

# Pour un meilleur accès à base communautaire aux contraceptifs injectables : ressources pour l'action

Cet ensemble de quatre notes de plaidoyer est conçu pour fournir aux responsables des politiques de santé des informations essentielles sur l'amélioration de l'accès à base communautaire aux contraceptifs injectables (ABCI). Fondées sur des recherches et sur l'expérience de programmes en Afrique, en Asie et en Amérique latine, ces notes définissent l'offre à base communautaire des contraceptifs injectables et discutent de la sécurité et de l'efficacité de cette innovation. Elles fournissent en outre une vue d'ensemble des questions techniques et logistiques à prendre en compte lorsque l'on ajoute ce type de service aux programmes de planification familiale à base communautaire (PFBC) déjà en place.



**Note 1 :** Amélioration de l'accès aux contraceptifs injectables

**Note 2 :** Sécurité de l'ABCI – l'accès à base communautaire aux contraceptifs injectables

**Note 3 :** Efficacité de l'ABCI

**Note 4 :** Intégration de ABCI dans les systèmes de santé existants

# Amélioration de l'accès aux contraceptifs injectables

Dans de nombreux pays de l'Afrique subsaharienne, on constate une demande croissante en planification familiale,<sup>1</sup> mais les besoins en contraception sont loin d'être satisfaits, particulièrement dans les régions rurales. Les programmes de santé travaillant pour répondre à cette demande ont montré que le contraceptif injectable acétate de médroxyprogestérone-dépôt (DMPA, ou Dépo-Provera) est une option retenue par beaucoup de femmes et cela pour nombre de raisons, notamment parce qu'il est sans danger, efficace, facile à utiliser, discret et pratique. Cependant, de nombreuses femmes n'ont pas accès aux cliniques, où le DMPA est habituellement offert.

L'expérience montre qu'en Afrique, en Asie et en Amérique latine, on peut répondre à la demande des femmes qui veulent obtenir le DMPA par le biais de programmes de planification familiale à base communautaire (PFBC).<sup>2</sup> Cette approche est pourtant sous-exploitée en Afrique. Ainsi par exemple au Kenya et en Ouganda, qui ont tous deux une population largement rurale, un faible taux de prévalence des méthodes de contraception moderne et un besoin pressant en services de planification familiale, les programmes PFBC ne fournissent que 0,2 pour cent et 0,0 pour cent, respectivement, des contraceptifs injectables (Tableau 1).

## Points clés

- Le DMPA est une option de planification familiale qui s'avère très populaire parce qu'il est sans danger, efficace, facile à utiliser, discret et pratique.
- L'accès à base communautaire aux contraceptifs injectables (ABCI) peut répondre aux besoins non satisfaits en planification familiale des femmes, particulièrement en milieu rural.
- Vu l'amélioration des outils disponibles en appui aux programmes ABCI, les décideurs, les donateurs et les gestionnaires de programmes devraient envisager d'incorporer le DMPA à ces programmes.

**Tableau 1. Besoins insatisfaits en services de planification familiale**

Pays	Population rurale : femme (%)	Prévalence des méthodes de contraception modernes (%)	Besoin insatisfait en services de planification familiale (%)	Contraceptifs injectables fournis par les ASC* (%)
Kenya, 2008/2009	74,6	37,2 (femmes, milieu rural)	27,3 (femmes, milieu rural)	0,2
		46,6 (femmes, milieu urbain)	20,2 (femmes, milieu urbain)	
Ouganda, 2006	83,1	15,1 (femmes, milieu rural)	42,6 (femmes, milieu rural)	0,0
		36,5 (femmes, milieu urbain)	27 (femmes, milieu urbain)	

Source: Uganda Bureau of Statistics (UBOS) and Macro International Inc. 2007. Uganda Demographic and Health Survey 2006. Calverton, Maryland, USA: UBOS and Macro International Inc.

