



Le Projet de Santé Intégré Plus (PROSANIplus) a été mis en œuvre en République Démocratique du Congo (RDC) de juin 2015 à juin 2018 par Management Sciences for Health (MSH) et Overseas Strategic Consulting, Ltd. (OSC), avec un contrat de sous-traitance via Pathfinder/Evidence to Action. Financé par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), PROSANIplus a été élaboré pour éviter de créer un vide dans l'offre de services de santé dans des zones de santé appuyées par l'USAID à travers son Projet de Santé Intégré (PROSANI) d'une durée de cinq ans qui s'est achevé en 2015. Les deux composantes principales étaient le soutien direct pour des activités de prestation de service et le renforcement des systèmes de santé. La composante liée aux services comprenait une utilisation accrue, avec un impact fort, de services liés à la planification familiale, à la santé maternelle, néonatale et infantile, à la nutrition, au paludisme, à la tuberculose, au VIH/Sida, à l'eau, assainissement et hygiène (EAH) ainsi que l'adoption de pratiques saines dans les zones de santé ciblées. La composante liée au renforcement des systèmes de santé comprenait une mise en œuvre améliorée des politiques sélectionnées, de la promotion du programme et de prises de décisions, particulièrement au niveau des provinces. Finalement, le projet fut élaboré afin de créer de meilleures conditions pour renforcer la disponibilité et l'utilisation de services, de produits et de pratiques sanitaires, avec un impact fort, pour plus de 31 millions de personnes dans neuf provinces de la RDC avec 168 zones de santé cibles (une augmentation de 115% par rapport aux 78 zones de santé appuyées par PROSANI).

La planification familiale à la portée de chaque foyer

Mini-campagnes de porte-à-porte pour promouvoir les méthodes contraceptives

Contexte

À 6,6 naissances par femme, le taux de fécondité chez les femmes en RDC est élevé, ce qui s'explique en partie par la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes (8 %). Près de 28 % des femmes en âge de procréer ont des besoins non comblés en matière de contraception moderne, cependant la RDC est confrontée à un défi important pour garantir l'accès aux services de planification familiale.¹ Les disparités géographiques sur un vaste territoire, conjuguées au contexte fragile, les infrastructures rudimentaires (y compris les routes) et le faible niveau de connaissance ou la désinformation concernant la planification familiale compliquent l'accès des femmes aux établissements sanitaires et la capacité à assurer la continuité des services, en particulier lorsque la disponibilité et la qualité sont également souvent limitées.² En outre, même lorsque les femmes souhaitent espacer ou limiter les naissances de leurs enfants, des normes sexuelles spécifiques inévitables créent des obstacles sociaux à l'accès des femmes aux services, et une participation et un soutien plus actifs des hommes sont nécessaires.

Le Plan stratégique national 2014-2020 de la RDC présente une vision multisectorielle qui vise à augmenter la prévalence de la contraception moderne à 19 % et à faire en sorte qu'au moins 2,1 millions de femmes puissent accéder aux méthodes contraceptives modernes et les utiliser d'ici 2020. Pour accroître rapidement l'accès et l'information aux services de planification familiale, le Ministère de la Santé Publique (MSP) a instauré une méthode faisant participer au

¹ Ministère du Plan de la RDC, Enquête Démographique et de Santé en RDC, 2013-2014

² Mpunga D, et al. Disponibilité et qualité des services de planning familial en République démocratique du Congo : Fort potentiel d'amélioration. Santé dans le monde : Science et pratique 27 juin 2017 ; 5(2) :274-285.

moins trois agents de distribution à base communautaire (DBC) de méthodes de planification familiale par aire de santé. Selon la politique nationale, les agents de DBC sont autorisés à fournir des pilules contraceptives orales et des préservatifs. Les agents de DBC ont offert l'Implanon NXT® à travers une intervention pilote soutenue par le MSP. On procède actuellement à la mise à l'échelle de l'utilisation de Sayana Press®, et le changement de politique pour l'offre de cette méthode par les agents DBC est

en cours. Même dans les aires de santé comportant au moins trois agents de DBC, avec une moyenne d'un seul agent de DBC pour 700 femmes en âge de procréer, la couverture est faible. Malgré le potentiel des agents de DBC pour améliorer l'accès à la planification familiale, le nombre limité d'agents de DBC par habitant, associé à leur manque de motivation, empêche d'atteindre pleinement le potentiel de cette approche.

