

Repositionnement de la planification familiale : Programme de vasectomie sans bistouri au Rwanda

Daniel H. de Vries, Anne Wilson, Catherine Murphy et Joshua Davis, IntraHealth International

Renforcement des ressources humaines pour la santé (RHS) en planification familiale

Au Rwanda, les besoins en termes de planification familiale ne sont pas pleinement satisfaits (PF), et cela en dépit des efforts consentis par le gouvernement pour faire de la PF une composante essentielle du processus de développement. Alors que les données issues de l'Étude démographique et sanitaire ont montré une augmentation spectaculaire de la prévalence des méthodes contraceptives modernes chez les femmes mariées, passant de 10% en 2005 à 27% en 2007, beaucoup reste encore à faire pour renforcer les compétences des prestataires de santé au niveau des districts en matière de techniques et de services de counseling relatifs à la PF et pour garantir que les hôpitaux et les centres de santé des districts disposent de l'équipement nécessaire et sont suffisamment approvisionnés.

Le financement issu du plan de l'USAID pour le Développement du leadership mondial en vue du repositionnement de la planification familiale a donné la possibilité au Capacity Project d'apporter son soutien technique au Ministère rwandais de la Santé afin d'accroître les compétences des agents cliniques œuvrant dans les hôpitaux de districts et ainsi permettre à davantage de clients d'accéder à tout un ensemble de méthodes PF de qualité. Parmi celles-ci figuraient les méthodes longue-durée et permanentes, et notamment la vasectomie. Le Projet a en effet mis sur pied un programme de formation continue en la matière dans les hôpitaux des districts de Gicumbi (Hôpital de Byumba) et de Nyabihu (Hôpital de Shyira). L'équipe du Capacity Project au Rwanda a commencé à travailler dans ces districts en 2006 afin de renforcer la planification familiale, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence ainsi que les services de santé maternelle et infantile.

Le rôle de la vasectomie dans le programme PF rwandais

La vasectomie est une des méthodes de contraception les plus sûres et les plus efficaces (Organisation Mondiale de la Santé [OMS] et al, 2008 ; Sokal, 2008). Parmi les avantages de cette méthode sur la stérilisation féminine on peut notamment citer des taux de complications postopératoires plus faibles, un temps de rétablissement plus court, un coût moindre et une implication accrue des hommes dans la prise de décisions relatives à la reproduction (Vernon et al, 2007). Pourtant, peu d'Africains profitent de cette procédure (0,1% à 0,8%) en grande partie à

cause de la pénurie de prestataires qualifiés, des préjugés des agents sanitaires, des craintes et des malentendus des clients concernant cette méthode et probablement, comme nous l'avons découvert au Rwanda, pour une question de coût et de logistique (Kols et Lande, 2008).

Au Rwanda, seuls 0,5% des femmes et 0,1% des hommes choisissent de recourir à des méthodes longue-durée ou permanentes, tandis que moins de la moitié de la population sait que la vasectomie figure parmi les recours possibles (Ministère de la Santé et al, 2009). Il a été plusieurs fois suggéré que cette situation n'était pas tant due à une résistance des hommes qu'au faible statut accordé aux méthodes permanentes par les programmes PF (Rakotomanga, 2006). En 1994, avant la guerre, les programmes de vasectomie en place au Rwanda, tels que le programme AVSC International de 1991 (aujourd'hui devenu EngenderHealth) (Gold, 1992), connaissaient une certaine popularité. Toutefois, cette tendance s'est atténuée à l'issue du conflit. Bon nombre de familles venaient de perdre leurs proches et l'Église catholique les encourageait à rejeter la PF (Solo, 2008).