Kenya National Bureau of Statistics (KNBS) and ICF Macro. 2010. Kenya Demographic and Health Survey 2008-09. Calverton, Maryland: KNBS and ICF Macro.

## Note 1

### **L'accès à base communautaire améliore et facilite l'accès à la planification familiale.**

La PFBC a de toute évidence le potentiel d'améliorer et de faciliter l'accès à la planification familiale,<sup>3</sup> particulièrement dans les pays qui ont une forte population rurale, de faibles taux de prestataires de soins par habitant, une faible taux de prévalence de la contraception moderne et un important besoin insatisfait en contraception.

Les programmes PFBC peuvent accroître le recours aux contraceptifs en facilitant l'accès et en faisant appel à des membres de la communauté qui bénéficient de la confiance des habitants. La PFBC peut se faire sous forme de visites à domicile, par le biais de postes de santé communautaires fixes ou mobiles, de mini-cliniques qui ont lieu au sein de leur communauté chez un agent de santé communautaire (ASC) et par le biais d'entretiens individuels ou de séances collectives d'éducation. Beaucoup de femmes préfèrent obtenir des méthodes de contraception dans un cadre privé et discret, notamment chez un ASC ou à domicile. En général, ce sont des membres de la communauté qui ont reçu une formation pour fournir les contraceptifs et d'autres services par le biais de programmes pouvant être adaptés aux besoins sociaux, culturels et religieux des communautés.

### **Les programmes ABCI peuvent contribuer à répondre à la demande en contraceptifs injectables DMPA.**

L'accès au DMPA par le biais des programmes PFBC a été mis en œuvre dans le cadre des initiatives comme les projets Nakasongola en Ouganda, APROFAM au Guatemala et Matlab au Bangladesh. Lorsque le DMPA a été offert aux femmes par le biais de programmes PFBC, il s'est révélé un choix contraceptif extrêmement populaire parce qu'il est sans danger, efficace, facile à utiliser, discret et pratique. Lorsqu'en 1977, le programme PFBC du sous-district de Matlab au Bangladesh a pour la première fois proposé le DMPA, cette méthode représentait 49,7 pour cent de l'ensemble des contraceptifs utilisés dans la région étudiée.<sup>4</sup> Au Guatemala, où APROFAM a fourni le DMPA à plus de 1 000 femmes, 65 pour cent de ces utilisatrices n'avaient jamais auparavant eu recours à une méthode de contraception, ce qui montre que les services ABCI peuvent contribuer à répondre à des besoins insatisfaits en contraception.<sup>5</sup>

Dans le projet Nakasongola, les taux de continuation de la contraception chez les femmes ayant reçu le DMPA de la part des ASC étaient comparables à ceux des femmes ayant reçu des injections en clinique.<sup>6</sup> Dans ce cadre et d'autres, les ASC ont montré qu'ils pouvaient faire les injections en toute sécurité, référer les clientes à des cliniques le cas échéant, gérer leurs stocks, se débarrasser en toute sécurité des aiguilles et seringues, administrer régulièrement le DMPA tous les trois mois et informer les clientes sur les effets secondaires (la qualité du counseling dispensé par les ASC et les prestataires travaillant en clinique est cependant souvent imparfaite).

Les programmes PFBC et ACBI peuvent s'avérer particulièrement favorables dans les pays qui manquent de personnel clinique qualifié. Les tendances du nombre de médecins et d'infirmières dans certains pays d'Afrique subsaharienne indiquent clairement un manque de personnel clinique qualifié.<sup>7</sup> Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), 36 pays africains sur 46 risquent actuellement des pénuries graves en médecins, infirmières et sages-femmes.<sup>8</sup>

### **Les obstacles à l'introduction de l'ABCI sont peu en nombre.**

Les efforts pour fournir le DMPA dans le cadre de programmes PFBC doivent prendre en compte des considérations et des questions locales, comme les règlements nationaux, les exigences des systèmes de santé, l'approvisionnement, les caractéristiques des ASC, la formation, le contrôle de qualité, la confidentialité et la durabilité.