L'approche : La planification familiale à la portée de chaque foyer

Compte tenu de l'ampleur des besoins non comblés et de la faible utilisation de contraceptifs, PROSANIplus a cherché à identifier des moyens innovants pour offrir les services de planification familiale à davantage de ménages. Le MSP de la RDC a eu recours avec succès aux campagnes de vaccination contre la poliomyélite et la rougeole pour atteindre les populations cibles, ce qui a permis d'élargir la couverture vaccinale et de réduire les maladies évitables par la vaccination.³ L'approche de la RDC pour fournir des campagnes de vaccination repose sur la démarche visant à atteindre chaque district, qui comporte trois stratégies pour assurer la couverture de la population : la stratégie fixe, la stratégie avancée et la stratégie mobile. Les deux dernières sont utilisées pour atteindre les populations géographiquement isolées ou sujettes à des contraintes sociales et celles qui n'ont pas du tout accès aux services. Ces stratégies ont inspiré les mini-campagnes de planification familiale.

PROSANIplus a ainsi adapté l'approche testée sur le terrain de la RDC aux campagnes de vaccination et à la planification familiale. Des mini-campagnes de trois jours ont été conçues pour sensibiliser les communautés à la planification familiale, fournir des services de porte-à-porte et mettre les femmes et les hommes en relation avec les agents de DBC tout en aidant et en encourageant les agents de DBC. La stratégie visait également à permettre aux agents de DBC de discuter avec les couples et d'intégrer les hommes aux séances de consultation et de sensibilisation. Auparavant, d'importantes campagnes de planification familiale avaient été organisées, mais étaient limitées à des services fournis le même jour ; en outre, les campagnes invitaient les personnes intéressées à visiter leur site mais sans garantir l'établissement d'un rapport ou d'un suivi pour les méthodes à court terme et, d'un point de vue géographique, leur démarche n'était pas aussi ciblée que celle des campagnes de vaccination.

De janvier à mars 2018, PROSANIplus, en collaboration avec le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) et le personnel de santé provincial et zonal, a organisé des mini-campagnes de planification familiale dans 66 sites ciblés dans six provinces.

Préparations pour les mini-campagnes

- Ciblage des zones géographiques : À l'instar des campagnes de vaccination, PROSANIplus visait à atteindre les communautés ayant un accès limité ou inexistant aux services de planification familiale. En utilisant les données du système national d'information sanitaire, 66 aires de santé où des agents de DBC étaient déjà présents ont été sélectionnées sur la base d'un faible recours aux services de planification familiale (inférieur à 5 %) ou moins de 200 nouveaux utilisateurs des services de planification familiale au cours des 3 derniers mois.
- Formation des prestataires : Cinq à huit agents de DBC de chaque aire avaient déjà été formés, ainsi que deux infirmiers en charge de la supervision des agents de DBC dans chaque aire. De courtes sessions de remise à niveau ont été organisées avant chaque campagne. Toute la formation a été dispensée par les Divisions Provinciales de la Santé.
- Sensibilisation de la communauté : Une semaine avant les activités, les communautés ont été avisées par différents canaux de la mini-campagne à venir et des avantages de la planification familiale. Les messages ont été rédigés et testés dans les langues locales par l'équipe de coordination du PNSR en collaboration avec les membres de la zone de santé et de la communauté. Les animateurs communautaires ou « crieurs » — généralement bien connus dans la communauté — étaient chargés d'identifier les villages et les sites à couvrir pendant la campagne. Les animateurs ont également recueilli des numéros de téléphone, que le facilitateur communautaire a ensuite utilisé pour envoyer des SMS. L'information a été diffusée sur la radio communautaire et à travers des affiches placées à des endroits stratégiques de la communauté.
- Mise en place des outils et du matériel : À la fin de la formation, les agents de DBC ont reçu des kits de prestation de services et des outils de compte-rendu. Chaque kit comprenait un T-shirt, un gilet, un bonnet, un sac à dos, des bottes, un parapluie, une calculatrice et un seau en plastique pour le rangement et des boîtes à images. Au moins deux semaines avant la campagne, chaque site a reçu le matériel nécessaire, y compris les réserves de méthodes contraceptives et d'autres fournitures importantes pour la prestation de

