

Contribution des Agents Communautaires dans la planification familiale : Cas du projet ACQUAL à Kinshasa –RDC de janvier 2015 à décembre 2017

Présenté par

Aimée NGENDA SHITA

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Santé publique internationale

Le 03 Avril 2019

Devant le jury composé de :

Dr. Patrick F. THONNEAU

DR / INSERM

Directeur du Département Santé/Université
Senghor

M. Pierre TRAISSAC

Ingénieur de Recherche CE / IRD

Pr. Anne-Marie MOULIN

DR / CNRS

Président

Examineur

Examineur

Remerciements

A **Dieu**: merci pour le don de la vie.

Au Président et aux membres du jury: malgré vos multiples occupations, vous avez accepté d'améliorer ce travail scientifique. Recevez l'expression de notre profonde gratitude

Au Recteur de l'Université Senghor à Alexandrie, Professeur **Thierry VERDEL**: merci pour nous avoir admis au sein de cette prestigieuse institution.

A **Wallonie –Bruxelles**: toute notre gratitude pour l'octroi de la bourse d'études.

Au Docteur **François –Marie LAHAYE**: merci pour votre encadrement dès le début de l'année académique 2017-2018 à ce jour.

Au Directeur du département Santé, Professeur **Patrick THONNEAU**: toute notre gratitude pour la direction de ce travail et votre rigueur scientifique durant cette deuxième année

A Madame **Alice MOUNIR**: merci pour votre disponibilité, vos conseils et votre soutien.

Au corps professoral, au personnel administratif, personnel d'appoint et du restaurant de l'université Senghor: vous avez tout fait nous assurer un environnement de formation agréable. Toute notre reconnaissance.

Au Représentant de UNFPA RDC, **Dr Sennen HOUNTON, Dr ACHU Lordfred, Dr Pierre SHAMWOL, Mr Ali Dotian WANOGO**: merci pour l'encadrement pendant notre stage et les orientations concernant ce travail.

Au **Dr Michel MUVUDI**: merci pour nous avoir montré la voie et avoir cru en nous.

Au **Pr Jean-Marie KAYEMBE, Dr Maggy KUNDUMA, Dr Liza MAHOHA, Dr Moïse MBILA, Dr Arsène BINANGA, Dr Protais MUSINDO, Madame Elise KAKAM**: toute notre gratitude pour votre appui

A notre Médecin Coordonnateur, **Dr Paulin MAYIRA**: grand merci pour votre soutien.

A vous mes compagnons de lutte, **Pathy MOTEMA DEMBA, Djiba DIAKITE, Gladys MAMBU, Hadiara MAROU SOULEY, Lorimpo DJANDA, Issatou CAMARA BELLA, Baher BARSOUM, Touré AL MAHADY, Fatimata KONE**, sans oublier la famille du département Santé et tous camarades de la XVIème Promotion: merci pour ces deux années riches partagées ensemble.

Au **Dr Patrick KANKU, Dr Joseph Decca KASONGO, Dr Joly NSELE MWANET, Madame Milca BORA et Jules KABONGO**: toute notre reconnaissance pour votre appui.

Dédicace

A mes chers parents **Henri NGENDA** et **Jeannette MANGWANDA**

Vous m'avez transmis des valeurs dont le travail et la persévérance. Vous avez toujours été là pour me soutenir avec amour et tendresse. Ce travail est le résultat de vos durs sacrifices consentis dans mon éducation.

A mes frères et sœurs **Cathy NGENDA, Franx NGENDA, Marie-Reine NGENDA, Sarah NGENDA, Marie-Ange NGENDA, Henri II NGENDA**

Trouvez ici toute ma reconnaissance pour votre amour, soutien et sacrifices consentis pour moi. Votre énergie m'a accompagné depuis le début. Faites mieux que moi.

A mes neveux et nièces **Henri III NGENDA, Aimée SANTU SHITA, Elais SANTU** et **Jeannette II NGENDA**

Je puise mon énergie dans l'innocence de votre sourire. Etre avec vous est une source d'inspiration. Ce travail vous est dédié

A ma grand-mère **SHITA MALUNDU**

Ta bénédiction a toujours été avec moi. Ce travail est à toi.

A mes oncles , tantes, cousins et cousines

Vous avez toujours cru en moi. merci pour votre soutien.

A **Egée KITUKILA BATUKITUKILA** et toute sa famille

Vous m'avez fait confiance et votre inconditionnel soutien m'a permis d'aller de l'avant malgré les difficultés. Que ce travail soit pour vous une récompense morale en signe de ma reconnaissance

A toute **la communauté Congolaise d'Egypte**, je dédie ce travail, fruit des efforts synergiques.

Résumé

Contexte: En Afrique, la charge de la mortalité maternelle et infantile est importante, 24% des femmes en âge de procréer ont accès à une méthode de contraception moderne. En RDC, le taux de mortalité maternelle est de 846 décès pour 100 000 naissances vivantes. Les besoins non satisfaits en PF sont de 28% ; le taux de la prévalence contraceptive est de 19% ; 8% pour les méthodes modernes et 20% pour la ville de Kinshasa. Le taux de fécondité reste élevé à 6,6 enfants par femme. Les conséquences sanitaires et sociales de la grossesse non désirées et la pauvreté sont liées. Pour relever le défi, l'appui des ADBC s'avère indispensable. L'objectif général de cette étude était de déterminer l'apport des ADBC dans l'offre des services de PF dans la ville de Kinshasa à travers le projet ACQUAL de janvier 2015 à Décembre 2017.

Méthode : C'était d'une part une étude rétrospective sur les données de 796 ADBC et 177.441 méthodes distribuées, dont 126.986 nouvelles acceptantes (deux bases de données de 2015-2017) et d'autre part, une étude transversale par entretien directif, réalisée dans huit zones de santé tirées au hasard chez 28 clientes, 32 ADBC, et 10 PTF du projet, du 04 au 13 Juillet 2018.

Résultats : Sur les 796 ADBC, les femmes étaient majoritaires (60%). L'âge moyen était de 41 ans. La tranche d'âge 35-44 ans représentait 31 %. Le niveau d'étude secondaire représentait 76%. Les mariés représentaient 75%. La distribution des préservatifs était à 68% et de 5 pour les méthodes naturelles.

Les méthodes contraceptives les plus connues par les clientes étaient les pilules, les préservatifs masculins et les implants. Elles ont toutes déclaré leur satisfaction des services fournis par les ADBC. Les principales raisons d'abandon étaient le refus du mari, les saignements, la religion et les ruptures de stock.

Conclusion : Le taux de prévalence contraceptive moderne à Kinshasa est bas. Les ADBC peuvent aider à atteindre les cibles qui échappent aux structures médicales.

Mots clés

ADBC, méthodes contraceptives, planification familiale,

Abstract

Context: In Africa, maternal and infant mortality load is heavy. Twenty-four (24%) of women of reproductive age have access to modern contraceptive method in DRC where the maternal mortality rate is 846 maternal deaths per 100,000 live births and unmet need for family planning is 28%. Contraceptive prevalence is 19%; 8% for modern contraceptive methods and 20% in the city/province of Kinshasa. Total fertility rate is high 6, 6 children per woman. Health and social consequences of unwanted pregnancies and poverty are linked.

To respond to this challenge, the support of community based distributors agents (CBDA) of modern family planning methods is indispensable.

The overall objective of this study was to determine the contribution of CBDA in family planning service delivery in Kinshasa through the ACQUAL project from January 2015 to December 2017

Method: It was on the one hand a retrospective study on the data of 796 CBDA and 177441 family planning methods distributed to 126986 new adherents (two data bases from 2015-2017) and a cross sectional or transversal study on the other hand through directed interview carried out in 8 health zones chosen at random to 28 clients, 32 CBDA and 10 technical and financial partners of the project from 04th to the 13th of July 2018

Results: Of the 796 CBDA, women were a majority 60%. Average age was 41 years. The age range 35-44 years accounted for 31%. Secondary level education represented 76%. Married women represented 75%. Distribution of preservatives was 68% while natural family planning methods represented 5%. The most known family planning methods by clients were contraceptive pills, male condoms and implants. They all declared satisfaction with services offered by CBDA. The main reasons for abandonment were refusal by the husband, bleeding, religious believers and stock outs

Conclusion: Modern contraceptive prevalence rate in Kinshasa is low. CBDA have a potential to reach targets that are out of reach of health facilities

Key words

CBDA, contraceptive method, family planning, client

Liste des acronymes et abréviations

ABEF	Association de Bien – Etre Familial
AC	Animateur communautaire
ACQUAL	Accès et Qualité en Planification Familiale
ADBC	Agent de distribution à base communautaire des contraceptifs
AFP	Advance Family Planning
AS	Aire de santé
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
CNND	Comité National des Naissances Désirables
CPN	Consultation Périnatale
CPoN	Consultation Postnatale
CPS	Consultation Préscolaire
CO	Contraceptif oral
CS	Centre de Santé
DBC	Distribution à Base Communautaire
DHS	District Health Information System
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ESP	Ecole de Santé Publique
FOSA	Ecole de Santé Publique
HGR	Formation Sanitaire

MAMA	Hôpital Général de Référence
MICS	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
MJF	Multi Indicator Cluster Survey
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernemental
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PF	Planification Familiale
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction
PSND	Projet des services des naissances désirables
RDC	République Démocratique du Congo
RECO	Relais communautaire
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SR	Santé de la Reproduction
SSP	Soins de Santé Primaires
UCPPF	Union Congolaise des Prestataires en Planification Familiale
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

UNFPA	United Nations Fund for Population Activities (Fonds de Nations Unies Pour la Population)
USAID	United States Agency for International Development des Etats-Unis pour le Développement International)
ZS	Zone de santé

Table des matières

	Remerciements	i
	Dédicace	ii
	Résumé	iii
	Mots clés	iii
	Abstract	iv
	Key words	iv
	Liste des acronymes et abréviations	vi
	Table des matières	ix
	Introduction.....	1
1	1 Méthodologie	7
2	2.1 Type, durée et population d'étude	7
	2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion	7
	2.2.1 Pour les données quantitatives.....	7
	2.2.2 Pour les données qualitatives	7
	2.3 Echantillonnage/Échantillon	8
	2.4 Variables de l'étude.....	8
	2.5 Mode de recueil des données	9
	2.5.1 Données quantitatives	9
	2.5.2 Données qualitatives.....	10
	2.6 Saisie des données	11
3	2.7 Plan de traitement et d'analyse des données.....	12
	2.8 Difficultés.....	12
	2.9 Considérations éthiques.....	13
	Résultats.....	14
	3.1 Résultats en rapport avec les données quantitatives	14
	3.2 Résultats en rapport avec les données qualitatives	16
	3.2.1 Entretiens avec les clientes	16
	3.2.2 Entretiens avec les ADBC.....	19
	3.2.3 Entretiens avec les PTF	21

	Discussion	23
4.1	Les caractéristiques sociodémographiques des ADBC.....	23
4.2	De l'offre des méthodes contraceptives	23
4.3	Apport de la distribution communautaire des contraceptifs dans la PF	25
4	4.4 Limites	26
	Conclusion	27
	Perspectives	28
	Références.....	29
	Annexes	33
	1. Guide d'entretien avec les clientes	33
	2. Guide d'entretien avec les ADBC	36
	3. Guide d'entretien avec les PTF.....	39

Introduction

1 La planification familiale (PF) se définit en tant qu'un mode de pensée et un style de vie qui est adopté volontairement sur les bases de la connaissance, de l'attitude et des décisions responsables des individus et des couples [1]. La PF se réfère à un effort conscient et consenti par un individu ou un couple de limiter ou d'espacer le nombre d'enfants qu'il a ou qu'il projette avoir par l'utilisation de méthodes contraceptives [2].