Il faut aussi répondre aux inquiétudes concernant la sécurité. Par exemple, plusieurs pays d'Afrique sont réticents aux programmes ABCI parce qu'ils craignent que le personnel paramédical ne soit pas à même d'administrer les injections aux clientes en toute sécurité. Cette objection a cependant perdu de son poids depuis que les seringues jetables sont devenues

courantes, et des projets comme Nakasongola en Ouganda ont montré que les programmes ABCI peuvent offrir le DMPA avec succès et en toute sécurité. Une liste de contrôle pour l'adoption sans danger du DMPA, basée sur les critères d'éligibilité médicale pour l'adoption de méthodes de contraception de l'OMS, représente un outil simple qui permet aux ASC d'évaluer d'une manière efficace l'éligibilité des femmes pour le DMPA (voir *Liste de contrôle pour déterminer la recevabilité des clientes souhaitant commencer l'usage du DMPA (ou du NET-EN)* : <http://www.fhi360.org/fr/RH/Pubs/servdelivery/checklists/dmpachecklists/index.htm>). L'élimination sans danger des seringues et des aiguilles reste une préoccupation majeure qui dans tout programme nécessite planification et vigilance, mais elle peut facilement être planifiée et mise en œuvre.

Vu la popularité du DMPA, sa sécurité et son efficacité prouvées et l'amélioration des outils destinés à guider et soutenir son offre à base communautaire, les décideurs politiques, les donateurs et les gestionnaires de programmes devraient sérieusement envisager d'ajouter le DMPA aux programmes PFBC.

**NB :** Dans l'ensemble de ces notes de plaidoyer, nous utilisons les termes « planification familiale à base communautaire » (PFBC), « accès à base communautaire aux contraceptifs injectables » (ABCI) et « agent de santé communautaire » (ASC) à des fins de cohérence. Cependant, d'autres termes — comme la « distribution à base communautaire » (DBC) et « agents de distribution à base communautaire » (agents DBC), les « services à base communautaire » (SBC) ou « agents de santé villageois » (ASV) — sont également d'usage courant pour décrire de tels programmes ou agents.

### Références

1. Westoff CF, Bankole A. Trends in demand for family limitation in developing countries. *Int Fam Plann Perspect* 2000;26:56-62.
2. Stanback J, Mbonye A, LeMelle J, et al. *Final Report: Safety and Feasibility of Community-Based Distribution of Depo Provera in Nakasongola, Uganda*. Research Triangle Park, NC: Family Health International, 2005; Bhatia S, Mosley WH, Faruque ASG, et al. The Matlab Family Planning-Health Services Project. *Stud Fam Plann* 1980;11:202-12; Fernandez VH, Montufar E, Ottolenghi E, et al. Injectable contraceptive service delivery provided by volunteer community promoters. Article non publié. Population Council, 1997.
3. Prata N, Vahidnia F, Potts M, et al. Revisiting community-based distribution programs: are they still needed? *Contraception* 2005;72(6):402-7.
4. Phillips JF, Hossain MB, Huque AA, et al. A case study of contraceptive introduction: domiciliary depot-medroxyprogesterone acetate services in rural Bangladesh. Dans Segal SJ, Tsui AO, Rogers SM, eds. *Demographic and Programmatic Consequences of Contraceptive Innovations (Reproductive Biology)*. New York, NY: Plenum Press, 1989.
5. Fernandez VH, Montufar E, Ottolenghi E, et al. Injectable contraceptive service delivery provided by volunteer community promoters. Article non publié. Population Council, 1997.
6. Stanback J, Mbonye A, LeMelle J, et al.
7. Munjanja OK, Kibuka S, Dovol D. The nursing workforce in sub-Saharan Africa. *The Global Nursing Review Initiative. Issue 7*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses, 2005.
8. World Health Organization (WHO). *Working Together for Health: The World Health Report 2006*. Geneva, Switzerland: WHO, 2006. (Résumé en français [*Travailler ensemble pour la santé*] également accessible sur le site : <http://www.who.int/whr/2006/en/index.html>).