³ Ministère de la Santé de la RDC, Rapports annuels du Programme élargi de vaccination, 2015 et 2016

services. Les méthodes de planification familiale fournies comprenaient des pilules, des contraceptifs injectables (intramusculaires et sous-cutanés), des implants, des dispositifs intra-utérins (DIU) et des colliers du cycle qui permettent aux femmes de suivre le cycle menstruel.

Organisation des mini-campagnes

Pendant la campagne, les crieurs ont parcouru les rues et les endroits très fréquentés, comme les marchés, pour annoncer l'arrivée imminente des agents de DBC et pour diffuser les messages de planification familiale. Les agents de DBC ont visité chaque habitation dans leur zone d'influence au cours des campagnes de trois jours pour offrir ce qui suit :

- Des séances de sensibilisation et la gamme de méthodes disponibles ;
- Des séances de consultation pour les clients/couples intéressés ;
- Des méthodes à court terme (les pilules, le DMPA sous-cutané, les colliers du cycle qui permettent aux femmes de suivre le cycle menstruel, les préservatifs masculins et féminins, la Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée [MAMA]) ;

- Les clients intéressés par d'autres méthodes (le DMPA intramusculaire, les implants, le DIU, les méthodes de connaissance de la fertilité) étaient orientés soit vers un centre de santé soit vers un site fixe installé au sein de la communauté et doté d'un infirmier ; les sites communautaires ont été choisis en fonction de la proximité avec la population, des normes de préservation de la confidentialité et d'un environnement garantissant une asepsie selon les besoins.

Les superviseurs affectés à chaque aire de santé ont utilisé des listes de contrôle pour assurer la qualité, fournir des clarifications aux agents de DBC ou aux clients selon les besoins et surveiller la disponibilité des produits et des outils. Des séances quotidiennes ont eu lieu pour évaluer les réussites et les défis et planifier le lendemain.

Suivi des mini-campagnes

À la suite des mini-campagnes, les données sur la prestation de services ont été systématiquement saisies dans le DHIS2. De plus, au cours du mois suivant, les agents de DBC ont utilisé leurs registres pour identifier et rendre de nouveau visite à tous les clients dans leur zone de desserte. Les clients pouvaient discuter des effets secondaires de n'importe quelle méthode ou de la nécessité de changer de méthode ; obtenir des conseils ; et renforcer leur relation avec les agents de DBC.

Méthodes

PROSANIplus a mis en œuvre les mini-campagnes dans 66 aires de santé sélectionnées parmi 16 zones de santé dans 6 provinces (Sud Kivu, Kasai Oriental, Kasai Central, Lualaba, Sankuru et Lomami). Ces sites ont été choisis à dessein sur la base d'indicateurs d'accès et d'utilisation de la planification familiale. Les aires de santé sélectionnées comportaient une population moyenne de 14 883 habitants ; les populations des sites variaient de 4 914 (Cimpuka à Kamiji) à 44 877 (Mpala à Fungurume). Les données de la campagne ont été collectées par les agents de DBC et les prestataires sur les sites communautaires et ont été transmises au système national d'information sanitaire (SNIS) par les fonctionnaires de l'administration centrale. Les prestations courantes de services de planification familiale au quotidien dans les formations sanitaires sont également entrées dans le système. Pour évaluer l'approche, les données ont été extraites du SNIS et utilisées pour déterminer le nombre de nouveaux utilisateurs des services de planification familiale, calculer les années-couples de protection (ACP) et déterminer les méthodes. Les données de la campagne ont été comparées aux données de la même période de trois mois en 2017.