Développement des capacités RHS pour un meilleur accès aux services PF

Formation des médecins et des infirmières à la vasectomie sans bistouri (VSB)

Avant l'intervention, les prestataires des deux districts – Gicumbi et Nyabihu – n'avaient pas été formés ou équipés pour la pratique de la vasectomie (Koalaga, et Twahirwa, 2007) et les médecins ne recevaient d'ordinaire qu'une demi-journée de formation théorique initiale sans démonstration pratique. Le Projet a donc formé les médecins et les infirmières sélectionnés à la VSB et leur a fourni l'équipement et les fournitures chirurgicales nécessaires à la conduite de cette procédure. Lors de la première session, six médecins et six infirmières disposant d'une expérience chirurgicale préalable (trois de chaque sur les deux sites) ont été formés à la technique VSB sous l'œil érudit d'un expert clinique externe en vasectomie (un des six médecins n'est pas parvenu à acquérir les compétences relatives à la procédure VSB). Ils ont utilisé un programme de formation basé sur des procédures établies (EngenderHealth 2003, 2007a, 2007b ; WHO et al, 2008) ainsi qu'une liste de vérification des compétences permettant de standardiser la procédure et de garantir une prestation de services de qualité. Qui plus est, la provision d'un volume de clients adéquat durant le stage clinique était essentielle à la réussite de cette formation.

La vasectomie vue par les hommes

Dans les cultures prônant de forts taux de natalité, le fait de ne plus pouvoir procréer a souvent été considéré comme un handicap social, conduisant à certaines formes de stigmatisation, motivant les hommes ayant subi une vasectomie à en garder le secret de peur d'être mis au ban de la société en étant vus comme eunuques ou castrés (Koalaga et Twahirwa, 2007). Les hommes sont d'autant plus découragés de chercher à accéder aux services de planification familiale qu'ils perçoivent les cliniques comme des établissements dispensant principalement des services de santé maternelle et infantile. Les préoccupations économiques et sanitaires sont fréquemment citées pour expliquer le regain d'intérêt suscité par la vasectomie au Rwanda, tandis que l'opposition est essentiellement due à un manque d'informations, à la peur des conséquences, aux relations traditionnelles étroites entre le mariage et la procréation et au manque de confiance au sein du couple (ibidem).

« J'ai pris connaissance de la vasectomie par l'intermédiaire de notre responsable communautaire après qu'il a lui aussi pris part à une réunion avec le maire du district. A cette occasion, le maire a demandé aux responsables locaux de diffuser le message sur le programme de vasectomie. »

-Un client en VSB (Kamanzi et al, 2009)

A l'issue de la formation, les prestataires ont développé des plans d'action pour continuer à offrir des services de vasectomie. Deux des cinq médecins ayant obtenu les compétences requises se sont attelés à des cas supplémentaires et sont devenus moniteurs. La période de monitorat qui a duré trois mois comportait au minimum trois cas non-assistés (mais supervisés). A l'issue de cette période, le Projet a procédé à un exercice de validation des compétences afin d'évaluer les progrès accomplis par les prestataires (Twahirwa, 2008). Pour garantir la viabilité de l'intervention, le Projet a également formé trois des médecins et quatre des infirmières pour en faire des formateurs, et qui à leur tour ont pu former sept médecins et dix infirmières dans les hôpitaux de quatre autres districts (Ngororero, Gisagara, Rulindo et Huye). A compter de juin 2009, les 16 infirmières et six médecins avaient fait valider l'ensemble de leurs compétences et pouvaient pratiquer la procédure sans se faire assister d'un autre professionnel. Parmi les médecins restants, un avait quitté le pays et cinq autres cherchaient encore à faire valider leurs compétences.

Extension des services de vasectomie aux centres de santé

Le Projet a apporté son soutien aux équipes en charge des procédures de vasectomie dans le cadre de visites de proximité de l'hôpital vers six centres de santé (trois dans le district de Nyabihu et le même nombre dans celui de Gicumbi) qui ont été sélectionnés suite à la forte demande des clients pour ce genre de service dans les communautés avoisinantes (Twahirwa, 2007). Etant donné la longue durée du trajet entre les centres de santé et les hôpitaux dans certains districts, envoyer des équipes VSB dotées d'équipement et de fournitures chirurgicales dans des centres de santé a fait disparaître une barrière logistique de taille pour une partie de la population. La réussite de cette stratégie de proximité se reflète dans les données obtenues auprès du district de Nyabihu où 56% de toutes les vasectomies ont eu lieu dans un centre de santé (Davis et al, 2009).