On estime à 214 millions le nombre de femmes dans les pays en développement qui souhaiteraient retarder le moment d'avoir un enfant ou ne plus avoir d'enfants mais qui n'utilisent aucun moyen de contraception [3-5], la plupart en Afrique subsaharienne en [6,7]. Les femmes dans les pays en développement ont 75 millions grossesses involontaires chaque année, représentant environ un tiers de toutes les grossesses dans la région [8], une proportion qui varie d'aussi bas que 10% dans certains pays d'Afrique subsaharienne à aussi haut que 65% dans d'autres [9].

Dans un quartier d'Ankara qui regroupe 110.000 personnes à faible revenu, le pourcentage des femmes qui utilisaient des contraceptifs modernes a progressé au point d'atteindre 74% en l'espace de quatre ans, contre 36% [10].

En Afrique, où la charge de la mortalité maternelle et infantile est la plus importante sur la planète, à peine 24% des femmes en âge de procréer ont accès à une méthode contraceptive moderne. Cette prévalence est encore très faible en Afrique subsaharienne, où elle n'est que de 2,5% dans les milieux ruraux contre 9% dans les milieux urbains [11]. Les contraceptifs injectables sont parmi les méthodes contraceptives les plus populaires en Afrique subsaharienne, avec une estimation de 9 millions d'utilisateurs qui contribuent à 43 % du total des méthodes mélangées dans la région, en raison de leur efficacité et discrétion [12, 13].

Une étude longitudinale nigériane réalisée entre 2010 et 2012, avait révélé que l'utilisation des contraceptifs modernes augmente dans chacune des villes, variant de 2,3% à 15,5%, [14].

En 2012, seulement 10% des femmes mariées en âge de procréer utilisaient une contraception moderne et plus de 90% des non utilisatrices ne parlaient pas de planification familiale avec un agent de santé [15, 16].

Les besoins de contraception non satisfaits demeurent trop élevés. Cette situation s'explique par l'augmentation de la population et par le manque de services de planification familiale [17]. C'est un indicateur et un outil important de plaidoyer utilisé pour mesurer les progrès réalisés en planification familiale. Les méthodes traditionnelles ont des taux d'échec élevés, mais restent encore très utilisées [15].

Le Nigéria illustre les obstacles importants à surmonter pour répondre aux besoins non satisfaits, à cause des services de santé de la reproduction limités [15, 16].

En RDC, selon l'EDS 2013-2014, les besoins non satisfaits en planification familiale sont de 28%, soit de 20,7% pour espacer et 6,9% pour limiter les naissances.

Les conséquences sanitaires et sociales de la grossesse non désirées et la pauvreté sont liées [18, 19]. Plusieurs études ont exploré l'association positive entre l'usage de contraceptifs et la baisse des grossesses non désirées [20, 21]. En revanche, on sait beaucoup moins sur les effets possibles de l'expérience d'une grossesse non intentionnelle sur l'utilisation future des contraceptifs [22]. L'utilisation de la contraception par les hommes représente un sous-ensemble relativement encore plus faible et se limite au préservatif, la continence période, le coït interrompu et à la stérilisation (vasectomie) [10].

La distribution à base communautaire (DBC) des produits contraceptifs a débuté vers les années 60 en Afrique et a concerné les pilules pour la majorité des cas. Des évidences scientifiques ont montré qu'en dehors des préservatifs, pilules et autres méthodes déjà utilisées par les ADBC, il est possible d'introduire, de poursuivre et d'étendre la DBC de contraceptifs injectables progestatifs [6,7]. Les programmes de planification familiale parviennent aux cibles le plus rapidement et le plus efficacement s'ils comportent des composantes communautaires qui doivent être intégrées dans le fonctionnement des systèmes de santé [16,23]. La forte participation de la communauté a favorisé l'expansion du service de planification familiale, tout en améliorant la demande et l'offre de contraception.

La fourniture communautaire de contraceptifs injectables a conduit à leur émergence rapide en tant que méthode la plus populaire de l'Afrique subsaharienne [16].

L'intégration de l'approche communautaire, la prise en compte du contexte socio-culturel et l'implication du système politique sont les facteurs de réussite de la planification familiale, à l'instar de l'Éthiopie et du Rwanda [24].

Deux études novatrices réalisées au Bangladesh en milieu rural ont conclu qu'un programme de DBC offrant un large éventail de méthodes, avec un suivi rapproché et permanent des clientes [25].

Au Mexique, le contraceptif injectable mensuel combiné distribué par les ADBC a augmenté le taux de continuation chez les femmes en milieu rural par rapport à ceux distribués par les centres de santé urbains [26].

Au Madagascar, le ministère a décidé d'inclure dans ses directives nationales révisées une disposition autorisant les agents de santé communautaire formés à offrir le DMPA qui a contribué à la réduction du besoin non satisfait de contraception, alors estimé à 24% parmi les femmes mariées tandis que la prévalence contraceptive était de 18% [27].

Une étude au Ghana sur l'affectation des infirmières à des sites communautaires pour offrir les méthodes de PF à domicile, a réduit la fécondité de 15%, ce qui représente un déclin d'une naissance dans le taux de fécondité total [28]. Dans une étude qualitative menée dans ce pays, de juin à septembre 2012, les résultats ont montré que l'exposition aux services communautaires a été associée significativement à l'approbation des mesures d'espacement et de limitation des naissances [29].

Dans un programme de DBC au Mali, l'usage de la contraception a presque triplé dans les villages où les contraceptifs oraux (CO) avaient été ajoutés aux méthodes de barrières qui étaient déjà disponibles [30].

La RDC compte environ 70.000.000 d'habitants avec une croissance naturelle qui tourne autour de 2,8% par an.

Le taux de mortalité maternelle est de 846 décès pour 100 000 naissances vivantes [31]. Selon l'EDS 2013-2014, en RDC, 19% des femmes utilisaient une méthode contraceptive : 8% une

méthode moderne et 11% utilisaient une méthode traditionnelle. La prévalence contraceptive moderne était élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (15% contre 5%).

La fécondité demeure encore élevée puisque chaque femme congolaise donne naissance, en moyenne, à 6,6 enfants (ISF). La proportion des femmes âgées de 15 à 19 ans (adolescentes) qui sont déjà mères ou enceintes est de 27% (grossesses précoces). Le niveau de la prévalence contraceptive moderne parmi les femmes en union a légèrement augmenté, passant 6 % en 2007 à 8 % en 2013. Les besoins non satisfaits en matière de contraception sont de l'ordre de 28% en RDC.

Bien que la prévalence contraceptive moderne de la ville de Kinshasa soit légèrement augmentée à 20,5% selon les derniers résultats 2015 de l'enquête PMA2020, les besoins en PF restent encore grands sur terrain. Avec une population estimée à environ 12 millions d'habitants et une étendue de près de 10 000 km², la fraction des femmes en âge de procréer est d'environ 2 520 000 femmes et jeunes filles. [32]

Dans une étude menée dans 70 villages, la distribution communautaire des contraceptifs incluant les injectables a permis d'améliorer le taux de prévalence contraceptive à 32% contre 10% précédemment. Le taux de continuation du DMPA était de 69% [33].

L'Objectif-PF de la RDC est d'augmenter le taux de prévalence contraceptive moderne (TPCM) à 19 % (2020) contre 5,4% (2010).

Le Projet accès et qualité en PF (ACQUAL) appuie le gouvernement dans cet objectif-PF à Kinshasa et dans le Kongo-Central de 2015-2018 et a pour rôle de stimuler la demande en contraceptifs moderne dans ces deux provinces.

Ce projet avait pour objectif de contribuer à l'augmentation du nombre des utilisatrices des méthodes contraceptives modernes auprès des femmes et jeunes filles en mettant l'accent sur l'approche communautaire à travers les agents de distribution à base communautaire des contraceptifs (ADBC)

Tulane International (succursale de Tulane University en RDC) en partenariat avec le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA RDC), le programme National de Santé de la

Reproduction (PNSR), l'Association pour le Bien – Etre Familial – Naissances Désirables (ABEF-ND) et Santé Rurale (SANRU) ont mis en œuvre ce projet.

La distribution à base communautaire (DBC) est l'ensemble des prestations conçues, organisées et gérées avec et pour la communauté en vue de satisfaire ses besoins en PF.

L'agent de distribution à base communautaire des contraceptifs (ADBC) est toute personne disponible et volontaire (relais communautaire, prestataire, infirmier, médecin, enseignant, professeur, ...) ayant des capacités à offrir les services de PF dans la communauté ou renforcé pour le faire, attaché à la zone de santé (ZS), ou une organisation non gouvernementale(ONG).

Les ADBC ont comme tâches de rapprocher les services de PF aux lieux de résidence des utilisateurs (trices), faciliter l'accès à ceux qui ne fréquentent pas les services de santé, permettre d'emmener les services PF au couple, rendre disponible les services PF même dans les AS qui n'ont pas intégré la PF, favoriser la continuité de l'utilisation des services et leur appropriation par la communauté, d'assurer le suivi avec plus d'efficacité et enfin faciliter la rétro information des clientes .

➤ **Normes de sélection des ADBC en RDC**

Les ADBC sont sélectionnés selon les critères suivants : Savoir lire et écrire, parler la langue du milieu, manifester un intérêt à la PF, avoir la capacité de communiquer, être disponible, avoir une bonne moralité, être discret et disposé au Volontariat, avoir 18 ans révolus, habiter le village/regroupement des villages, rue/quartier, aire de santé pendant au moins 12 mois ou travailler dans une entreprise, être engagé dans la PF par ses convictions personnelles.