Les données ont été analysées en utilisant STATA version 14.2. Une série de tests t a été effectuée pour vérifier si le nombre de nouveaux adoptants (nombre de nouveaux adoptants, nouveaux adoptants dans la catégorie postnatale, nouveaux adoptants dans la catégorie post-avortement, et nouveaux adoptants de

moins de 20 ans) au premier trimestre de 2018 était similaire au premier trimestre de 2017. Nous avons également testé si en moyenne l'ACP rendu dans les aires de santé et la combinaison de méthodes ont changé au cours des deux trimestres. Une analyse de régression a également été effectuée avec le nombre de nouveaux adoptants en tant que variable étudiée ou variable dépendante, et la période après comme variable prédictive ou variable indépendante. Les effets fixes de la province ont également été ajoutés au modèle. Les rapports de la mise en œuvre du projet ont été examinés pour identifier les défis et les enseignements tirés de la mise en œuvre des mini-campagnes.

Il y avait un certain nombre de limites à cette analyse, et l'on devrait tenir compte de ces résultats préliminaires pour effectuer davantage de tests et d'analyses de l'approche. Les limites de l'analyse comprennent la qualité des données courantes (par exemple, les données manquantes), le type de données disponibles pour l'analyse des tendances (statistiques agrégées des services de planification familiale) et le nombre limité d'indicateurs de performance examinés. L'analyse ne comportait aucune zone témoin, de sorte qu'aucune conclusion causale n'a pu être tirée. Compte tenu de ces limites et de la possibilité de valider et généraliser nos résultats, ils devraient être confirmés par une étude plus approfondie. Cependant, les résultats sont utiles pour éclairer d'autres tests et analyses de l'approche.

Contexte

Les mini-campagnes ont été organisées dans les régions du Kasai, du Katanga et de l'Est du Congo où les indices synthétiques de fécondité sont parmi les plus élevés du pays avec respectivement 8,2, 7,8 et 7,7. Dans la région du Kasai, les provinces de Kasai Central, Kasai Oriental, Lomami et Sankuru ont été incluses ; Lualaba dans la région du Katanga et le Sud Kivu dans la région orientale du Congo ont également été inclus (tableau 1). Dans les provinces sélectionnées du Kasai, la pauvreté est très répandue, la moitié de la population étant classée dans les deux quintiles les plus pauvres et plus d'un tiers de la population n'ayant

aucune instruction (31,5 %).⁴ La prévalence d'utilisation des moyens contraceptifs modernes est de 5 % au Kasai. Inversement, à Lualaba, la moitié de la population est classée dans le quintile le plus riche, mais la prévalence d'utilisation des moyens contraceptifs modernes est parmi les plus faibles du pays avec 3,9 %. Environ 25 % de la population n'a pas été scolarisé et il y a un grand nombre de sectes religieuses qui résistent à la médecine moderne. Au Sud Kivu, le taux de contraception moderne est légèrement supérieur à 7,9 % et la répartition des richesses semble plus équilibrée, alors qu'environ 20 % des personnes n'ont jamais reçu d'éducation.

Tableau 1. Taux de prévalence de la contraception moderne

Province	Indice synthétique de fécondité	TPC* (méthodes modernes)	Nombre d'aires de santé ayant organisé des mini-campagnes	Population totale des aires couvertes
Kasai Central	8,2	5 %	15	186 353
Kasai- Oriental	8,2	5 %	4	36 847
Sankuru	8,2	5 %	10	102 467
Lomami	8,2	5 %	12	134 054
Lualaba	7,8	3,9%	17	307 348
Sud Kivu	7,7	7,9%	20	302 804