Sensibiliser les acteurs locaux et les communautés

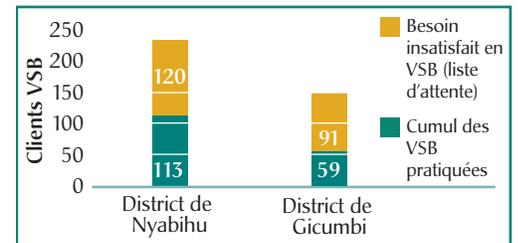
Sur la base des résultats tirés d'une étude d'acceptabilité et de faisabilité, le Projet a reconnu l'importance d'impliquer dans le plan les parties prenantes au niveau local afin de sensibiliser la population sur la vasectomie. Le Projet a obtenu l'accord et le soutien des directeurs sanitaires des districts, des maires et des vices-maires, et a formé le personnel des hôpitaux et des centres de santé en vasectomie pour servir de points de contact. Les chefs de file de la communauté sanitaire ont permis de mettre au point le dispositif d'orientation pour tous les agents de santé communautaires au niveau local et ont contribué à la dissémination du matériel d'information, notamment d'une vidéo promotionnelle, d'une boîte à images et d'un livret d'information sur l'égalité entre les femmes et les hommes mentionnant la vasectomie. Les coordinateurs PF du Projet ont, de leur côté, formé les responsables PF des centres de santé sur le dialogue avec les hommes et les couples au sujet de la vasectomie.

Un des éléments essentiels du succès rencontré par cette initiative a été la négociation habilement menée par le système hiérarchique du gouvernement local qui eu un effet maximal sur la sécurisation du soutien au niveau régional. En commençant par le sommet de la hiérarchie et en redescendant vers les responsables au niveau des districts, les fonctionnaires de niveau inférieur n'ont pas eu besoin d'être convaincus quant à l'importance de la VSB dans la mesure où elle a été perçue comme une initiative émanant du district et soutenu par le Projet.

Stimuler la demande en services de vasectomie

Avant l'arrivée du programme, la demande en vasectomie à l'hôpital de Shyira était extrêmement faible (5 demandes par mois) et inexistante à celui de Byumba (Koalaga et Twahirwa, 2007). Toutefois, durant la première phase du programme, la demande en VSB a atteint un niveau tel que les clients devaient être placés sur liste d'attente. Sur un échantillon prélevé dans les deux districts en août 2008, 211 clients figuraient sur la liste d'attente, tandis que 172 avaient subi une vasectomie (Figure 1).

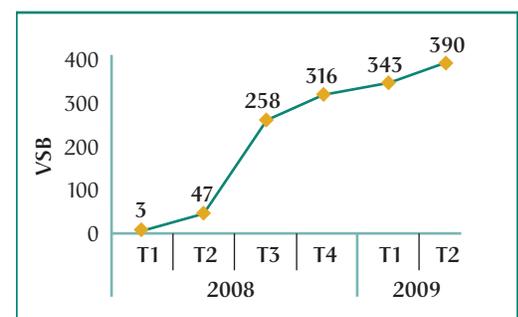
Figure 1 : VSB pratiquées et besoin insatisfait à compter du 5 août 2008



Satisfaire la demande en VSB

A compter du 30 juin 2009, les médecins et les infirmières formées par le Projet avaient pratiqué 390 VSB au Rwanda, dont 56% dans des centres de santé et 15% sur des clients séropositifs (Davis et al, 2009). Le nombre de VSB a atteint son niveau le plus élevé durant le troisième trimestre de l'année 2008 (Figure 2). Le soutien logistique et financier accordé aux équipes VSB travaillant dans les centres de santé semble être pour beaucoup dans la réussite du programme. Bon nombre de clients potentiels n'habitent pas à une distance suffisamment proche de l'hôpital pour y venir à pied. Dès lors, les coûts financiers et les coûts d'opportunité engendrés par l'accès à la VSB demeurent une véritable contrainte.