➤ **Activités des ADBC**

Ils mènent trois activités principales qui sont:

1. Sensibilisation de la communauté sur la PF à travers l'animation des séances de causerie éducative en PF, conduit des séances d'entretien/counseling, effectuent des visites à domiciles;
2. Offre des méthodes de PF selon les normes (Pilules, préservatif, Méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée MAMA, collier du cycle, méthode d'auto –observation MAO).
3. Suivi

➤ **De la motivation des ADBC:**

Formation/recyclage, promotion d'un ADBC méritant au rang d'un superviseur, obtenir un moyen de transport (un vélo, pirogue, moto), bénéficier des soins de santé à coût réduit, avoir un pourcentage sur la vente des contraceptifs, Participer aux interventions de santé publique (campagne de PF, vaccination, campagne de distribution des moustiquaires, enquêtes, etc.)

➤ **Les outils / matériels de prestation et de gestion des activités des ADBC:**

Ces outils sont: les registres de gestion des intrants, registres des services de DBC, les contraceptifs et autres équipements comme Sac à dos, bottes, parapluie, veste imperméable, bloc - notes, mégaphone à pile, stylo à bille, caisse pour garder les contraceptifs, boîtes à images, mannequins., signes distinctifs (chapeaux, jacket avec mentions de PF et messages)

➤ **De la supervision**

Ils sont supervisés par les superviseurs des ADBC, l'équipe cadre de la zone de santé à travers les animateurs communautaires (AC), le programme national de santé de la reproduction(PNSR) et les partenaires

Au regard des expériences des pays de la région et du monde entier, nous voulons, à travers cette recherche, relever l'apport des ADBC dans les activités de planification familiale organisées à Kinshasa, à travers le projet ACQUAL.

Ainsi, nous pensons que l'apport des ADBC dans l'offre des services de PF dans la ville de Kinshasa est indispensable pour améliorer la prévalence contraceptive.

L'objectif de notre étude était d'évaluer la contribution des ADBC, dans l'utilisation des services de PF.

De manière spécifique:

- déterminer les caractéristiques sociodémographiques des ADBC dans la ville de Kinshasa ;
- déterminer la contribution relative des ADBC dans le recrutement des clientes dans la ville de Kinshasa ;
- fournir les orientations pour l'amélioration de la mise en œuvre de l'approche DBC dans la ville de Kinshasa.

Méthodologie

2.1 Type, durée et population d'étude

- 2 Il s'agissait d'une part, d'une étude rétrospective, effectuée à partir de deux bases de données dans le cadre du projet ACQUAL menée dans 33 / 35 zones de santé de la ville province de Kinshasa, en RDC, concernant les méthodes contraceptives offertes par les ADBC et les données sociodémographiques de ces derniers, de janvier 2015 à décembre 2017; et d'autre part, d'une étude transversale réalisée chez les ADBC, clientes (les utilisatrices des services de PF) et les partenaires techniques et financiers (PTF), à Kinshasa, du 04 au 13 Juillet 2018.

2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

2.2.1 *Pour les données quantitatives*

Étaient inclus dans l'étude, les ADBC évoluant dans le projet ACQUAL et les données sur les méthodes contraceptives offertes par les ADBC.

Étaient exclus de notre étude, les ADBC œuvrant dans le projet ACQUAL non formés, inactifs et ceux dont les données personnelles et relatives aux méthodes contraceptives administrées étaient incomplètes ou aberrantes.

2.2.2 *Pour les données qualitatives*

Étaient inclus dans l'étude, les ADBC formés en PF, travaillant dans le cadre du projet ACQUAL; les clientes qui ont bénéficiés des services des ADBC et les PTF (UNFPA, TULANE, SANRU, ABEF et le PNSR);

Étaient exclus de notre étude, les ADBC et clientes absents pendant l'enquête, ou n'ayant pas voulu répondre au questionnaire d'une part, et d'autre part, les ADBC inactifs

2.3 Echantillonnage/Échantillon

Notre étude a porté sur les données sociodémographiques de 796 sur 886 ADBC prévus et 177.441 méthodes contraceptives offertes aux clientes dans les 33 ZS; pour les données quantitatives

Pour les données qualitatives, un tirage au hasard de huit ZS sur les 33 du projet a été effectué (Kalamu II, Kasavubu, Kimbanseke, Kintambo, Lemba, Maluku I, Masina I et Ngaliema), ensuite les ADBC et les clientes ont été interviewés jusqu' à saturation de l'information, respectivement 32 ADBC et 28 clientes ont participé à ces interviews dans les zones de santé sélectionnées

Pour l'interview des 10 PTF,: ils ont été sélectionnés selon l'importance du rôle joué dans le projet (Tableau I)

Tableau I: Les partenaires techniques et financiers interviewés, juillet 2018.

PTF	Nombre	Rôle
PNSR	2	Organe régulateur
TULANE	2	Financeur principal
UNFPA	2	Fournisseur de contraceptifs
SANRU	2	ONG de mise en œuvre du projet
ABEF	2	ONG de mise en œuvre du projet

2.4 Variables de l'étude

- Les variables sociodémographiques des ADBC: le sexe (masculin et féminin), les tranches d'âge (< 25 ans, 25–34 ans, 35-44 ans, 45-54 ans, 55-64 ans et > 65 ans), le statut matrimonial (célibataire, marié, divorcé et veuf) et le niveau d'étude (primaire, secondaire et universitaire).

- Méthode contraceptive¹: (comprimés, méthodes naturelles, préservatifs masculins et féminins).
- Méthode naturelle est toute méthode ne faisant pas intervenir de produit contraceptif (exemple: méthode d'allaitement maternel, méthode jours fixes)
- Nouvelle acceptante: est toute personne qui utilise pour la première fois le contraceptif.
- Renouvellement: est le réapprovisionnement en contraceptif par tout utilisatrice pour continuer la méthode.
- ADBC : est toute personne disponible, volontaire et formée (relais communautaire, prestataire, infirmier, médecin, enseignant, professeur,) ayant des capacités à offrir les services de PF dans la communauté.
- Cliente : utilisatrice des méthodes contraceptives

2.5 Mode de recueil des données

2.5.1 *Données quantitatives*

Les données quantitatives ont été obtenues via la base de données des 33 ZS. Extraction des méthodes offertes par les ADBC (par nouvelles acceptantes et par renouvellement pendant la période de l'étude; Les grilles de collecte des données quantitatives ont facilité le recueil des données sur les thèmes suivants: le profil des répondants, les périodes d'administration des contraceptives, les méthodes contraceptives utilisées (nouvelle acceptante et renouvellement).

Concernant les données sociodémographiques des ADBC, elles ont été collectées dans registres des ZS avec l'appui des superviseurs des ADBC et les animateurs communautaires.

¹ Nous n'avons pris que les méthodes distribuées par les ADBC

Toutes ces données ont été soumises à une triangulation avec la base de données des PTF pour vérifier l'exactitude des informations recueillies, éliminer les doublons, les données incomplètes et aberrantes.

2.5.2 *Données qualitatives*

Utilisation des registres des ADBC pour extraire les variables suivantes concernant les clientes: sexe, âge, adresse, statut matrimonial et méthode contraceptive utilisée.

Utilisation des listes des intervenants dans le projet ACQUAL pour l'extraction des personnes à interviewer selon les responsabilités clés chez les PTF.

Avant de débiter la collecte des données, le Secrétariat Général de la Santé a été contacté pour obtenir l'autorisation de l'enquête. La période du 20 au 28 Juin 2018 a été consacrée aux formalités administratives et à l'élaboration du questionnaire d'enquête avec l'aide des experts du programme national de santé de la reproduction (PNSR).

L'équipe était composée d'un coordinateur principal, deux coordinateurs adjoints (un épidémiologiste, un sociologue), deux superviseurs, un data manager et de huit enquêteurs. La date du 29 Juin 2018 a été consacrée à la formation des enquêteurs et des superviseurs. Le 02 Juillet 2018, un pré-test avait été organisé avec tous les enquêteurs et superviseurs dans la zone de santé de Bandalungwa, zone non reprise sur la liste des zones de santé à visiter, Ceci pour éviter la contamination des données. A la suite du pré-test, la correction de certaines questions a été effectuée. Les enquêteurs et superviseurs ont été déployés sur le terrain pendant dix jours pour la collecte des données, soit du 04 au 13 Juillet 2018. A la fin de chaque journée, les membres de l'équipe (superviseur, enquêteurs et coordonnateurs selon les cas) se retrouvaient pour la vérification, l'échange, le contrôle de qualité pour ce qui concerne le remplissage des grilles et le partage d'expérience sur les difficultés rencontrées sur terrain

Les données ont été recueillies par 8 enquêteurs sélectionnés parmi les infirmiers qui travaillaient dans les soins de santé primaires pendant au moins 3 ans et ayant une bonne expérience en santé de la reproduction, spécialement en planification familiale. Chaque enquêteur collectait les données dans une zone de santé durant 10 jours. Chaque superviseur avait sous sa responsabilité quatre enquêteurs. Tout ceci sous la conduite de l'équipe opérationnelle composée d'un coordonnateur principal, deux coordonnateurs adjoints pour

la gestion des questionnaires et enregistrements et un data manager pour la gestion des données quantitatives. Pour éviter la manipulation intentionnelle des données par les prestataires résidents dans les zones de santé présélectionnées, ces enquêteurs ont été affectés pour la collecte en dehors de leurs zones de santé de résidence.

Les grilles de collecte des données contenant toutes les informations en rapport avec la distribution à base communautaire des contraceptifs, les caractéristiques sociodémographiques des ADBC et celle d'enquête de satisfaction des clientes sont été utilisées. Les données qualitatives ont été recueillies sur base d'un guide d'entretien élaboré à cet effet et traduit préalablement en langue locale (le lingala). L'entretien était directif, les informations obtenues des ADBC, des clientes et des PTF étaient enregistrées sur un dictaphone jusqu'à saturation de l'information.

Ces entretiens ont abordé plusieurs thèmes dont ceux-ci : le profil des répondants; la raison de l'adhésion au service de la DBC; la raison de l'utilisation des contraceptifs à travers les ADBC, les raisons de la fidélisation des clientes auprès des ADBC, les connaissances, les attitudes et les perceptions des ADBC sur la PF; les facteurs explicatifs de l'utilisation des contraceptifs dans la communauté; les raisons de la non adhésion des clientes ou l'abandon de la PF et les facteurs de démotivation des ADBC.

2.6 Saisie des données

La période allant du 15 Août au 01 Septembre 2018 a été consacrée à l'élaboration du masque de saisie sur Epi-data 3.1., à la codification des fiches, à la saisie des données et à l'exportation des données saisies sur le logiciel Statistical Package for the Social Sciences 20 (SPSS 20) pour leurs analyses. La période du 04 Septembre au 21 Octobre 2018 était consacrée à la codification, traitement et analyse des données.