*TPC, Taux de prévalence contraceptive

Résultats

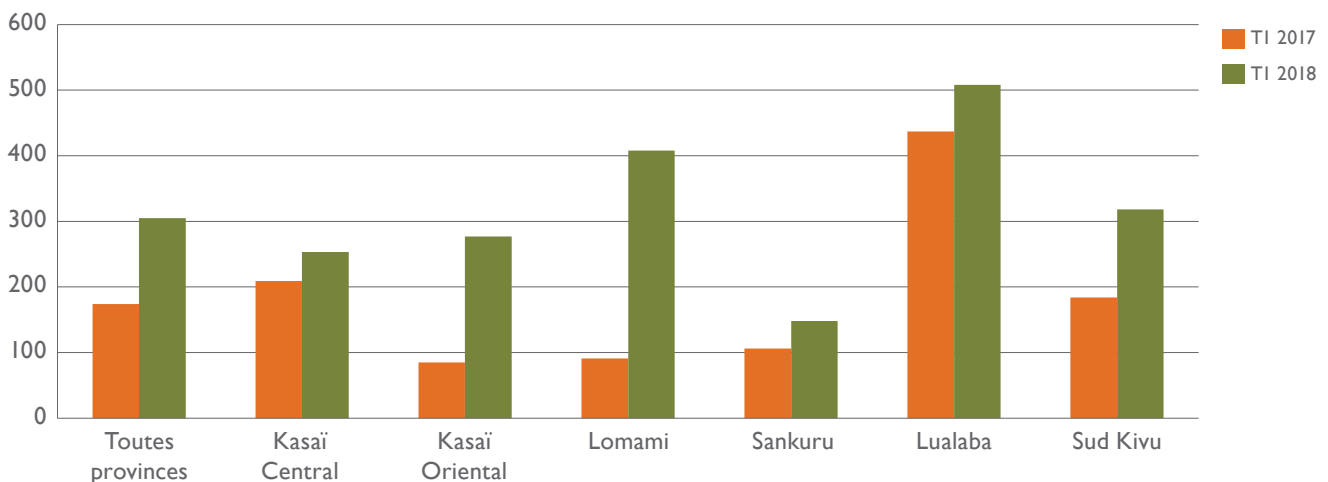


Figure 1. Nombre moyen de nouveaux adoptants de services de planification familiale par aire de santé

Durant la période des mini-campagnes au premier trimestre de 2018, le nombre de nouveaux adoptants par aire de santé ayant organisé une mini-campagne de planification familiale était en moyenne de 305, soit une augmentation significative par rapport à 174 au premier trimestre de 2017 (IC à 95 %, $p = 0,0002$). De même, le nombre de nouveaux adoptants de services de planification familiale en post-partum par aire de santé a doublé après les mini-campagnes de planification familiale

(de 18 à 36) (IC à 95 %, $p = 0,0142$). Cependant, il n'y avait pas de différences statistiquement significatives entre les deux trimestres en termes de nombre moyen de nouveaux adoptants dans la catégorie post-avortement ou de nouveaux adoptants de moins de 20 ans. Le nombre moyen de nouveaux utilisateurs de moins de 20 ans était très faible dans les deux périodes (moins de deux). Dans le modèle de régression, l'augmentation sur les deux périodes était statistiquement très significative.

⁴ Ministère du Plan et Ministère de la Santé. Enquête Démographique et de Santé en RDC 2013-2014, Rockville, Maryland, États-Unis : MPSMRM, MSP et ICF International.

Pour mieux comprendre le rôle du contexte et comment cela pourrait influencer l'efficacité de l'intervention, les variations entre les sites et entre les zones de santé ont été examinées. L'augmentation du nombre de nouveaux adoptants (moyenne de 23) n'est restée significative que dans les aires où il y avait entre 50 et 150 nouveaux adoptants ($p = 0,0113$). Dans les aires où le nombre de nouveaux adoptants était inférieur à 50 ou supérieur à 150, l'importance du changement a disparu. Trois provinces ont présenté des variations importantes chez les nouveaux adoptants entre 2017 et 2018. Lomami a enregistré la plus forte augmentation avec 316 nouveaux adoptants en moyenne, suivi du Kasai Oriental (192) et du Sud Kivu (134). Lualaba, le Kasai Central et Sankuru ont enregistré des augmentations moyennes de 70, 43 et 42 respectivement, mais aucune de ces provinces n'était statistiquement significative (figure 1). Le Kasai Oriental a présenté une augmentation importante et significative malgré le fait que les mini-campagnes ne couvraient qu'une population d'environ 37 000 personnes.

