/nouvelles recommandations

5.1 Etat de mise en œuvre des recommandations passées

N°	RECOMMANDATION	RESPONSABLE	ETAT DE MISE EN OEUVRE			OBSERVATION
			Réalisée	En cours	Non réalisée	
1	Maintenir la rencontre bilan semestrielle sur la DBC (PADS/DSME)	PADS, DSME	1			La deuxième rencontre est en cours
2	Prendre en compte la DBC dans les plans d'action 2012 des ONG Rencap et OBCE (PADS/DSME/UNFPA)	PADS, DSME UNFPA	1			Les planifications ont été intégrées cette année
3	Mener des prestations de PF (méthodes prescriptibles) en stratégie avancées avec l'appui technique des agents de santé.	DS, DRS, ONG	???			A renseigner par les ONG Rencap et DRS
4	Valider les données de DBC aux niveaux district et régional avant leur transmission au niveau central. Les TACs régionaux pourraient être mis à profit à cette fin (DRS/MCD)	DRS, MCD	???			A renseigner par les DRS et DS
5	Suivre la transmission des rapports d'activités des OBCE aux différents niveaux du système de santé afin d'en améliorer la complétude et la promptitude (MCD/DRS).	MCD, DRS	???			A renseigner par les DRS

6	Documenter les bonnes pratiques en matière de DBC (OBCE/ONG/DRS/DS)	ONG, DRS, DS, OBCE	1			Quatre documents sur les bonnes pratiques ont été produits par IPC, RAJS, UNFPA, Cette activité mérite d'être renforcée
7	Partager la documentation nationale et internationale sur les expériences de DBC (DSME, UNFPA)	DSME, UNFPA	En cours			Action continue de partage de la documentation
8	Renforcer le suivi des activités des OBCE. Les cadres de concertation des DRS, districts et formations sanitaires peuvent être mis à profit (DRS/DS).	DRS, DS	???			A renseigner par les ONG Rencap
9	Voir la possibilité de traduire les supports/Outils de communication en langues nationales pour pouvoir l'adapter aux cibles.	ONG	???	1		A renseigner par les ONG Rencap
10	Déployer des efforts pour utiliser au maximum les ressources disponibles au niveau des ONG-Rencap et OBCE afin d'éviter des reliquats en fin d'année	???	???			A renseigner par les ONG Rencap
11	Elaborer un document d'orientation pour mettre à la disposition des ONG	DSME			1	Activité planifiée pour T2 2012.
	TOTAL					

5.2 Nouvelles recommandations

N°	RECOMMANDATION	RESPONSABLE	ETAT DE MISE EN OEUVRE			OBSERVATION
			Réalisée	En cours	Non réalisée	
1	Elaborer un guide de remplissage du canevas de présentation du bilan DBC	DSME				
2	Ventiler les rapports des rencontres bilans à tous les participants pour le suivi de la mise en œuvre des recommandations	PADS/DSME				
3	Nécessité d'améliorer la collaboration entre tous les acteurs pour une mise en œuvre réussie de cette intervention	DRS				
4	Inscrire la problématique de l'acquisition du matériel d'IEC en réunion du CTN	DSME/PADS				

5	Faire le point des produits contraceptifs ventilés par la CAMEG en rapport avec les produits contraceptifs reçus par les ONG (DSME)	DRS				
6	Nécessité pour les ONG de transmettre les rapports semestriels au plus tard 1 mois après la fin de l'exercice pour bénéficier du prochain virement	ONG-RENCAP				
7	Adresser une correspondance officielle au MENA pour demander et obtenir l'autorisation d'intervenir dans les établissements secondaires	RAJS				
8	Doter FCI en S2 2012 de ressources pour la poursuite de la DBC au sahel	PADS				

Divers

Les ONG-Rencap ont été informées que :

- des nouvelles boites à images nutrition sont disponibles à la Direction de la nutrition
- Le virement des fonds DBC pour les activités du premier semestre a été effectué depuis le 5 avril 2012 ;
- La base de données des ONG-Rencap qui a été élaboré en 2011 doit être utilisée par les ONG-Rencap pour faire le rapportage de la mise en œuvre des activités du premier semestre 2012.

6. Perspectives

En termes de perspectives, on retiendra qu'il faudra :

- Faire un plaidoyer auprès des bailleurs de fond pour le financement des activités de la DBC ;
- Poursuivre et renforcer les cadres d'échanges entre OBC-E, ONG Rencap et structures de santé pour une meilleure appropriation des activités de la DBC (Saisir toute occasion pour animer un thème en rapport avec la mise en œuvre des activités de terrain (échange de bonne pratique) ;
- Maintenir et renforcer le partenariat avec les différents acteurs de l'approche contractuelle de la DBC ;
- Etendre la couverture DBC à tous les villages couverts par la contractualisation dans les deux ans à venir
- Augmenter les ventes dans tous les villages
- Orienter davantage les sensibilisations sur la PF vers les hommes
- Former de nouveaux ASC;
- Poursuivre la mise en œuvre du plan d'action 2012;

Rapporteurs :

Mme SANOU PADS

SARI Serge Attaché de santé à la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant

Sawadogo Emmanuel ABBEF Ouaga