Cette note de plaidoyer a été élaborée par en 2007 par le programme Recherche et utilisation des technologies en matière de contraception et de santé de la reproduction (Contraceptive and Reproductive Health Technologies Research and Utilization, ou CRTU) de FHI, en collaboration avec les ministères de la Santé kényan et ougandais. En 2011, elle a bénéficié d'une mise à jour effectuée par le projet PROGRESS de FHI 360. L'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) a fourni un soutien financier. Le contenu n'exprime cependant pas forcément la politique de l'USAID.

# Sécurité de l'ABCI – l'accès à base communautaire aux contraceptifs injectables

L'acétate de médroxyprogestérone-dépôt (DMPA, ou Dépo-Provera) est une méthode de planification familiale efficace, réversible et dépourvu de danger.<sup>1</sup> Parmi tous les contraceptifs injectables – un type de méthode de contraception qui a été utilisé en toute sécurité par quelque 35 millions de femmes dans plus de 100 pays – le DMPA est le plus largement étudié.<sup>2</sup>

Bien qu'il soit régulièrement administré par le personnel médical en clinique, le DMPA peut aussi être fourni en toute sécurité dans le cadre de programmes de planification familiale à base communautaire (PFBC) par le personnel paramédical ayant reçu une formation appropriée, comme la réussite de programmes répartis dans le monde entier le démontre. Des lignes directrices pour aider le personnel paramédical (y compris les agents sanitaires, ou les ASC) à remplir les conditions de base suivantes d'une administration sûre du DMPA existent :

- Il faut vérifier que les utilisatrices potentielles ne présentent pas certains problèmes ou états de santé qui constitueraient une contre-indication au recours à cette méthode.
- Il faut également informer les utilisatrices potentielles sur les effets secondaires courants du DMPA.
- Les ASC doivent être capables d'administrer les injections intramusculaires profondes des doses indiquées de DMPA.
- Les ASC doivent se débarrasser en toute sécurité des aiguilles et seringues usagées.

**Les ASC sont à même de bien sélectionner les femmes qui peuvent commencer l'utilisation du DMPA.**

Une grande majorité de femmes peuvent avoir recours au DMPA ; les femmes qui présentent certaines problèmes ou états de santé devraient cependant s'en abstenir. Citons notamment : grossesse, allaitement pendant les six premières semaines du post-partum, maladie vasculaire grave, maladie hépatique, les antécédents d'AVC, cancer du sein ou diabète. Les états de santé qui constituent des contre-indications au DMPA sont assez rares chez les utilisatrices potentielles et ont facilement pu être

## Points clés

- Les contraceptifs injectables sont extrêmement sûrs pour une grande majorité de femmes. On estime que 35 millions de femmes dans plus de 100 pays y ont eu recours.
- Dans des projets en Afrique, en Asie et en Amérique du Sud, les agents de santé communautaires (ASC) ont reçu une formation leur permettant d'administrer le DMPA en toute sécurité.
- Les ASC, tout comme les prestataires basés en clinique, peuvent consulter une liste de contrôle basée sur les *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* de l'OMS pour identifier les femmes qui ne doivent pas recevoir le DMPA.

## Note 2

identifiées par les ASC lors d'une étude menée au Népal.<sup>4</sup> Pour aider les ASC à mieux détecter les utilisatrices potentielles du DMPA présentant ces affections, FHI 360 a cependant mis au point et largement testé sur le terrain une liste de contrôle. Cette liste contient 14 questions simples auxquelles on peut répondre par « oui » ou par « non ». Les questions sont basées sur l'ouvrage de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) : *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, remis à jour en 2010.<sup>5</sup> (voir la *Liste de contrôle pour les clientes souhaitant commencer l'usage du DMPA (ou du NET-EN)* sur [www.fhi360.org](http://www.fhi360.org)). Cette liste de contrôle est disponible en anglais, en espagnol et en français.