La panoplie des méthodes

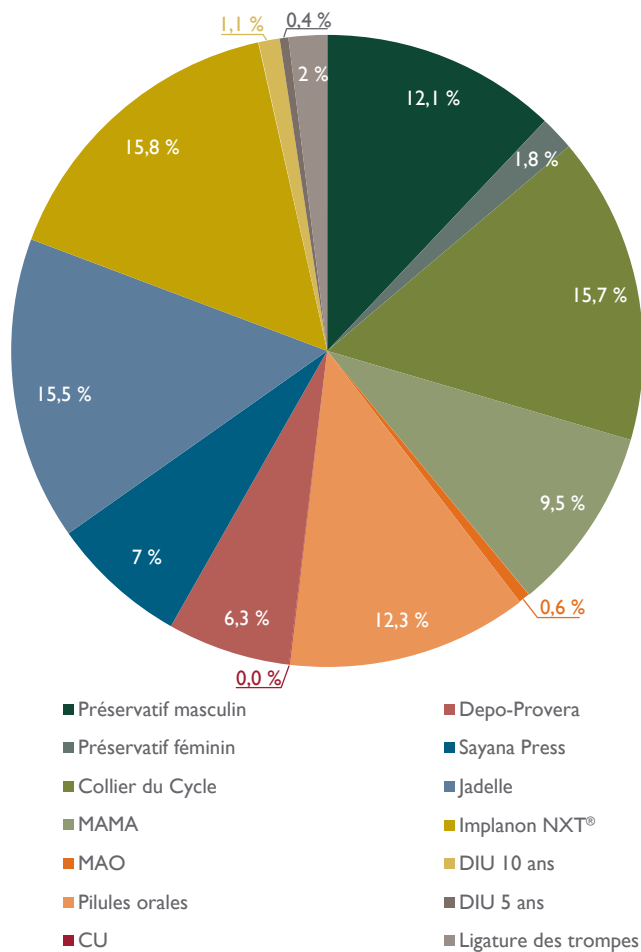


Figure 2. La panoplie des méthodes par ACP générées au premier trimestre de 2018 (MAMA = la Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée ; MAO = les méthodes d'auto-observation ; CU = la contraception d'urgence)

La panoplie des méthodes contraceptives a évolué en comparant les résultats de l'enquête démographique et sanitaire de 2013-14 et le PMA2020 (série 6) en 2017. Bien que les préservatifs restent une méthode dominante au sein de la gamme, l'utilisation des implants s'est étendue et constitue une méthode préférée. Les contraceptifs injectables ont également gagné en popularité, notamment avec les mises en place à titre expérimental de Sayana Press (figure 2).

En examinant l'éventail de choix des méthodes proposées, on a observé des augmentations statistiquement significatives de l'adhésion moyenne à certaines méthodes ; celles-ci comprenaient ce qui suit par système de prestation :

- DBC : Sayana Press, les pilules orales progestatives, les pilules orales combinées, les préservatifs féminins et les préservatifs masculins
- Établissements sanitaires : Sayana Press, Jadelle, Implanon NXT®

À l'inverse, les DIU à 5 ans ont diminué en moyenne de 2 par aire de santé au premier trimestre de 2018 (figure 2) par rapport au premier trimestre de 2017 ; les DIU à 10 ans ont également diminué en moyenne, mais cette diminution n'était pas significative. D'autres baisses non significatives ont été observées dans les prestations des établissements sanitaires, mais elles peuvent refléter un passage de la prestation au sein de la formation sanitaire à la prestation au sein de la communauté car la plupart des services d'établissements sanitaires ont affiché des progressions parallèles de la prestation au sein de la communauté en moyenne. Aucune autre différence significative entre les deux périodes n'a été trouvée.

Lorsque les méthodes basées sur les prestations des formations sanitaires et les prestations au sein de la communauté sont combinées, les augmentations statistiquement significatives ne se trouvent que dans Sayana Press (augmentation de 32, $p = 0,0000$), Implanon NXT® (augmentation de 5, $p = 0,0092$) et les préservatifs féminins (augmentation de 167 $p = 0,0454$).

