

## Résumé

En 1975, le gouvernement du Bangladesh, avec la collaboration du Centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques, Bangladesh (ICDDR,B), a entamé la distribution à base communautaire (DBC) de préservatifs et de contraceptifs oraux dans 150 villages du sous-district du Matlab. Le contraceptif injectable acétate de médroxyprogestérone-dépôt (DMPA ou Dépo-Provera) a été offert dans six villages seulement afin d'évaluer ses effets sur le programme. En 1977, le programme a été modifié afin d'offrir le DMPA à tous les villages participants et d'améliorer la formation et l'encadrement des prestataires locaux — changements qui ont sensiblement amélioré l'acceptation du contraceptif et pratiquement doublé le taux de continuation contraceptive sur une année. Vers le début de 1979, le DMPA avait remplacé les contraceptifs oraux comme la méthode la plus populaire, représentant environ la moitié de toute l'utilisation contraceptive. La DBC des contraceptifs s'est étendue avec succès, en 1984, aux sous-districts d'Abhoynagar et de Sirajgang, faisant ainsi plus que doubler l'utilisation contraceptive de ces régions en général, et faisant passer l'utilisation des contraceptifs injectables de 0,1 à 25 pour cent, en particulier. La DBC des contraceptifs a été encore étendue en 1993 à huit autres districts. Malgré quelques imperfections dans la prestation des services par les agents DBC, les études ont constaté un meilleur counseling, une meilleure facilité d'accès et une plus grande satisfaction des clientes dans les régions où les services DBC des contraceptifs injectables étaient disponibles.

## Le Projet de services de santé et de planification familiale de 1977

En 1975, le programme de distribution contraceptive du Matlab a offert la livraison à domicile de préservatifs et de contraception orale dans 150 villages. Le programme de 1975 a augmenté l'utilisation des contraceptifs de 1,0 pour cent à 17,9 pour cent en trois mois seulement. Cependant, sur une période de deux ans, l'utilisation est tombée à 11 pour cent en raison des taux d'abandon élevés et de l'adoption insuffisante de la contraception par de nouvelles utilisatrices.

Le programme de distribution contraceptive du Matlab a été suivi en 1977 par le Projet de services de santé et de planification familiale (FPHSP), qui a été introduit dans 70 villages, couvrant une population totale de 80.000 personnes. La priorité a été accordée à une stratégie axée sur la cliente. Des agents de santé villageois (ASV) du sexe féminin ont été formés à conseiller les clientes en matière de planification familiale, à fournir des préservatifs, des contraceptifs oraux, des capsules de mousse vaginale et à administrer des injections de DMPA. Ces agents ont également été formés à référer les clientes, en cas de nécessité, aux services disponibles dans les centres régionaux. Les ASV ont en outre amélioré la qualité de leur service en prodiguant des soins de santé maternelle et infantile, en proposant le counseling et des informations sur une bonne nutrition, en distribuant à leurs clientes des comprimés de fer et d'acide folique et en administrant des immunisations anti-tétanos.

## Élargissement du rôle du DMPA

Par rapport au programme initial de 1975, le FPHSP a sensiblement amélioré le taux d'acceptation contraceptive au bout d'un an et a presque doublé le taux de continuation après un an. Le taux d'acceptation a été encore plus élevé au bout de 18 mois, avec seulement une faible baisse du taux de continuation. Le nombre de femmes qui répondaient aux conditions d'utilisation (mariées, âgées de 15 à 44 ans) et qui utilisaient un moyen de contraception est passé de 6,9 pour cent en 1977 à 33,5 pour cent en 1979.

Le FPHSP a également modifié le profil d'utilisation de la contraception dans la région du Matlab, le DMPA remplaçant les contraceptifs oraux comme méthode de préférence. Vers avril 1979, le DMPA représentait la moitié de tous les contraceptifs utilisés dans la zone d'étude.

## Expansion des succès du Matlab

S'appuyant sur la réussite du projet Matlab, des programmes analogues ont été lancés en 1984 dans les sous-districts d'Abhoynagar et de Sirajganj. Vers 1991, l'utilisation contraceptive était passée de 21 pour cent à 47 pour cent dans l'Abhoynagar et de 11 pour cent à 41 pour cent dans le Sirajganj. Il est intéressant de noter que l'utilisation des contraceptifs injectables est passée de 0,1 pour cent au début du programme à 25 pour cent au bout de huit ans. Dans le prolongement de ce succès, la distribution à base communautaire a été à nouveau élargie en 1993 à huit autres sous-districts.

## Suivi et évaluation des programmes

Le programme de planification familiale du Bangladesh a continué à évaluer son activité de distribution à base communautaire des contraceptifs injectables en suivant les taux d'acceptation, d'abandon et de satisfaction parmi ses clientes et en adaptant les mécanismes et les procédures du programme en conséquence. En 1997, l'ICDDR,B a réalisé une évaluation approfondie de son programme à l'appui des leçons retenues entre 1982 et 1996. Des exemples des points soulevés sont présentés ci-après.