La rédaction du mémoire a débuté en Novembre 2018. La partie consacrée aux résultats, discussion et les travaux de finalisation ont été rédigées après l'analyse des données.

2.7 Plan de traitement et d'analyse des données

Un double contrôle de la qualité des données a été réalisé afin de s'assurer respectivement de leur complétude et précision, ainsi que la cohérence des celles-ci. Le plan de traitement a consisté à : créer des catégories sur base des réponses aux questions fermées et semi fermées ; codifier les données sur base des orientations d'un expert informaticien statisticien.

Analyses statistiques:

Les données recueillies sur les deux bases de données ont été exportées sur le logiciel Statistical Package for the Social Sciences 20 (SPSS 20) pour analyse. Les variables quantitatives groupées (catégorielles) ont été résumées par les mesures de fréquence. Les résultats ont été présentés sous forme des tableaux.

Pendant la collecte, les fichiers audio des entretiens qualitatifs étaient tous les jours transférés de l'enregistreur à l'ordinateur. Après collecte, les données ont été retranscrites à l'aide de Microsoft Word et celles en langue locale traduites en français. Les codes préalablement conçus en tenant compte des objectifs de l'étude ont servi de base à la codification. Des codes supplémentaires ont été développés progressivement pendant le processus de codification selon le besoin. Les fichiers Word ont ensuite été convertis en RTF puis transportés dans le logiciel QDA Miner Lite qui a aidé à la codification du texte. Cette codification s'est faite progressivement, en attribuant chaque fois un code aux portions de texte y relatif. Les segments de texte codé ont été transférés sur Excel pour la facilité de l'analyse du contenu. Après analyse des matrices, les idées dominantes ont été retenues ainsi que les verbatim, riches en sens reprises dans la présentation des résultats. Cette analyse a été faite par un épidémiologiste, un sociologue et le statisticien de l'école de santé publique de Kinshasa.

2.8 Difficultés

- Les données sociodémographiques difficiles à trouver sur l'ensemble des ADBC, parfois injoignables ou introuvables. Les données disponibles avaient des informations incomplètes (seulement le nom, sexe et parfois numéro de téléphone). Nous avons dû parfois utiliser le téléphone ou nous déplacer au domicile de certains pour avoir les informations.

- Les conditions locales n'ont pas permis de collecter les données des structures médicales de PF pour comparer avec celles des ADBC des mêmes zones.
- L'analyse de la partie qualitative a été réalisée par les spécialistes de l'école de santé publique.

2.9 Considérations éthiques

Cette étude a obtenu l'autorisation du comité d'éthique de la Faculté de Médecine de l'Université de Kinshasa, des autorités sanitaires de la Division Provinciale de Kinshasa et du Secrétaire Général de la Santé pour être menée. Un consentement éclairé verbal était requis pour chaque participant avant l'administration du questionnaire. La confidentialité a été garantie.

Pour les participants, un certain sentiment de fierté du fait qu'ils étaient informés des efforts qu'ils ont réalisés dans l'amélioration des services de planification familiale.

Résultats

3.1 Résultats en rapport avec les données quantitatives

3 La taille cumulative des échantillons était de 796 ADBC pour les caractéristiques sociodémographiques et 177.441 pour les méthodes contraceptives offertes dans les 33 ZS.

Les ADBC de sexe féminin étaient majoritaires (60%). L'âge moyen était de 41,6 ans. Les tranches d'âge 35-44 ans et 45-54 ans représentaient respectivement 31 et 29% de l'effectif total et les femmes représentaient 59 et 58% respectivement pour ces deux tranches d'âge. Le niveau d'étude secondaire représentait 76% des ADBC et 63% étaient des femmes. Les mariés représentaient 75% de l'effectif dont 59% des femmes. (Tableau I).

Tableau II: Répartition des ADBC selon les caractéristiques sociodémographiques en fonction du sexe dans les 33 zones de santé de la ville de Kinshasa en 2017

Caractéristiques	Sexe		
	Total	M	F
Classe d'âge (ans)	n (%)	n(%)	n(%)
< 25	24(3)	6(25)	18(75)
25 - 34	192(24)	69(36)	123(64)
35 - 44	248(31)	101(41)	147(59)
45 - 54	229(29)	97(42)	132(58)
55 - 64	89(11)	40(45)	49(55)
≥ 65	14(2)	8(57)	6(43)
Niveau d'étude			
Primaire	6(1)	5(83)	1(17)
Secondaire	608(76)	227(37)	381(63)
Supérieur	182(23)	89(49)	93(51)
Statut matrimonial			
Célibataire	154(19)	61(40)	93(60)
Divorcé(e)	7(1)	2(29)	5(71)
Marié(e)	594(75)	245(41)	349(59)
Veuf (ve)	41(5)	13(32)	28(68)
Total	796	321(40)	475(60)

Les méthodes contraceptives distribuées par les ADBC étaient de 68% pour les préservatifs et les méthodes naturelles (4,9%) pour les nouvelles acceptantes. Pour le renouvellement, les préservatifs représentaient 73,2% et les méthodes naturelles 0,8%. (Tableau III).

Tableau III: La contribution relative des ADBC dans la distribution des méthodes contraceptives dans la ville de Kinshasa, juillet 2018

Méthodes	Nouvelle acceptante	Renouvellement
	n (%)	n (%)
Comprimés	34242 (27)	13110 (26)
Méthodes Naturelles	6213 (4,9)	415 (0,8)
Préservatif	86531 (68,1)	36930 (73,2)
Total	126986	50455

3.2 Résultats en rapport avec les données qualitatives

Des entretiens directifs ont été organisés avec 32 ADBC, 28 clientes et 10 PTF pour connaître les succès, les défis, le niveau de satisfaction des services offerts et recueillir les recommandations afin d'améliorer l'approche DBC

3.2.1 *Entretiens avec les clientes*

De 28 clientes interviewées, leur âge variait entre 19 et 51 ans, deux clientes étaient célibataires, dix ont répondu au questionnaire en compagnie de leur conjoint, elles étaient toutes chrétiennes de différentes églises, trois n'étaient pas scolarisées et utilisaient différentes méthodes contraceptives.

Avoir entendu parler de la contraception pour la première fois: Avoir entendu parler d'une méthode contraceptive témoigne de la circulation de l'information sur cette méthode, sans qu'il soit possible de l'assimiler à une connaissance effective. La quasi-totalité des hommes et des femmes avait entendu parler d'au moins une méthode contraceptive avant de l'utiliser. Les méthodes les plus connues par eux sont les pilules, les préservatifs et les implants dans la majorité des cas. Une minorité a parlé des méthodes naturelles et les autres méthodes. A peu près le tiers des clientes a cité les méthodes définitives (la vasectomie et la ligature des trompes). Le préservatif masculin était mieux connu des répondants que le préservatif féminin.

Pour ce qui concerne le canal par lequel l'information sur la PF leur était parvenue pour la première fois, presque tous les répondants ont parlé des ADBC, la télévision, une amie et une minorité l'a appris par le canal de son partenaire sexuel, à l'exception du préservatif qui était selon eux d'abord utilisé pour éviter d'attraper une infection sexuellement transmissible.

Concernant l'acceptabilité du service de PF par les ADBC, toutes les clientes se sont déclarées satisfaites des services fournis par les ADBC et ont dit être prêts à recommander à une amie, un couple ou à un proche parent d'accéder à la PF à travers les agents communautaires.

Par rapport à l'intérêt d'utiliser la PF à travers les ADBC, les clientes étaient toutes unanimes en avançant les raisons suivantes:

- le témoignage de certaines femmes ADBC: les ADBC ont souvent partagé leur propre expérience avant et après l'utilisation des contraceptifs par eux-mêmes ou les membres de leurs familles. Selon les clientes, échanger avec quelqu'un qui a vécu le calvaire des grossesses rapprochées et qui vit ensuite une sexualité sans crainte de tomber enceinte grâce à la PF était une assurance.
- l'économie moyenne de temps considérable par visite parce qu'elles n'ont pas besoin de souvent se déplacer pour avoir les contraceptifs. Les ADBC se déplacent vers les clientes à leur domicile ou lieu d'activités qui sont généralement le marché ou le bureau. Elles pouvaient se rendre aux centres de santé en l'absence des ADBC, pour un changement de la méthode communautaire à une méthode clinique ou pour la gestion des effets secondaires
- le respect: elles ont parlé de la qualité d'écoute et possibilité de s'exprimer librement et se sentaient impliquées dans tout le processus, selon elles, les ADBC seraient très convaincants
- facilité de l'accès: elles ont dit ne pas avoir un horaire pour consulter un ADBC. Ceci leur permet de vaquer librement à leurs occupations et voir l'ADBC même la nuit.
- Les petites marques d'attention et de gentillesse particulièrement appréciées, des gestes de considération perçus comme des qualités importantes des ADBC (la patience, parler de la santé générale de la famille, des relations intimes avec les conjoints, de l'hygiène corporelle)

Concernant les raisons d'abandon des méthodes, les clientes ont soulevé quelques points.

Les rendez-vous manqués avec les ADBC, le voyage, parfois les ruptures de stock chez les ADBC, le refus du mari, les saignements, la pression de la belle famille, parfois la religion.

- A propos des points à améliorer chez les ADBC, les clientes ont orienté leurs réponses sur les conditions de travail des ADBC qu'elles trouvaient difficiles en terme d'exposition au soleil pendant la sensibilisation, la marche à pieds, des sacs usés. Elles ont aussi évoqué la rupture de stock en contraceptifs et parfois le changement brusque du prix des contraceptifs. Certaines ont souhaité voir les ADBC leur offrir les méthodes médicales comme les implants et les injections. Ce point n'a pas fait l'unanimité malgré tous les

autres avantages cités plus haut. Elles ont pensé que les infirmiers, accoucheuses et les médecins étaient mieux placés pour le faire.

Témoignages des clientes

« Je me suis toujours demandée où étaient ces gens depuis longtemps? Mon mari et moi avons trop souffert de mon hyper fécondité. Nous étions parfois obligés de nous abstenir des mois durant, juste pour laisser grandir un peu les enfants, mais aux premiers contacts, je me retrouvais enceinte et cela nous causait beaucoup de peine. Un ami à mon mari est venu nous voir à la maison et nous a parlé de la PF. Nous avons adhéré à la pilule et c'est mon mari qui veille à mon stock. Quand mon bébé totalisera l'âge d'aller à l'école, je vais aussi devenir ADBC pour aider les autres ne pas vivre mon calvaire » A témoigné une ménagère de 41 ans, mère de 8 enfants

« J'étais méfiante des méthodes modernes de contraception à cause de ce qu'une copine m'avait dit. Selon elle, ça rendrait stérile et frigide. En écoutant maman Mapasa, ADBC de mon quartier, elle était tellement convaincante! son discours m'a convaincu. Depuis que j'utilise la pilule, je vais bien et je supporte le petit saignement » cliente de 36ans, vendeuse.