Années-couples de protection

Nous avons testé si, en moyenne, l'ACP rendu dans les aires de santé a statistiquement changé au cours des deux trimestres. Au premier trimestre de 2017, l'ACP moyen par aire de santé était de 177, mais il n'était que de 136 au cours de la même période en 2018. Cependant, ce déclin n'est pas statistiquement significatif ($p = 0,3098$) et pourrait éventuellement être attribué aux déclinés observés dans certains contraceptifs réversibles à action prolongée, tels que les DIU à 5 et 10 ans, qui fournissent plus d'ACP.

Discussion et enseignements tirés

Ces résultats, bien que préliminaires, sont encourageants et montrent que les mini-campagnes de planification familiale peuvent servir à améliorer l'accès aux services de planification familiale et encourager leur utilisation, en particulier auprès des personnes qui n'y avaient pas recours auparavant. On notera que l'efficacité a paru moindre en ce qui concerne les adolescents, parmi lesquels le taux d'utilisation est déjà faible, et des stratégies différentes sont probablement nécessaires pour cette population, tels que des événements plus centrés sur leurs besoins dans des lieux où ils ont l'habitude de se rendre. La diminution des adoptants de DIU est un fait inquiétant qui demande une étude plus approfondie pour en comprendre les raisons. Néanmoins, le nombre moyen de nouveaux utilisateurs au cours des deux périodes était assez faible pour les DIU et les implants, ce qui indique la nécessité de promouvoir davantage les méthodes réversibles à action prolongée. Cela peut expliquer pourquoi il n'y avait pas d'augmentation significative de l'ACP, malgré l'augmentation du nombre d'adoptants. Sayana Press, qui était disponible pendant les campagnes, a paru très populaire et n'a pas semblé remplacer Depo-Provera.

Il y avait une grande variation entre les six provinces, certaines présentant une augmentation significative des nouveaux adoptants, tandis que dans d'autres, des baisses

ont été observées. Parce qu'il n'y avait pas de sites de comparaison, nous ne saurions dire si ces variations observées de la progression ou du recul de l'adhésion à la planification familiale étaient dues à l'intervention ou à d'autres facteurs externes. Dans certaines régions, comme Sankuru, la présence de normes culturelles solidement établies qui s'opposent à la médecine moderne et le faible niveau d'éducation étaient probablement des facteurs importants, et un travail supplémentaire au-delà des campagnes ainsi que des campagnes répétées peuvent être nécessaires pour provoquer un changement social favorable. À Lualaba, le nombre de nouveaux adoptants en moyenne par aire de santé était déjà beaucoup plus élevé que les autres, et l'analyse a montré que ceux qui se trouvaient dans la tranche supérieure connaîtraient probablement moins de changements significatifs.

En termes de mise en œuvre de l'approche, les commentaires immédiats des superviseurs ont peut-être amélioré le travail des agents de DBC et ont probablement été un facteur clé dans les résultats. Les organisateurs estimaient également que l'annonce préalable à la communauté garantissait que les personnes étaient plus susceptibles d'être présentes et disponibles le jour des visites.

Conclusion et perspectives

Les mini-campagnes intègrent de multiples éléments pouvant agir comme des mécanismes de changement, à la fois dans l'immédiat et à plus long terme. La communication pendant les campagnes, conjuguée aux visites à domicile, peut susciter le dialogue dans les couples et dans la communauté au sujet de la planification familiale. L'encadrement immédiat et manifeste par des médecins et des infirmières peut avoir amélioré les performances des agents de DBC et rassuré la communauté quant à leur capacité à promouvoir la planification familiale. Les événements ont sensibilisé les agents de DBC, leur permettant de localiser leurs clients et de recueillir leurs numéros de téléphone, et ont probablement renforcé leur visibilité dans la communauté. L'implication des agents de DBC dans les mini-campagnes visait à améliorer le suivi et la continuité du service ; cependant, nous n'avons pas été en mesure de vérifier que cela s'est produit et d'autres études sont nécessaires

pour évaluer la continuité du service pour les personnes choisissant des méthodes contraceptives à court terme. Les effets des campagnes répétées sur l'utilisation croissante, l'évolution des normes et la diminution des contraintes sociales, ainsi que la fréquence appropriée, nécessitent également des recherches supplémentaires.