Figure 2 : Cumul des VSB pratiquées au cours des 6 derniers trimestres, 2008-2009



Afin de suivre et de garantir la qualité de la prestation de services, le Projet a développé un dispositif de collecte des données faisant par ailleurs office de fichier pour le dépistage des clients et permettant au personnel d'établir un suivi fondé sur un ensemble d'indicateurs de qualité PF élaborés par l'USAID, indiquant notamment si au moment de la visite de contrôle le client a vécu une expérience positive ou négative. Une vasectomie est considérée comme réussie lorsque le spermogramme ayant lieu trois mois après la procédure est négatif. Parmi les hommes ayant

recouru à cette procédure, 32% sont revenus pour un examen de suivi. Un échantillon des données relevées à la fin du projet suggère un taux d'échec de 4% ou moins, qui se situe dans la norme acceptée pour cette méthode (Sokal, 2008). Les infirmières impliquées dans les VSB dans l'un des deux hôpitaux ont suggéré que seulement une personne sur un échantillon de 88 cas à la fin du mois de septembre 2008 avait développé une complication (hématome) (Kamanzi et al, 2009).

Des clients véritablement satisfaits

Parmi les personnes interrogées dans le cadre de l'étude de satisfaction des clients, pratiquement toutes (98%) se sont montrées satisfaites de la procédure. Elles ont notamment qualifié d'élévée la qualité de l'intervention, se sont senties bien informées, ont fait part de leur consentement libre et ont fait confiance aux agents sanitaires (ibidem). D'autres résultats indiquent que les couples ont assimilé les leçons sur les infections sexuellement transmissibles et le caractère irréversible de la procédure. Le Tableau 1 énumère les raisons données par les clients ayant opté pour la vasectomie (ibidem).

Tableau 1 : Raisons invoquées par les clients ayant eu recours à la vasectomie

Raison invoquée	Fréquence	% du total
Pas d'impact négatif sur les rapports sexuels	46	98
Pas d'effets secondaires (relatifs à d'autres méthodes PF)	44	94
Pas de grossesse hors mariage	42	89
Bien-être garanti pour toute la famille (nourriture, éducation et économie)	41	87
Soulage les femmes du fardeau causé par d'autres méthodes contraceptives	39	83
Méthode permanente	36	77

Les clients potentiels ont remarqué que l'interaction avec d'autres patients était bénéfique dans la mesure où ils pouvaient se soutenir les uns les autres en échangeant leurs impressions sur l'utilisation de la vasectomie comme méthode contraceptive permanente.

Engagement accru des hommes dans la planification familiale

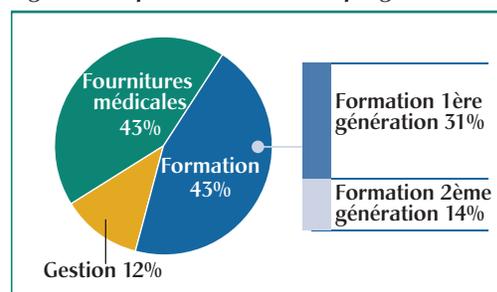
Le processus de sensibilisation de la communauté a permis de réaliser un double objectif, à savoir motiver les hommes en bonne santé à se déplacer vers un établissement sanitaire afin de subir une procédure chirurgicale électorale et, d'autre part, accroître le degré d'implication des hommes dans les décisions ayant trait à la planification familiale. Les clients VSB ont fait preuve d'une énorme volonté pour aider à éduquer la communauté sur la vasectomie par des sessions de plaidoyer en tête-à-tête et par voies médiatiques, notamment par le biais de témoignages filmés (ibidem). Avec

l'apport modeste du Projet et le soutien des responsables des districts, les personnes ayant recouru à la VSB ont formé des associations permettant aux membres de se soutenir mutuellement face à la stigmatisation dont ils sont victimes et d'encourager d'autres couples désireux de limiter la taille de leur famille à considérer la VSB. Dans le district de Nyabihu, 12 associations pour la vasectomie regroupant plus de 200 participants se sont ainsi formées comme conséquence indirecte du programme et ont joué un rôle crucial dans le processus d'éducation et de lutte contre la stigmatisation. (Par exemple, des groupes ont plaidé pour recevoir un justificatif authentifié et standardisé de leur vasectomie). Dans la mesure où le Rwanda est un pays densément peuplé, la propagation de rumeurs peut avoir un effet dévastateur. Comme l'a affirmé un directeur d'hôpital, « il suffit d'avoir un cas (avec une issue défavorable) pour ruiner les efforts du programme tout entier. »