« Je prenais la pilule au centre de santé. Quand j'allais voir la dame pour le renouvellement de ma plaquette, ça allait très vite. Elle ne me demandait pas souvent comment j'allais. Ce n'était pas la peine de lui raconter mes problèmes, alors parfois, je me sentais un peu expédiée. Avec ces gens qui viennent nous voir(ADBC), ils ont le temps de t'écouter et de t'expliquer en des termes simples, images à l'appui et tout devient facile. Je me sens à l'aise avec eux » A déclaré une femme d'une quarantaine, ménagère

« C'est une personne, qui, au moins, quand mon épouse a un problème, se déplace à domicile, elle nous conseille et parfois nous accompagne au centre de santé. Elle se dérange pour nous. Nos relations sont maintenant au-delà de la PF » A dit un mari d'une cliente.

« J'ai arrêté de voir un ADBC parce qu'elle ne m'avait pas bien expliqué le problème de saignement avec les contraceptifs. Mon mari m'a ordonné d'arrêter » une ménagère de 29ans

3.2.2 *Entretiens avec les ADBC*

Tous les ADBC interviewés ont reconnu qu'ils ont été formés en planification familiale en vue d'être en mesure de pouvoir offrir les méthodes contraceptives dans la communauté, mais qu'ils avaient besoin d'un recyclage. Cependant, les questions auxquelles les plus de mauvaises réponses ont été enregistrées étaient celles qui concernaient le counseling sur les problèmes des effets secondaires comme le saignement, le suivi des clientes référées pour les méthodes purement cliniques, ainsi que l'administration des méthodes aux adolescentes et aux jeunes femmes. Ainsi, plus du tiers a indiqué qu'il n'avait pas mentionné la possibilité d'aménorrhée à leurs clientes.

Selon eux, malgré la formation sur le counseling en PF, mentionner directement la question des saignements était un facteur de fuite ou de peur d'utilisation des contraceptifs par les clientes et ils ne présentaient pas toute la gamme des méthodes aux adolescents et jeunes (seulement les préservatifs et les comprimés).

A la question de savoir ce qui leur a poussé à devenir ADBC, plus de la moitié a dit que c'est parce qu'ils étaient déjà relais communautaires et qu'ils ont voulu devenir ADBC pour produire des résultats efficaces par rapport à la PF, certains ont dit qu'ils ont choisi d'aider les autres parce qu'ils avaient perdu un être cher suite à une grossesse en trop qui pouvait être évitée par la PF, d'autres ont dit qu'ils étaient curieux d'avoir une formation spécifique en PF et la minorité avait dit avoir adhéré pour bénéficier d'une rémunération et une occupation.

Ils ont tous exprimé leur désir de continuer à offrir des services de contraception. Ils ont aussi reconnu la nécessité de signaler toute plainte au sein de la communauté. Parmi les facteurs de motivation signalés par les femmes selon eux, figuraient la réduction de la distance, le coût abordable des contraceptifs, l'espacement des naissances; par contre, l'influence des maris, le saignement et la diminution de la sensibilité due au caoutchouc des préservatifs ont été cités comme facteurs démotivants.

Quant aux ADBC, les facteurs de motivation de continuation de prestation étaient leur participation aux activités de masse comme la vaccination, la consultation gratuite des membres de leur famille dans les structures médicales de leur zone d'intervention, la

formation, les connaissances avec des personnes importantes. Par contre, parmi eux, nombreux avaient évoqué des problèmes de motivation (argent insuffisant à raison de 5 dollars américains par mois, pas de moyens de déplacement pour atteindre les quartiers très éloignés, surtout quand il pleut ou la nuit). Tous avaient soulevé un problème d'outils de sensibilisation et avaient déclaré que les clientes étaient satisfaites de leurs services. Parlant des facteurs qui poussaient les clientes à abandonner ou à ne pas adhérer aux méthodes contraceptives, les ADBC ont cité: le refus du mari qui selon eux ont des idées tordues sur la PF, les effets secondaires, la culture qui n'est souvent pas en faveur de la PF. Ici, ils ont mis l'accent sur la religion, l'influence de la famille (surtout celle de la belle-famille), l'influence des copines. Les préservatifs selon certains, étaient un moyen de tuer, diminueraient le plaisir sexuel et souvent mal perçus par le mari, considérant que l'on ne l'utiliserait pas avec sa femme légitime.

Par rapport à leurs relations avec le bureau central de la zone de santé, près de la moitié des ADBC a évoqué le désintéressement des certains médecins chefs de zone sur les activités de la PF à cause du manque d'intérêt ou de rémunération pour le bureau central. Ils travaillent avec les animateurs communautaires.

De la question sur l'approvisionnement en contraceptifs et autres commodités, tous ont dit qu'ils étaient confrontés à plusieurs difficultés. Avant les partenaires leurs donnaient directement les contraceptifs et le problème de rupture de stock ne se posait pas. Mais à partir du moment où les contraceptifs étaient déposés au bureau central de la ZS, ils ont commencé à connaître des ruptures.

D'autre part, ils sont en surstock quand il y a des campagnes de distribution gratuite des contraceptifs parce que les clientes obtiennent gratuitement les services de PF.

Témoignages de quelques ADBC:

« Avant que je ne sois ADBC, je ne croyais pas à la PF. Quand j'ai été formé et je l'ai appliquée dans mon couple, aujourd'hui nous avons une sexualité épanouie et une harmonie règne dans la famille. J'utilise mon propre exemple pour sensibiliser mes amis enseignants et toutes les autres clientes » ont témoigné un enseignant de 43 ans.

« J'assure la scolarité de mes enfants avec les dons de certaines clientes satisfaites de mes services. Cela me motive à faire mieux mon travail d'ADBC » a déclaré une veuve de 58 ans et sans emploi.

« J'étais chômeur, c'est grâce à mon travail d'ADBC que j'ai trouvé un emploi à travers une cliente. Je suis actuellement fonctionnaire à la société nationale d'électricité et je continue toujours mon travail d'ADBC au sein de l'entreprise et dans la communauté » selon un jeune de 32 ans qui a une licence en informatique.

« Une femme qui a 8 enfants est venue me voir pour une planification, mais son mari s'y était opposé en disant que la planification familiale pousse les femmes à se prostituer. Malgré que la loi autorise la PF, son application pose toujours problème. » a déclaré une dame de 40 ans.

3.2.3 Entretiens avec les PTF

Le programme communautaire facilite l'accès aux méthodes contraceptives disponibles en réduisant considérablement le temps nécessaire aux utilisatrices pour obtenir ce service. La disponibilité des ADBC au niveau communautaire permet aux utilisatrices de réaliser une économie moyenne de temps d'environ d'une centaine des minutes par visite parce qu'elles n'ont pas besoin de se déplacer à pied au centre de santé pour recevoir une méthode. En outre, se rendre au centre de santé était parfois impossible pendant certaines périodes de l'année (notamment en périodes de pluies), ce qui pouvait empêcher l'obtention d'une méthode et conduire à l'abandon de celle-ci, voire de la planification familiale. Parmi les raisons du choix des ADBC figuraient leur proximité avec la communauté et que leur prestation dépend de leur disponibilité et de la disponibilité des contraceptifs. Sur la question concernant l'État, les PTF ont déclaré sa faible implication et l'absence de statut pour les ADBC. Sur la question de la motivation en termes de rémunération, le PNSR a exprimé son souhait qu'elle soit uniformisée à tous les ADBC, quel que soit le partenaire financier et que chaque PTF devrait respecter le circuit normal pour la remontée des données. Comme vision, la plupart des PTF ont déclaré de l'étendre à d'autres zones dans le futur. Les défis évoqués étaient la disponibilité des outils de sensibilisation, les ruptures de stock, l'amélioration de la qualité des données et la bonne structuration des ADBC.

- *« L'approche DBC est très intéressante parce qu'elle permet d'étendre les services, elle facilite l'accès de la population à la PF. Moi je ne trouve aucun inconvénient à ce que les non médicaux puissent administrer les méthodes. Le problème c'est de les former convenablement, de les superviser, de les suivre et de les accompagner techniquement. Les méthodes que les ADBC offrent sont des méthodes communautaires »* Selon un responsable de l'UNFPA.
- *« Pour moi, cette approche permet l'adhérence au programme de PF. Les ADBC sont en contact avec la population, les échanges sont amicaux et l'adhérence est plus facile. Ils apportent des réponses aux rumeurs »* A déclaré un superviseur d'ABEF
- *« Les ADBC sont souvent en rupture de stock des contraceptifs. En discutant avec eux, ils ont dit avoir adressé la demande au bureau central, souvent sans réponse. Ils sont parfois obligés d'appeler les superviseurs d'ABEF ou SANRU pour avoir des produits »* A dit un superviseur de SANRU.
- *« Les produits pour les ADBC sont déposés à la zone de santé, mais cette dernière tarde souvent à les approvisionner (une à deux semaines, parfois un mois). La zone de santé a déclaré ne pas avoir les moyens pour transporter les contraceptifs aux ADBC ».* A déclaré un agent du PNSR.
- *« Les ADBC doivent être bien encadrés par les responsables de la zone de santé et doivent bénéficier d'une rémunération conséquente pour bien mener leurs activités »* A déclaré un responsable de TULANE

Discussion

4 Dans cette étude, l'objectif était d'évaluer la contribution des ADBC dans l'utilisation des services de PF dans la ville de Kinshasa de janvier 2015 à décembre 2017. Malheureusement, nous n'avons pas pu avoir des résultats sur les données de services globales sur la prévalence contraceptive durant la période d'étude. Cette situation ne nous a pas permis de ressortir les valeurs de progression de la prévalence contraceptive.

4.1 Les caractéristiques sociodémographiques des ADBC

Les femmes étaient les plus représentées. Le niveau d'étude secondaire était majoritaire et les mariés étaient les plus nombreux. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les activités de PF soient réalisées préférentiellement par les femmes mariées et qui sont allées à l'école. Elles transmettraient mieux le message auprès des clientes, en essayant de briser le tabou qui existe autour du sujet PF, et s'appuieraient sur leurs propres exemples pour argumenter les bienfaits de la PF.

Les ADBC étaient relativement jeunes, avec une moyenne d'âge de 41 ans. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que dans le projet mis en œuvre, les partenaires auraient respecté la norme sur la compétence des ADBC à savoir lire, écrire et être capable d'élaborer et transmettre le rapport d'activités de manière mensuelle.

