

Résumé

En 1995, l'association guatémaltèque de planification familiale, Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala (APROFAM), a mené, en partenariat avec le Population Council, des recherches opérationnelles pour comparer les taux d'acceptation et de continuation de l'administration par des établissements sanitaires, et de l'administration à base communautaire, du contraceptif injectable acétate de médroxyprogestérone-dépôt (DMPA). Le projet a assuré la distribution à base communautaire (DBC) du DMPA à plus de 750 femmes de quatre districts. Quinze mois après la première injection, le taux de continuation chez les clientes du programme DBC était de 90 pour cent, taux identique à celui des clientes des établissements sanitaires. Le programme DBC a également affiché des taux d'acceptation et de continuation élevés chez les femmes rurales mayas, ce qui était un but important du programme. Le suivi a révélé que les agents DBC avec le plus grand nombre de clientes et avec le plus grand nombre d'années-couples de protection chez leurs clientes étaient des femmes dans la trentaine qui étaient reconnues pour leur leadership au sein de la communauté. Seulement trois infections ont été signalées chez toutes les clientes du programme DBC. En raison du succès enregistré, APROFAM a étendu son programme DBC au reste du pays, opérant ainsi dans les 12 districts du pays. Tous les agents DBC du programme de développement rural d'APROFAM sont formés à fournir des services DMPA. En outre, les agents DBC administrent désormais non seulement le DMPA (progestatif seul) mais aussi le contraceptif injectable combiné Cyclofem (progestatif et œstrogène).

Contexte

APROFAM, l'organisation guatémaltèque affiliée à la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), est le plus grand prestataire de services de planification familiale au Guatemala. En 1995, APROFAM opérait 15 centres de santé maternelle et infantile situés en milieu urbain ainsi qu'un réseau de plus de 4.000 postes de distribution situés en faubourg et en milieu rural. Les postes de distribution sont dirigés par des membres bénévoles de la communauté qui ont été formés et qui, en plus de fournir des méthodes de contraception orale et de barrière, assurent un counseling en planification familiale et réfèrent les clientes aux services appropriés, en cas de nécessité.


En 1995, lorsque l'acétate de médroxyprogestérone-dépôt (DMPA) a été ajoutée aux services existants de planification familiale à base communautaire, APROFAM a dirigé un projet de recherche opérationnelle en partenariat avec le Population Council pour mesurer les taux d'acceptation et de continuation de ce contraceptif. L'étude a comparé la prestation de services DMPA dans les cliniques APROFAM à celle des agents DBC dans quatre districts ruraux.

Lorsque le projet a commencé, les agents DBC n'administraient pas la première injection. Les femmes recevaient la première injection soit au centre soit d'un éducateur APROFAM qui encadrait les agents DBC. Ensuite, le projet a offert aux clientes l'option de recevoir les autres injections de l'agent DBC ayant été formé à cet effet qui se trouvait le plus près de leur domicile. Cependant, deux problèmes ont surgi qui ont limité le nombre de femmes qui avaient accès au DMPA. En premier lieu, les éducateurs APROFAM effectuaient des visites de supervision DBC une ou deux fois par mois seulement et, de ce fait, la visite ne correspondait pas toujours au moment du cycle menstruel où une femme pouvait recevoir sa première injection. En deuxième lieu, les clientes qui se rendaient au centre pour recevoir leur première injection choisissaient presque toujours de revenir à cet établissement pour leurs autres injections. Pour surmonter ces obstacles à l'accès du DMPA, les chercheurs ont modifié la stratégie en permettant aux agents DBC certifiés par des cliniciens d'administrer toutes les injections, même la première.

En tout, 160 agents DBC ont été formés à administrer le DMPA et, une fois la stratégie changée, le taux d'acceptation des injections administrées par les agents DBC s'élevait de manière significative. Dans un espace de quatre mois, plus de 600 nouvelles utilisatrices du DMPA recevaient leurs injections de ces agents. Vers la fin du projet, d'une durée de 16 mois, 1.189 femmes recevaient des services DMPA : 410 femmes auprès de cliniciens et 779 auprès d'agents DBC. Soixante-cinq pour cent des femmes qui ont participé au projet n'avaient jamais reçu de méthode de planification familiale auparavant. On peut en conclure que la prestation des services DBC n'a pas simplement ajouté une autre méthode de contraception, mais a augmenté l'adoption de la contraception. En outre, à 15 mois, les taux de continuation du DMPA administré à base communautaire étaient élevés et presque identiques à ceux de l'administration du DMPA dans des centres, soit environ 90 pour cent. Les raisons avancées pour expliquer ces taux de continuation élevés sont la commodité et la discrétion de cette méthode ainsi que les perceptions culturelles selon lesquelles les médicaments sous forme d'injection sont efficaces. Cependant, les chercheurs ont fait remarquer que les raisons du succès de ce projet devaient être examinées plus en profondeur.

POINTS CLES

- La DBC du DMPA a permis à un plus grand nombre de femmes d'adopter ce contraceptif.
- Les taux de continuation pour la DBC et pour les établissements sanitaires ont été pratiquement identiques.
- Les infections au site de l'injection ont été très rares et comparables pour les deux types de services.
- Les populations qui ont difficilement accès aux établissements sanitaires ont bénéficié de la DBC du DMPA.



Un but important du projet était d'assurer des services aux mayas, une communauté rurale d'accès difficile. Dans le cadre de l'étude, 83 pour cent des clientes mayas ont reçu des services DMPA de la part des agents DBC et des éducateurs locaux. Dans l'ensemble, les clientes mayas ont enregistré un taux de continuation de 89 pour cent, montrant que les populations difficiles à atteindre pouvaient bénéficier de la distribution à base communautaire.