Le coût du développement des capacités

Le coût par prestataire de santé formé (médecin ou infirmière) était de l'ordre de 4 780 dollars USD tandis que le coût de la vasectomie atteignait 270 dollars. Ces chiffres se situent en-deçà du coût moyen de 5 000 à 7 000 dollars nécessaires à la formation d'un médecin à l'étranger (Vernon et al, 2007). La Figure 3 montre la répartition pour chaque composante du programme. La formation des prestataires représentait 45% du coût du programme, tandis que la formation initiale des six médecins et des six infirmières (notamment la venue d'un expert externe) comptait pour les deux-tiers. On anticipe que le coût de la formation des futures cohortes de prestataires sera beaucoup plus faible dans la mesure où il existe à présent une masse critique d'agents formés à travers le pays, rendant caduc le recours à un expert externe.

Figure 3 : Répartition du coût du programme VSB



Principales réussites et recommandations

■ Principales réussites

Augmentation des options contraceptives par l'introduction de la VSB, une technique plus sûre et plus efficace que la vasectomie avec bistouri, avec un taux de satisfaction auprès des clients et un taux de réussite élevés grâce à la mise à disposition de prestataires de santé formés et d'un équipement adéquat par le biais d'un programme relativement peu coûteux

■ Apparition de changements positifs en termes d'attitudes et de comportements dans l'utilisation des méthodes contraceptives longue-durée et permanentes et l'engagement des hommes en PF grâce à la sensibilisation des

« J'ai opté pour cette méthode parce que ma femme et moi sommes séropositifs. Contrairement à ma femme, je suis sous ARV. Bien que nous ayons utilisé des préservatifs, nous avons décidé de ne pas prendre le risque d'avoir un nouveau-né infecté par le VIH. Nous avons déjà trois enfants et aucun d'entre eux n'est séropositif. »

-Client VSB (Kamanzi et al, 2009)

« Le fait de rencontrer d'autres personnes au sein de l'établissement sanitaire a été l'occasion de discuter de différents problèmes rencontrés au cours de la procédure chirurgicale de vasectomie. On s'est encouragé les uns les autres autant que possible et cela nous a permis de surmonter nos craintes. »

-Client VSB (Kamanzi et al, 2009)

Si vous cherchez des informations sur les RHS et ses différents outils ou que vous voulez partager vos connaissances et nous donner vos contributions, rendez-vous au Centre de Ressources RHS. Pour les personnes qui travaillent aux niveaux national ou mondial, le Centre de Ressources RHS fournit des informations visant à :

- Améliorer la planification stratégique et la prise de décisions
- Enrichir vos comptes rendus et vos présentations
- Soutenir l'action en faveur des RHS
- Améliorer le développement professionnel
- Gagner du temps.



The Capacity Project
 IntraHealth International, Inc.
 6340 Quadrangle Drive
 Suite 200
 Chapel Hill, NC 27517
 Tel. (919) 313-9100
 Fax (919) 313-9108
 info@capacityproject.org
 www.capacityproject.org

Cette publication a été rendue possible grâce à l'appui du gouvernement américain via l'Agence américaine d'aide au développement international (USAID). Le Capacity Project est responsable du contenu de ce document. Celui-ci ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou celles du gouvernement américain

acteurs locaux et des communautés

- Démonstration que malgré la prévalence de la stigmatisation culturelle concernant les méthodes longue-durée et permanentes, la demande en VSB au Rwanda répond à une intervention programmatique réduisant les contraintes financières et logistiques entravant l'accès aux services
- Apport d'une solution pragmatique afin d'atteindre les objectifs de développement nationaux et ceux du millénaire pour contenir la croissance démographique, réduire la mortalité maternelle et infantile et promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes.