4.2 De l'offre des méthodes contraceptives

Les préservatifs et les contraceptifs oraux étaient les méthodes de contraception les plus distribuées par les ADBC. Ces deux méthodes sont facilement distribuables et ne demandent souvent pas assez d'instruction des clientes, elles sont bien tolérées par la population et n'imposent aucune assistance médicale. Le taux de continuation était élevé, ce qui peut s'expliquer par le degré de satisfaction des clientes et les bonnes techniques de counseling des ADBC. Nos résultats sont similaires à ceux d'une étude réalisée à Madagascar, où la majorité des clientes avaient déclaré être satisfaites à 94% [13]. Dans notre étude, les clientes ont souhaité continuer les méthodes avec les ADBC. Ces taux de satisfaction et de continuation élevés pourraient s'expliquer par le fait que les ADBC sont très proches de la

communauté et qu'une certaine confiance s'est installée entre eux et les clientes d'une part, et parce qu'elles n'avaient pas besoin d'interrompre leurs activités pour aller chercher une méthode de PF au centre de santé d'autre part.

Dans notre étude les facteurs favorisant l'utilisation de la PF par les clientes étaient en majorité : l'avis du conjoint, la religion, la culture, l'attitude des ADBC et la sensibilisation. Une étude qualitative (entretien approfondi) menée dans le district de Tandahimba au sud de la Tanzanie avec 18 femmes a relevé que l'utilisation des contraceptifs modernes pour retarder la première grossesse était largement acceptable chez les étudiantes et les jeunes à cause de la confidentialité des ADBC [34].

Une enquête transversale menée au Ghana auprès de 217 femmes en âge de procréer sélectionnées au hasard a identifié ces mêmes facteurs. Elle a noté la forte sensibilisation au niveau communautaire, le statut matrimonial et surtout le soutien du conjoint et la religion [35]. Ceci montre d'une part la place de la sensibilisation de la communauté en matière de la PF et d'autre part, l'importance de l'implication de l'homme et celle des leaders religieux dans les questions de la santé de la reproduction.

Les raisons d'abandon des méthodes contraceptives des femmes évoquées par les ADBC étaient familiales, religieuses, les effets indésirables de certains contraceptifs et surtout le refus du mari. Une étude menée dans la zone de santé de Dibindi à Mbuji-Mayi en 2017 par Ntambwe AM et al sur la prévalence contraceptive et les barrières à la PF effectuée auprès 500 femmes en âge de procréer et en union maritales a démontré que le soutien ou non du conjoint était significativement associé à l'utilisation des méthodes de PF [11]. Le conjoint peut constituer une barrière importante dans la PF. D'où la nécessité d'axer les activités de sensibilisation sur lui et encourager le recrutement des hommes ADBC pour mieux sensibiliser leurs pairs. Une autre étude menée dans le district de Kabwe en Zambie en 2018 sur les obstacles et les facilitateurs à la fourniture et l'utilisation de la PF au niveau communautaire auprès de 114 personnes et 19 prestataires en utilisant les enquêtes approfondies, a relevé les longues distances à parcourir pour atteindre une structure de santé, les ruptures de stock des contraceptifs les plus demandés d'une part et au niveau communautaire, l'étude a relevé la crainte des effets secondaires des contraceptifs, des mythes, des rumeurs, la religion et les traditions [23]. Tous ces freins à la PF démontrés dans ces études convergent avec ce que nous

avons constaté dans notre étude. Ceci donne des pistes de solution à l'augmentation des utilisateurs (trices) de la PF seulement si toutes les parties prenantes s'impliquent à résoudre de manière efficace et durable ces goulots d'étranglements.

Des études sur les agents de santé reproductive communautaires en Éthiopie ont constaté que s'ils sont formés et motivés, cela pourrait accroître les connaissances et leur permettre de fournir des services spécifiques dans la PF et la santé reproductive [36].

Une étude en Tanzanie menée sur les sources de motivation des agents de santé communautaire, menée des entretiens semi-structurés avec 20 agents de santé communautaire dans la région de Morogoro, a montré la prédisposition au bénévolat, l'application des connaissances acquises à leurs propres problèmes, le soutien financier et matériel, les frais de transport et une aide pour le travail à la ferme constituaient les raisons de se donner totalement au service de la communauté, mais la même étude montrée qu'une rémunération et des fournitures inadéquates décourageaient les agents communautaires [37]. En utilisant la méthode par interview dans notre étude, ces avis ont été partagés par les clientes, les ADBC et les partenaires d'appui au cours des entretiens. L'implication communautaire dans la distribution des contraceptifs et leur formation pourraient avoir des effets bénéfiques sur l'acceptabilité de la population. Pour cela, il faut une motivation et création des conditions favorables pour la bonne marche des activités menées par les ADBC. Les acteurs communautaires à travers leurs témoignages ont montré comment la formation a changé leur propre comportement vis-à-vis de la PF et celui de leurs clientes.

4.3 Apport de la distribution communautaire des contraceptifs dans la PF

Bien que les données sur la prévalence contraceptive et le besoin non satisfait n'étaient pas disponibles, dans notre étude nous avons un nombre important des nouvelles acceptantes et de renouvellement des méthodes recrutés par les ADBC. Ceci pourrait améliorer la prévalence contraceptive dans la ville de Kinshasa. Une étude menée au Nigeria sur la distribution communautaire des contraceptifs par les ADBC pendant une phase pilote avait atteint des résultats spectaculaires, ce qui a poussé le ministère nigérian d'élargir le service à l'échelle nationale [38]. Une autre étude menée au Kenya a montré que l'utilisation de la distribution communautaire avait augmenté la prévalence contraceptive de plus de 17% [39]. Au Ghana,

la distribution communautaire a triplé les taux d'acceptation de la contraception. Une deuxième expérience à Navrongo a montré que la distribution communautaire avait augmenté l'utilisation des contraceptifs par rapport aux zones témoins [35]. Par contre toujours à Navrongo au Ghana, une autre étude sur l'impact de l'association d'infirmiers(e) et volontaires communautaires dans les villages a prouvé que les taux de mortalité maternel et infantile avaient diminué de moitié en trois ans, mais l'accès aux produits contraceptifs ne permettait pas à lui seul de faire face aux coûts sociaux de la régulation de la fécondité. Cette collaboration entre prestataires cliniques et communautaires compensait les contraintes liées à l'adoption de la contraception [40]. Ce constat d'efficacité de collaboration entre infirmiers(e) et agents communautaires a été souligné dans notre travail en ce qui concerne les références des clientes pour les méthodes cliniques et la gestion des effets secondaires liés aux contraceptifs. Le renforcement de cette collaboration contribuerait à la continuation de la PF par les utilisateurs.

4.4 Limites

- Nous aurions bien voulu faire une comparaison des données des ADBC sur la base des données nationales avec celles du projet ACQUAL, mais nous n'avions pas trouvé les données de la période de l'étude. Le logiciel national de gestion des données était en cours de mise à jour avec les aspects communautaires depuis la fin de l'année 2017.
- Biais possible : interrogatoire sur certains sites devant les PTF et la méthode de recueil par enregistrement pouvant influencer les réponses des ADBC d'une part et d'autre part, la présence des époux durant l'interrogatoire des clientes pouvait influencer leurs réponses
- Pas de zone témoin comparable : 94,2% d'intervention.
- Dans notre étude, nous avons eu le nombre des nouvelles acceptantes et des renouvellements des méthodes sans avoir les données sur la prévalence contraceptive et le besoin non satisfait en contraceptifs durant la période. Des études approfondies seraient nécessaires pour évaluer l'impact effectif de l'apport de la distribution communautaire des contraceptifs dans la ville de Kinshasa.

Conclusion

La prévalence contraceptive moderne à Kinshasa selon l'EDS 2013-2014 était de 19 %. Plusieurs femmes n'ont pas accès aux méthodes contraceptives ou refusent tout simplement de les utiliser. Les principales raisons évoquées justifiant cette faible utilisation des méthodes seraient l'interdiction par l'église, l'opposition du conjoint, la crainte des effets secondaires des méthodes contraceptives, les ruptures de stock et l'insuffisance en information. L'information centrée sur chaque cliente ou sur le couple, concernant la planification familiale, devrait être renforcée de façon à réduire et éliminer les fausses croyances et les rumeurs autour des contraceptifs, afin d'accroître l'utilisation des méthodes contraceptives.

Plusieurs travaux de recherche et l'expérience accumulée par les programmes résumés dans le présent travail précisent qu'une amélioration des interactions entre clientes, ADBC et prestataires cliniques occasionnerait une grande adhésion des utilisateurs (trices) aux méthodes contraceptives. L'apport d'informations nécessaires et la fourniture de services axés sur les clientes permettraient une augmentation de l'adoption, de l'utilisation efficace et de la continuité des méthodes contraceptives.

Comme le démontre les évaluations d'impact et corroborés par ce travail, il y a des évidences que les ADBC constituent des canaux efficaces pour le transfert de l'information et des idées. Dans ce contexte bien précis et à la vue des preuves existantes, la prestation de services de PF par des ADBC présente des perspectives intéressantes pour augmenter l'utilisation et la continuité des méthodes contraceptives, à condition qu'ils soient bien formés, suivis et motivés à prester.

Une bonne structuration de l'approche de distribution à base communautaire des contraceptifs par le programme en charge de la santé sexuelle et reproductive, l'alignement des partenaires d'appui, la formation des ADBC, l'approvisionnement en outils de sensibilisation, en contraceptifs et autres commodités et la motivation des acteurs communautaires permettraient au pays d'améliorer son taux de prévalence contraceptive et ainsi réduire les décès materno-infantiles qui sont alarmants à ce jour. L'accès aux produits contraceptifs ne permet pas à lui seul de faire face aux coûts sociaux de la régulation de la fécondité et de la réduction substantielle de la mortalité materno-infantile.