## Agents de santé villageois

Dans le cadre du projet initial du Matlab, la distribution des contraceptifs et le counseling étaient assurés par des femmes ASV qui étaient âgées, veuves et illettrées. Dans le projet FPHSP qui a été beaucoup plus

## POINTS CLES

- Au Bangladesh, la distribution à base communautaire efficace des contraceptifs, y compris les méthodes injectables, s'est concentrée sur les besoins de chaque cliente. Ces programmes ont été intégrés aux programmes élargis de santé de la reproduction.
- La contraception injectable est devenue extrêmement populaire au Bangladesh, représentant presque la moitié de l'utilisation globale de la contraception dans certaines régions.
- Des enquêtes ont constaté que la satisfaction des clientes, la facilité d'accès aux services, la discrétion et le counseling étaient tous meilleurs dans les régions qui disposaient de la DBC pour les contraceptifs injectables que dans les zones d'étude qui n'en disposaient pas.



réussi, les femmes ASV avaient un niveau d'instruction correspondant au moins au niveau d'études primaires, étaient mariées avec des enfants et avaient personnellement utilisé des contraceptifs. Des ASV bien mieux formés et qualifiés, avec une connaissance approfondie du programme — en particulier des technologies contraceptives — étaient plus aptes à conseiller les clientes et à les encourager. Vers le début des années 1990, les ASV fournissant des services intégrés en matière de santé de la reproduction (y compris des contraceptifs et du counseling en santé maternelle et infantile) devaient être diplômés du secondaire. Il convient de noter que les ASV éprouvaient une certaine fierté et satisfaction à être en mesure d'administrer des contraceptifs injectables, en raison de la crédibilité accrue dont jouissaient ces femmes au sein de la communauté.

### Injections sans danger

Les infections résultant d'une injection ont été extrêmement rares pendant le projet FPHSP. Une étude de 1994 sur le suivi des programmes a révélé que les prestataires appliquaient une technique « sans contact » dans plus de 90 pour cent des injections. Dans presque tous les cas, les prestataires utilisaient du coton imbibé d'alcool ou de savlon (une solution antiseptique) pour désinfecter le site de l'injection. Dans la vaste majorité des cas, les prestataires se lavaient les mains avec de l'eau et du savon avant d'administrer l'injection. Toutefois, l'étude a relevé un problème concernant la fréquence à laquelle les prestataires vérifiaient les dates limites d'utilisation des médicaments. A l'occasion d'un atelier sur la distribution à base communautaire des contraceptifs injectables qui a eu lieu en 1994, des préoccupations ont également été exprimées sur le manque de connaissance des méthodes et des moyens pour éliminer les seringues et les aiguilles usagées.

### Abandon

La plupart des cas d'abandon de la contraception injectable étaient liés à trois principaux effets secondaires en rapport avec des troubles menstruels : l'aménorrhée, des règles trop abondantes et des saignements légers. Ces observations sont conformes aux résultats obtenus dans d'autres pays.

### Counseling

On a observé quelques imperfections relatives au counseling prodigué par les prestataires au sujet des contraceptifs injectables. Plus d'un tiers des prestataires ne consultaient pas les listes de contrôle pour le suivi utilisées dans le cadre du projet. Si la plupart des clientes ont reçu des informations sur les effets secondaires, seulement un tiers d'entre elles étaient mises au courant des signes de complication associés aux contraceptifs injectables. Malgré ces imperfections du counseling, les enquêtes ont dégagé plusieurs améliorations dans les régions qui offraient la DBC des contraceptifs injectables par rapport aux zones d'étude qui n'offraient pas ce service : meilleure satisfaction des clientes, une plus grande facilité d'accès aux services, une plus grande confiance dans la méthode, un emploi plus discret, un meilleur counseling et une meilleure prise en charge des effets secondaires.

### Distribution actuelle du DMPA

Au cours des 10 dernières années, le programme de planification familiale du Bangladesh s'est encore amélioré. Afin de servir un plus grand nombre de clientes et de réduire les coûts, le programme a commencé à se détourner des services conventionnels de planification familiale sous forme de porte à porte pour la prestation de services dans des centres de soins ; en milieu rural, un plus grand nombre de femmes se rendent à des postes de santé fixes situés dans leur communauté pour recevoir des soins. La volonté des femmes (après des décennies de distribution de porte à porte) de sortir de chez elles pour se rendre à des postes fixes atteste en partie le succès de ces 35 ans d'efforts en planification familiale. Il se dégage des études que non seulement les femmes sont désormais plus à l'aise de quitter leur domicile pour obtenir des soins, mais aussi que le détournement des services de porte à porte pour des services à des postes fixes n'a pas réduit la prévalence contraceptive. En réalité, en milieu rural, la prévalence contraceptive et l'utilisation du DMPA ont augmenté. Par ailleurs, le programme a réussi à réduire le coût des prestations de services.

*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.*

### Références

- Ashraf A, Ahmed S, Phillips JF. The example of doorstep injectables. In Barkat-e-Khuda, Kane TT, Phillips JF, eds. *Improving the Bangladesh Health and Family Planning Programme. Lessons Learned through Operations Research. Monograph No. 5*. Dhaka, Bangladesh: International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh, 1997.
- Bangladesh Demographic and Health Survey 1999-2000. Dhaka, Bangladesh: National Institute of Population Research and Training, 2001.
- Bhatia S, Mosley WH, Faruque ASG, et al. The Matlab Family Planning-Health Services Project. *Stud Fam Plann* 1980;11:202-12.
- International Centre for Diarrhoeal Research, Bangladesh. Workshop on injectable contraceptives. *Glimpse Newsletter* 1994;16:3-4.
- John Hopkins Center for Communication Programs. New era for injectables. *Popul Reports* 1995;23(2). Accessible : [www.infoforhealth.org/pr/k5edsum.shtml](http://www.infoforhealth.org/pr/k5edsum.shtml).
- Rahman M, Mosley WH, Kahn AR, et al. Contraceptive distribution in Bangladesh: some lessons learned. *Stud Fam Plann* 1980;11:191-201.
- Routh S, Ashraf A, Stoeckel J, et al. Consequences of the shift from domiciliary distribution to site-based family planning services in Bangladesh. *Int Fam Plann Perspect* 2001;27:82-89. Accessible : [www.guttmacher.org/pubs/journals/2708201.html](http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2708201.html).

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](mailto:publications@fhi.org)

Juin 2007