Choisir les bonnes personnes : critères de sélection des agents DBC

Les agents DBC ont été sélectionnés en fonction de leur proximité aux centres APROFAM, de leur niveau d'instruction de base, de leur intérêt à participer et de leur expérience passée en matière de planification familiale. Pendant la formation, les agents DBC ont appris des informations détaillées sur le DMPA et sur les aspects techniques de l'injection et de la prévention des infections. Ils ont également appris à conseiller les clientes sur toutes les méthodes de contraception disponibles, à prendre en charge les effets secondaires, à référer les clientes aux services appropriés, à utiliser le manuel DBC et les supports de travail et à guider les clientes pour un choix et un consentement éclairés.

Les agents DBC étaient tenus de réussir à un examen sanctionné par un certificat avant de pouvoir fournir des services DMPA à la communauté. Les agents DBC qui fournissaient des services de qualité — ce qui était déterminé par un superviseur — à un minimum de trois clientes pouvaient recevoir leur certificat. Les superviseurs avaient recours à une liste de pointage pour l'octroi du certificat en vue d'assurer un niveau minimum de qualité des services.

Au cours de visites de surveillance, tous les agents DBC ont fait preuve d'une excellente connaissance du DMPA et étaient conscients de l'importance de prodiguer du counseling aux clientes. Il est intéressant de noter que seulement cinq cas d'infection au site de l'injection ont été documentés. Des agents DBC avaient administré l'injection à trois de ces utilisatrices et du personnel clinique avait administré l'injection aux deux autres, ce qui atteste la qualité comparable d'ensemble entre les services DBC et les services fournis dans des centres.

Acceptation de la DBC du DMPA

Les éducateurs qui ont encadré les agents DBC ont déclaré que les agents qui avaient le plus grand nombre d'utilisatrices du DMPA étaient en général reconnus pour leur leadership au sein de la communauté et qu'ils bénéficiaient de la confiance et du respect de la communauté. Parmi les agents DBC les plus efficaces (ceux qui ont distribué plus de 5 années-couples de protection contraceptive), seulement deux étaient des hommes, en comparaison de 15 femmes. (Une femme particulièrement excellente avait distribué 23 années-couples de protection.) La plupart des agents excellents avaient achevé leurs études primaires et avaient 30 ans ou plus. Sur les 47 femmes qui utilisaient toujours activement le DMPA au suivi de 15 mois, les trois quarts avaient choisi de se faire administrer les injections par les agents DBC en raison de la facilité d'accès, de la confidentialité et de la discrétion de ce mode de service.

Taux de continuation pour la DBC du DMPA

Incidence des visites à domicile

La stratégie initiale dans le cadre de ce projet prévoyait que les agents DBC devaient faire des visites à domicile, non seulement pour administrer les injections, mais aussi pour rappeler aux clientes qu'elles devaient recevoir leur nouvelle injection. Les visites de suivi à domicile peuvent être importantes pour les taux de continuation : chez les femmes qui recevaient la visite de l'agent DBC ce taux était de 94 pour cent, en comparaison de 88 pour cent pour les clientes qui ne bénéficiaient pas de ces visites. Cependant, les visites à domicile ne sont pas toujours souhaitées par les femmes qui veulent protéger leur vie privée. Seulement 38 pour cent des utilisatrices du DMPA autorisaient les visites à domicile.

Attention accordée aux travailleuses migrantes

Un aspect particulier du projet a été de trouver un moyen pour permettre aux travailleuses migrantes de continuer à recevoir leurs injections quand elles étaient au loin, puisqu'une étude précédente avait montré que, dans certaines communautés, la migration était l'une des raisons principales de l'abandon du DMPA. Alors que le projet n'avait pas été conçu pour mesurer les taux d'adoption et d'abandon du DMPA chez les femmes migrantes, ces femmes avaient la possibilité d'acheter des doses supplémentaires à emporter quand elles changeaient d'endroit. Une brochure a aussi été préparée pour transmettre des messages élémentaires sur le DMPA — notamment des instructions concernant les injections — afin qu'un clinicien ou un agent APROFAM de leur nouveau lieu de résidence puisse administrer l'injection.

Note : l'expression conventionnelle « distribution à base communautaire » (DBC) est utilisée dans toutes ces synthèses à des fins d'homogénéité. Cependant, le concept de distribution de produits aux individus des communautés est en train d'être progressivement remplacé par celui de la livraison non seulement de produits, mais aussi de services. Ainsi, l'expression « services à base communautaire » (SBC), qui couvre les activités effectuées par des véhicules comme les programmes de vulgarisation agricole, les pharmacies, les drogueries et les programmes d'alphabétisation, est de plus en plus utilisée. Pareillement, d'autres expressions — comme agents de santé communautaires, agents communautaires de santé de la reproduction, ou agents de santé villageois — sont utilisées pour décrire divers types de paraprofessionnels travaillant au niveau communautaire.

Référence

Fernández VH, Montúfar E, Ottolenghi E, et al. Injectable contraceptive service delivery provided by volunteer community promoters. Article non publié. Population Council, 1997; Communication personnelle avec le Dr. Montúfar par courrier électronique.

Ce document a été produit par Family Health International dans le cadre du programme CRTU, grâce au soutien financier de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). Son contenu ne reflète pas nécessairement la politique de l'USAID.

Pour des renseignements supplémentaires ou des exemplaires de ce document, veuillez contacter :

Publications Coordinator
Family Health International
P.O. Box 13950
Research Triangle Park, NC
USA
Tél : 919-544-7040
Fax : 919-544-7261
Courriel :
publications@fhi.org

Juin 2007