Perspectives

- ✚ Aux législateurs et autorités sanitaires provinciales et locales :
 - Vulgariser la loi sur la PF nouvellement votée il y a moins de 6 mois.
 - Elaborer un statut clair sur l'approche communautaire en matière de santé
 - Améliorer la couverture sanitaire universelle :
 - Rapprocher les services de PF aux clientes (maison, lieu de service)
 - Rendre disponible les services de PF dans les aires de santé non intégrées

- ✚ Partenaires techniques et financiers :
 - Appuyer les ZS en formation et supervision des ADBC, contraceptifs, outils de sensibilisation et de gestion des données
 - Uniformiser et améliorer la motivation financière des ADBC
 - Appuyer les missions de suivi et évaluation des activités des ADBC au niveau des ZS

- ✚ Aux ADBC :
 - Accroître la sensibilisation de la communauté sur la PF
 - Favoriser la continuité de l'utilisation des services de PF et l'appropriation de ces services par la communauté.
 - Assurer le suivi des clientes avec efficacité et la retro-information

Références

1. Ministère de la Santé Publique de la République Démocratique du Congo. *Plan stratégique national à vision multisectorielle de la Planification familiale. 2014-2020.* 1-50
2. Gomie A, Wudneh A, Nigatu D, Dendir Z. *Determinants of family planning use among married women in bale eco-region, Southeast Ethiopia: A community based study.* BMC Womens Health. 2018;18(1):1–10.
3. Semachew Kasa A, Tarekegn M, Embiale N. *Knowledge, Attitude and practice towards family planning among reproductive age women in a resource limited settings of Northwest Ethiopia.* BMC Res Notes. 2018;11(1):577.
4. Adeniyi OV, Ajayi AI, Moyaki MG, Goon D Ter, Avramovic G, Lambert J. *High rate of unplanned pregnancy in the context of integrated family planning and HIV care services in South Africa.* BMC Health Serv Res. 2018;18(1):4–11.
5. USAID, Johns Hopkins, OMS. *Planification familiale: Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier. Mise à jour 2011.* http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/fr/
6. Chanda MM, Ortblad KF, Mwale M, Chongo S, Kanchele C, Kamungoma N, et al. *Contraceptive use and unplanned pregnancy among female sex workers in Zambia.* Contraception. 2017; 96(3):196–202.
7. Bankole A, Keogh S, Akinyemi O, Dzekedzeke K, Awolude O, Adewole I. *Differences in Unintended Pregnancy, Contraceptive Use and Abortion by HIV Status Among Women in Nigeria and Zambia.* Int Perspect Sex Reprod Health. 2014; 40(01):028–38.
8. Dorman E, Perry B, Polis CB, Campo-Engelstein L, Shattuck D, Hamlin A, et al. *Modeling the impact of novel male contraceptive methods on reductions in unintended pregnancies in Nigeria, South Africa, and the United States.* Contraception. 2018; 97(1):62–9.
9. USAID Sanders R. *Family planning and its contribution to meeting the Millennium Development Goals (MDGs).* Health Policy Initiative. 2007.
10. Philips JF, Greene WL, Jackson EF. *Lessons from Community-based Distribution of Family Planning in Africa.* Family Planning in Africa. 1999 ;(121):105.

11. Ntambue AM, Tshiala RN, Malonga FK, Ilunga TM, Kamonayi JM, Kazadi ST, et al. *Utilisation des méthodes contraceptives modernes en République Démocratique du Congo: Prévalence et barrières dans la zone de santé de Dibindi à Mbuji-Mayi*. Pan Afr Med J. 2017;26:1–8.
12. Weil B, Krueger K, Stanback J et Hoke TH. *La distribution à base communautaire des contraceptifs injectables: Guide pratique de formation*. Family Health International. 2009. 1-128
13. Ministère de l'Économie et de l'Industrie République de Madagascar. *Enquête Démographique et de Santé Madagascar 2008-2009*. Avril 2010.104-126
14. Davies NECG, Matthews LT, Crankshaw TL, Cooper D, Schwartz SR. *Supporting HIV prevention and reproductive goals in an HIV-endemic setting: Taking safer conception services from policy to practice in South Africa*. J Int AIDS Soc. 2017: 20 (1):36–42.
15. New JR, Cahill N, Stover J, Gupta YP, Alkema L. *Levels and trends in contraceptive prevalence, unmet need, and demand for family planning for 29 states and union territories in India: a modelling study using the Family Planning Estimation Tool*. Lancet Glob Heal 2017: 5(3). 1-9
16. Krenn S, Cobb L, Babalola S, Odeku M, Kusemiju B. *Using behavior change communication to lead a comprehensive family planning program: the Nigerian Urban Reproductive Health Initiative*. Glob Heal Sci Pract. 2014: 2 (4):427–43.
17. Ali M, Farron M, Dilip R. *Assessment of Family Planning Service Availability and Readiness in 10 African Countries*. Glob Health Sci Pract 3 octobre 2018;6 (3): 473–483;1–11.
18. Department of Economic and Social Affairs Population Division. *World Population Prospects the 2015 Revision: United Nations New York, 2015*.
19. Population Action International. *The Key to Achieving the Millennium Development Goals : Universal Access to Family Planning and Reproductive Health*. Heal (San Fr) 2010; www.populationaction.org
20. Pasha O, Goudar SS, Patel A, Garces A, Esamai F, Chomba E, et al. *Postpartum contraceptive use and unmet need for family planning in five low-income countries*. Reprod Health. 2015;12(2): S11.
21. Hall KS, Kusunoki Y, Gatny H, Barber J. *Social discrimination, stress, and risk of unintended pregnancy among young women*. J Adolesc Health.2015 March; 56(3): 330–337.

22. OMS, Bureau régional de l'Afrique. *Meilleures pratiques de planification familiale Guide de recensement et de description*. ISBN: 978-929031293-2. 2017 https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/best-practices-fp-programs/fr/
23. Silumbwe A, Nkole T, Munakampe MN, Milford C, Cordero JP, Kriel Y, et al. *Community and health systems barriers and enablers to family planning and contraceptive services provision and use in Kabwe District, Zambia*. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):1–11.
24. Stern J, Bodin M, Grandahl M, Segeblad B, Axén L, Larsson M, et al. *Midwives adoption of the reproductive life plan in contraceptive counselling: A mixed methods study*. Hum Reprod. 2015;30(5):1146–55.
25. Kabagenyi A, Reid A, Ntozi J, Atuyambe L. *Socio-cultural inhibitors to use of modern contraceptive techniques in rural Uganda: a qualitative study*. Pan Afr Med J. 2016;25: 78.
26. Reichwein B, Wolmarans L, Nantayi L, Nassali F, Kakinda A, Musumba D, et al. *SegWeigh: A mixed-method approach to segmenting potential contraceptive user groups and meeting Family Planning 2020 goals*. Int J Gynecol Obstet. 2015; 130: E8–14.
27. OMS. *Guide de la planification familiale à l'usage des agents de santé communautaires et de leurs clientes. D'après l'Outil d'aide à la prise de décision à l'usage des clientes et des prestataires de planification familiale*. ISBN 978 92 4 250375 3. OMS 2012
28. Life Saving Commodities Improving access saving lives. *Une stratégie de communication adaptable pour les pilules contraceptives d'urgence*. Juillet 2014
29. Mpunga D, Lumbayi J, Dikamba N, Mwembo A, Ali Mapatano M, Wembodinga G. *Availability and Quality of Family Planning Services in the Democratic Republic of the Congo: High Potential for Improvement*. Glob Heal Sci Pract .2017;5(2):274–85.
30. UNFPA. *Cultural Programming: Reproductive Health Challenges and Strategies in East and South-East Asia*. UNFPA Country Technical Services Team for East and South-East Asia, Bangkok, Thailand. 2005. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/culture_programming.pdf
31. Ministère de la Santé Publique. République Démocratique du Congo *Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services (SARA) 2014*.

32. Jane T., Patrick B, Nelly K, Eric D, Julie M, Hernandez, et al. *Cartographier les sites de prestation afin d'accroître la disponibilité des méthodes contraceptives à Kinshasa (République Démocratique du Congo)*. 2015;29–34.
33. Hernandez JH, Akilimali P, Glover A, Emel R, Mwembo A, Bertrand J. *Task-shifting the provision of DMPA-SC in the DR Congo: Perspectives from two different groups of providers*. *Contraception* 2018. 1-5
34. Sedekia Y, Jones C, Nathan R, Schellenberg J, Marchant T. *Using contraceptives to delay first birth: A qualitative study of individual, community and health provider perceptions in southern Tanzania*. *BMC Public Health*. 2017;17(1):1–13.
35. Beson P, Appiah R, Adomah-Afari A. *Modern contraceptive use among reproductive-aged women in Ghana: Prevalence, predictors, and policy implications*. *BMC Womens Health*. 2018: 18(1):1–8.
36. Tilahun Y, Lew C, Belayihun B, Lulu Hagos K, Asnake M. *Improving Contraceptive Access, Use, and Method Mix by Task Sharing Implanon Insertion to Frontline Health Workers: The Experience of the Integrated Family Health Program in Ethiopia*. *Glob Heal Sci Pract*. 2017;5(4):1–11.
37. Greenspan JA¹, McMahon SA, Chebet JJ, Mpunga M, Urassa DP, Winch PJ. *Sources of motivation for community health workers: a qualitative study in the Morogoro region of Tanzania*. *Hum Resour Health*. (10 octobre 2013) 11-52
38. Mohammed-Durosinlorun A, Adze J, Bature S, Abubakar A, Mohammed C, Taingson M, et al. *Time interval to initiation of contraceptive methods following childbirth in a low-resource setting*. *Nigerian J Clin Pract*. 2017;20(12):1537–43.
39. Mochache V, Lakhani A, El-Busaidy H, Temmerman M, Gichangi P. *Pattern and determinants of contraceptive usage among women of reproductive age from the Digo community residing in Kwale, Kenya: results from a cross-sectional household survey*. *BMC Womens Health*. (2018) 18:10
40. Phillips JF, Binka F, Bawah AA. *Accelerating reproductive and child health program impact with community-based services: the Navrongo experiment in Ghana*. *Bulletin of the World Health Organization*. October 2006, 84(6).

Annexes

1. *Guide d'entretien avec les clientes*

Objectif de l'entretien : Déterminer l'apport des DBC dans l'offre des services de PF dans la ville de Kinshasa, en ressortir les déterminants et recueillir la satisfaction des clientes sur l'approche DBC.

- *Personnes susceptibles d'être interrogées* : les clientes qui ont utilisé au moins une fois les contraceptifs à travers les agents distributeurs à base communautaire (ADBC) impliqués dans le projet ACQUAL durant la période de l'étude et qui étaient répertoriées dans le registre des ADBC.
- *En italique* : relance pour clarifier les questions en cas de besoin

Consentement verbal:

I. Introduction:

1. *Introduisez-vous*
2. *Expliquez brièvement les raisons de votre visite (étude de la thématique et non des interlocuteurs)*
3. *Sollicitez le consentement des interlocuteurs*
4. *Laissez vos interlocuteurs s'exprimer : ne corrigez rien, notez toutes les informations fournies par l'interviewé(e)*
5. Pour assurer les participants, garantisiez la confidentialité.

Bonjour, je m'appelle Je travaille pour le compte d'une étude sur « l'utilisation des contraceptifs à Kinshasa ». Les informations recueillies serviront améliorer l'accès de la population aux produits de santé de la reproduction. Nous avons besoins de votre consentement avant de commencer l'entretien qui pourra nous prendre environ une heure. Soyez rassuré que tout ce qui sera dit ici restera confidentiel et n'entraînera aucune poursuite.