Nos résultats suggèrent qu'une mise en œuvre à grande échelle pourrait faire progresser plus rapidement l'objectif du MSP de la RDC qui est de 2,1 millions d'utilisateurs des services de planification familiale en 2020 et réduire les besoins non satisfaits de services de planification familiale chez les femmes en âge de procréer. La stratégie peut également s'avérer utile dans des contextes similaires avec un besoin élevé non satisfait et un accès limité. L'approche devrait de nouveau être mise en œuvre avec des méthodes d'évaluation plus rigoureuses pour mieux déterminer son impact et répondre aux questions de recherche qui subsistent.

HISTOIRE DE RÉUSSITE : ENTRE THÉORIE ET PRATIQUE : UNE MINI-CAMPAGNE DE PLANIFICATION FAMILIALE MOTIVE PRÈS DE 1000 COUPLES À ESSAYER DES MOYENS MODERNES DE CONTRACEPTIONS.

Les agents de santé formés en planification familiale descendent dans les rues pour offrir conseils et services dans une aire défavorisée de la RDC.



Anna Mujinga, avec son mari et son plus jeune enfant avec le docteur qui lui a implanté Implanon NXT®, un nouveau contraceptif de longue durée.

« Nous avons décidé d'utiliser (l'implant contraceptif de longue durée) Implanon afin que je puisse retrouver la santé. Et avec nos moyens limités, cela nous aidera à élever et éduquer les enfants que nous avons déjà. »

—Anna Mujinga
une agricultrice de 38 ans avec
11 enfants lors de la mini-campagne
de planification familiale

En République démocratique du Congo (RDC), des naissances nombreuses et peu espacées dans le temps contribuent à des taux de mortalité élevé pour les femmes et les bébés. Pourtant, peu de couples utilisent des moyens modernes de contraception. Récemment, le Gouvernement de la RDC a fait de la planification familiale une priorité avec comme objectifs de rendre les services disponibles à 2.1 millions de femmes supplémentaires vers 2020 et d'accroître le taux de prévalence contraceptive de 5 % à 19 %.

Le Projet de Santé Intégré Plus (PROSANIplus), financé par l'USAID, soutient le ministère de la Santé (MSP) pour l'ajout de nouvelles méthodes contraceptives dans la panoplie offerte et les rendre accessibles grâce aux relais communautaires (RECO) au niveau local. Les nouvelles méthodes comprennent the Sayana Press et l'Implanon NXT® - des implants de long terme qui peuvent être administrés par les RECO.

En juin 2016, le bureau provincial du MSP a organisé une formation sur 12 jours avec le soutien de PROSANIplus à Lomami, une zone de santé où l'usage rapporté de contraceptifs était en dessous des 4 %. Les participants comprenaient 50 RECO and 17 prestataires de formations sanitaires. Un atelier sur neuf jours a été effectué, suivi par trois jours dédiés à la pratique en condition réelle lors d'une mini-campagne dans les aires de Kanda Kanda et Mutebwe.

Le résultat ? Près de quatre fois le nombre habituel de nouveaux utilisateurs pour un trimestre. Des 1146 personnes atteintes (1024 femmes et 122 hommes), 951 (83 %) sont devenus des nouveaux adoptants de planification familiale moderne. (Dans le quart précédant, 337 personnes sont devenues des nouveaux utilisateurs dans la même aire.) Les nouveaux adoptants qui se sont vus offrir un large choix de méthodes, ont signé collectivement pour 617 années-couples de protection. Deux types de pilules contraceptives orales furent largement sélectionnés ; vinrent ensuite, les implants de long termes Implanon et Sayana Press. Les préservatifs masculins et féminins vinrent à la fin de la liste, après les colliers du cycle qui permettent aux femmes de suivre le cycle menstruel.

Anna Mujinga, une agricultrice de 38 ans avec 11 enfants, y assista avec son mari. « Ma santé ne me permet pas d'avoir plus d'enfants. » indiqua-t-elle. « Nous avons décidé d'utiliser Implanon afin que je puisse retrouver la santé. Et avec nos moyens limités, cela nous aidera à élever et éduquer les enfants que nous avons déjà. »