Recommandations

D'après les enseignements que nous avons tirés du programme :

- Pour fonctionner, un programme VSB doit disposer d'un équipement adéquat et d'un soutien logistique et financier.
- Les programmes VSB doivent porter une attention particulière aux clients séropositifs ou

atteints du SIDA et à la création d'un espace convenable pour les hommes, tout en donnant la possibilité aux clients d'être conseillés (en soulignant notamment les avantages de la double protection) et en leur expliquant le concept du consentement éclairé.

- Une communication efficace quant aux risques d'échec de la procédure et le besoin d'une visite de suivi est nécessaire.
- Dans la mesure où les médecins doivent avoir un volume de patients suffisamment élevé pour appliquer et maintenir leurs compétences, générer une demande en VSB parallèlement à la formation des prestataires est une composante essentielle de toute extension de programme en vasectomie.
- Les projets à plus long terme visant à pérenniser le programme doivent se pencher sur les remboursements des déplacements du client et du prestataire et des coûts engendrés par la procédure de vasectomie (par exemple, par le recours aux mutuelles comme c'est le cas au Rwanda).

Références

Aradhya KW. Vasectomy is a viable contraceptive method in Africa: evidence from Ghana. *Mera*. 2007;28. Available at: <http://www.poptline.org/docs/1749/508325.html>

Davis J, de Vries DH, Twahirwa W, Sinzahera J, Sokal D. Final feasibility evaluation for no-scalpel vasectomy in Rwanda. Chapel Hill, NC: Capacity Project, 2009.

EngenderHealth. No-scalpel vasectomy: an illustrated guide for surgeons, 3rd ed. New York, NY: EngenderHealth, 2003.

EngenderHealth. No-scalpel vasectomy curriculum: a training course for vasectomy providers and assistants: trainer's manual. 2nd ed. New York, NY: EngenderHealth, 2007a.

EngenderHealth. No-scalpel vasectomy curriculum: a training course for vasectomy providers and assistants: participant handbook. 2nd ed. New York, NY: EngenderHealth, 2007b.

Gold M. AVSC helps Rwanda prepare for expansion of services. *AVSC News*. New York, NY: AVSC International, 1992.

Kamanzi D, Twahirwa W, De Vries DH, Faye O. Vasectomy client satisfaction assessment in Gicumbi and Nyabihu Districts, Rwanda. Report. Chapel Hill, NC: Capacity Project, 2009.

Koalaga A, Twahirwa W. Acceptabilité de la vasectomie dans deux districts du Rwanda. Chapel Hill, NC: Capacity Project, 2007.

Kols A, Lande R. Vasectomy: reaching out to new users. *Population Reports, Series D, No. 6*. Baltimore, MD: INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2008. Accessed 30 Sep 2008 at: <http://www.inforhealth.org/pr/d6/d6.pdf>

Ministry of Health (MOH), National Institute of Statistics of Rwanda (INSR), ICF Macro. Rwanda interim demographic and health survey 2007-08. Calverton, MD: MOH, INSR, ICF Macro, 2007.

Rakotomanga J. Acceptabilité de la vasectomie à Antsirabe. Recherche opérationnelle, 2006.

Sokal DC. Vasectomy technique: does it really matter? Is there any evidence? Paper presented at the annual meeting of the Society for the Study of Male Reproduction; 20 May 2008, Orlando, FL.

Solo J. Family planning in Rwanda: how a taboo became priority number one. Chapel Hill, NC: IntraHealth International, 2008. Available at: http://www.intrahealth.org/assets/uploaded/resources_08/Family%20Planning%20in%20Rwanda%20English%20version.pdf

Twahirwa W. Report of the validation exercise for providers trained in no-scalpel vasectomy. Kigali, Rwanda: Capacity Project, 2008.

Vernon R, Solórzano J, Muñoz B. Introducing sustainable vasectomy services in Guatemala. *International Family Planning Perspectives*. 2007;35(4):182-187.

World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR), Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), INFO Project. Family planning: a global handbook for providers (2008 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2008. Available at: <http://www.inforhealth.org/globalhandbook/>

Les partenariats du Capacity Project