- II. Règle du jeu
- 1. Encouragez les participants à parler ;

- 2. Insistez sur le fait que toutes les opinions sont importantes ;
- 3. Ecoutez celui qui parle, ne l'interrompez pas.

1. Profil de la cliente:

- | | | | |
|-------------|-----------------------|-----------------------------------|---------------------|
| 1) Âge | 2) Sexe | 3) Niveau d'études | 4) Nombre d'enfants |
| 5) Religion | 6) statut matrimonial | 7) méthode contraceptive utilisée | |

2. Les sources d'information des clientes sur le PF et circuit d'informations;

1) Parlez –nous de la PF

- Qu'est-ce que vous connaissez sur la PF?
- Comment avez-vous entendu parler de la PF pour la première fois ?
- Qui vous en a parlé pour la première fois ?
- Quand avez-vous commencé à utiliser une méthode contraceptive ?
- Qu'est-ce qui vous a poussé à utiliser une méthode contraceptive ?

2) Quels sont les avantages de la PF selon vous?

3) Quels sont les désavantages de la PF selon vous?

4) Quelle méthode utilisez-vous? Justifiez votre choix.

3. Les attitudes et les perceptions du conjoint, de la famille et de la communauté face à la PF ;

1) Pouvez-vous nous parler de la perception de votre conjoint vis-à-vis de la PF ?

2) Quel est son avis sur votre adhésion à la PF ?

3) Avez-vous obtenu son approbation avant l'utilisation de la PF ? Si oui, comment a-t-il réagi ?

4) Comment ont réagi votre entourage ?

5) Avez-vous entendu parler des rumeurs concernant la PF ? Si oui, comment vous êtes-vous comportée face à cela?

6) L'ADBC vous a-t-il parlé des effets secondaires des contraceptifs?

7) Avez-vous déjà vécu les effets secondaires des contraceptifs?

8) Comment l'ADBC s'est comporté face à cela?

4. Les facteurs qui expliquent l'adhésion des clientes à la PF à travers les ADBC

a. Quels sont les facteurs qui vous ont poussé à utiliser les contraceptifs à travers les ADBC?

b. Connaissez-vous les ADBC avant l'utilisation de la PF?

-

5. Les facteurs qui expliquent l'abandon des clientes à la PF à travers les ADBC

- a. Qu'est-ce qui peut vous pousser à abandonner la PF ?
- b. Comment

6. Relations avec les ADBC

1. Comment sont vos relations avec les ADBC?
2. Comment trouvez-vous leur comportement pendant la prestation ? Sont-ils convaincants ? Gentils ? Professionnels ? Disponibles ?
3. Recommanderiez-vous les services d'un ADBC à une copine, un membre de votre famille ? Si oui, pourquoi ? Si non, justifiez votre réponse.

Nous sommes à la fin de notre entretien, avez-vous un commentaire à faire et/ou une question en rapport avec notre discussion ?

Merci de votre participation

2. Guide d'entretien avec les ADBC

Objectif de l'entretien : Déterminer l'apport des DBC dans l'offre des services de PF dans la ville de Kinshasa et en ressortir les déterminants.

- *Personnes susceptibles d'être interrogées* : les agents distributeurs à base communautaire (ADBC) impliqués dans le projet ACQUAL durant la période d'étude.
- *En italique* : relance pour clarifier les questions en cas de besoin

Consentement verbal :

I. Introduction :

- a) Introduisez-vous*
- b) Expliquez brièvement les raisons de votre visite (étude de la thématique et non des interlocuteurs)*
- c) Sollicitez le consentement des interlocuteurs*
- d) Laissez vos interlocuteurs s'exprimer : ne corrigez rien, notez toutes les informations fournies par l'interviewé(e)*
- e) Pour assurer les participants, garantissez la confidentialité.*

Bonjour, je m'appelle Je travaille pour le compte d'une étude sur « l'utilisation des contraceptifs à Kinshasa ». Les informations recueillies serviront améliorer l'accès de la population aux produits de santé de la reproduction. Nous avons besoins de votre consentement avant de commencer l'entretien qui pourra nous prendre environ une heure. Soyez rassuré que tout ce qui sera dit ici restera confidentiel et n'entraînera aucune poursuite.

- II. Règle du jeu
- 1. Encouragez les participants à parler ;
- 2. Insistez sur le fait que toutes les opinions sont importantes ;
- 3. Ecoutez celui qui parle, ne l'interrompez pas.

II. Profil du DBC :

- 1) Âge 2) Sexe 3) Niveau d'études 4) Fonction
5) Religion 6) statut matrimonial

III. Les sources d'information des femmes sur le PF et circuit d'informations ;

- a. Parlez de votre travail
- b. Quels sont les outils de communication en santé de la reproduction
- c. Parlez-nous de la situation de la PF au sein de votre communauté
- d. D'après vous, quelles sont les sources d'informations pour les femmes ? Pourquoi ?

IV. Les connaissances, les attitudes et les perceptions des ADBC sur la PF ;

- a. Pouvez-vous nous parler des produits qui sont utilisées comme contraceptifs ?
- b. Quels sont les risques ou les effets secondaires des contraceptifs (*pour la santé de la femme, d'ordre légal...*)
- c. Comment on administre ces produits contraceptifs ?
- d. Si une femme est décidée de ne pas utiliser les contraceptifs que pouvez-vous faire pour elle ? (*Orientation, dissuasion, mesures d'ordre médical et/ou psychologique*)
- e. Que pouvez-vous faire face à une telle situation ? Avez-vous déjà accompagné une telle décision ? (*Si oui, comment? Si non, pour quoi?*)
- f. Que pensez-vous des contraceptifs ? (*Question morale ou légale*)
- g. Que pensez-vous des femmes qui ne les utilisent pas ?
- h. Que disent les femmes qui utilisent ces méthodes ?
- i. Les femmes qui utilisent déjà ces méthodes, envisagent-elles les continuer à long termes ?
- j. Que reprochent les femmes à ces méthodes que vous les proposez ?

V. Les facteurs qui expliquent l'utilisation des méthodes contraceptives dans la communauté ;

- c. Quels sont les facteurs qui poussent les femmes à utiliser ces contraceptifs ?
- d. Quels sont les facteurs qui poussent les femmes à n'est pas utiliser ces contraceptifs?

VI. L'approvisionnement

- a. Comment s'organise votre système d'approvisionnement?
- b. Où vous approvisionnez-vous?
- c. Avez- vous des ruptures de stock?

d. Comment vous comportez-vous face à la rupture de stock devant les clientes?

e. Relations avec le BCZ

4. Comment sont vos relations avec l'IT et la zone de santé ?

5. Comment le BCZ fait pour vous former et vous appuyer dans votre travail ?

6. Quelles sont vos relations avec les organes de participation communautaire (CODESA, CAC, OAC, ...) et les autres relais ?

7. Quels sont les facteurs qui vous motivent à travailler avec la Zone de santé ? (*BCZ, centre de santé, CODESA, CAC, ...*)

Nous sommes à la fin de notre entretien, avez-vous un commentaire à faire et/ou une question en rapport avec notre discussion ?

Merci de votre participation

3. Guide d'entretien avec les PTF

Objectif de l'entretien : Déterminer l'apport des ADBC dans l'offre des services de PF dans la ville de Kinshasa et en ressortir les déterminants.

- *Personnes susceptibles d'être interrogées* : les partenaires techniques et financiers intervenant dans la PF dans le projet ACQUAL
- *En italique* : relance pour clarifier les questions en cas de besoin

Consentement verbal :

I. Introduction :

1. *Introduisez-vous*
2. *Expliquez brièvement les raisons de votre visite (étude de la thématique et non des interlocuteurs)*
3. *Sollicitez le consentement des interlocuteurs*
4. *Laissez vos interlocuteurs s'exprimer : ne corrigez rien, notez toutes les informations fournies par l'interviewé(e)*
5. Pour assurer les participants, garantisiez la confidentialité.

Bonjour, je m'appelle Je travaille pour le compte d'une étude sur « l'utilisation des contraceptifs à Kinshasa ». Les informations recueillies serviront à améliorer l'accès de la population aux produits de santé de la reproduction. Nous avons besoin de votre consentement avant de commencer l'entretien qui pourra nous prendre environ une heure. Soyez rassuré que tout ce qui sera dit ici restera confidentiel et n'entraînera aucune poursuite.

- II. Règle du jeu
- 1. Encouragez les participants à parler ;
- 2. Insistez sur le fait que toutes les opinions sont importantes ;
- 3. Ecoutez celui qui parle, ne l'interrompez pas.

1. Profil du PTF :

- 1) Nom de l'organisation
- 2) Sexe
- 3) Fonction/ Responsabilités
- 4) rôle dans le projet

2. Perception sur l'approche DBC ;

- ✓ Parlez de la distribution à base communautaire des contraceptifs
- ✓ Comment elle se déroule concrètement dans la communauté
- ✓ Comment trouvez-vous l'efficacité de cette approche ?
- ✓ Que pensez-vous de l'approche DBC ? (*Question morale ou légale*)
- ✓ Que pensez-vous des femmes qui utilisent cette approche ?
- ✓ Quelle analyse faites-vous de cette approche à Kinshasa ?
- ✓ Comment trouvez-vous la prestation des ADBC sur terrain ?
- ✓ Selon vous quels sont les facteurs de succès et d'échec de cette approche à Kinshasa ?
- ✓ D'après vous, faudra-t-il continuer ou abandonner cette approche ? *Si oui, pour quoi? Si non expliquez-vous.*

3. Motivation des PTF sur la DBC

- ✓ Pouvez-vous nous parler des produits (contraceptifs) utilisés par votre organisation pour la DBC?
- ✓ Qu'est-ce qui pousse votre organisation à utiliser (ou n'est utilisé) l'approche DBC pour les contraceptifs, alors qu'il existe d'autres approches ?
- ✓ Quels sont les facteurs qui vous encouragent et/ou qui vous découragent dans cette approche ?
- ✓ Qu'est-ce qui motive ou démotive la continuité de cette approche chez-vous ?

4. Implication de l'Etat ;

- ✓ Comment trouvez-vous la participation de l'Etat dans l'approche DBC ?
- ✓ Quelles sont les faiblesses des services étatiques relevées dans la mise en œuvre de l'approche ?
- ✓ Que suggériez-vous aux services de l'Etat pour rendre efficace cette approche ?

5. Vision sur la DBC

Quelle est la vision de votre organisation sur l'approche DBC

Quelle est votre vision personnelle sur l'approche DBC

Quels sont les défis à relever pour approcher notre vision ?

Merci de votre participation