### **Les ASC peuvent être formés à fournir un counseling sur les effets secondaires et référer les clientes si nécessaire.**

Les utilisatrices du DMPA ont souvent des effets secondaires, tels que des perturbations menstruelles (règles prolongées, abondantes ou irrégulières ; pertes menstruelles en dehors des règles ou aménorrhée [absence de règles]), maux de tête et prise de poids. Si elles savent à quoi s'attendre, les femmes peuvent s'adapter aux perturbations menstruelles ; la plupart des autres effets secondaires s'estompent avec le temps. Les effets secondaires sont cependant la raison principale pour laquelle les femmes arrêtent le DMPA. Des études ont montré que des séances de counseling complet et intensif peuvent considérablement améliorer les taux de continuation pour le DMPA.<sup>6</sup> Il est donc vital de bien former les ASC pour qu'ils soient à même d'informer les femmes sur les changements qui peuvent survenir lorsqu'elles commencent l'utilisation du DMPA.

### **Les ASC peuvent administrer les injections en toute sécurité.**

Deux inquiétudes principales souvent exprimées concernant l'administration des injections par les ASC sont largement infondées : peuvent-ils administrer en toute sécurité des injections intramusculaires profondes et se débarrasser en toute sécurité des aiguilles et seringues ?

- Les ASC se sont montrés capables d'administrer des injections intramusculaires profondes. Dans le cadre du projet Matlab au Bangladesh, les infections suite à des injections données par les ASC se sont révélées extrêmement rares : environ trois pour 10 000 injections. Par ailleurs, une nouvelle formule sous-cutanée du DMPA (Depo-subQ Provera 104 ou DMPA-SC) pouvant être injectée sous la peau (et qui est donc moins douloureuse et plus facile à administrer que les injections intramusculaires) sera sans doute bientôt disponible, sous forme de dispositifs Uniject, qui sont pré-dosés et jetables.
- La mise à disposition de dispositifs d'injection à usage unique, tels que SoloShot FX, a contribué à dissiper les inquiétudes sur l'élimination correcte des aiguilles et seringues. Ce dispositif, disponible depuis 2002, fait partie de tous les lots de DMPA fournis par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). On peut facilement se débarrasser de ces dispositifs à usage unique en les brûlant.<sup>7</sup> Il n'en reste pas moins que l'élimination des déchets est un sujet de préoccupation et qu'elle doit être planifiée et mise en œuvre avec soin pour garantir la sécurité publique.

### **L'accès à base communautaire aux contraceptifs injectables à l'ère du VIH/sida**

Nos connaissances actuelles concernant un rapport potentiel entre les contraceptifs hormonaux et l'infection par le VIH, sa transmission et la progression de la maladie ne justifient pas de modifier la recommandation en vigueur en matière de planification familiale, selon laquelle les femmes qui présentent des risques d'infection par le VIH ou qui sont infectées par le VIH peuvent en toute sécurité avoir recours à la contraception hormonale.<sup>8</sup>

## Note 2

La contraception hormonale ne protège cependant pas du VIH ; les femmes qui y ont recours et qui ont un risque accru de contracter le VIH doivent donc également utiliser un préservatif de manière correcte et systématique à chaque rapport sexuel si elles ne sont pas dans une relation monogame de part et d'autre avec un partenaire non infecté. Les femmes infectées par le VIH doivent aussi (indépendamment de la méthode de contraception choisie) utiliser le préservatif de manière correcte et systématique pour réduire tout risque potentiel de transmettre le VIH à leurs partenaires.

Si les femmes infectées par le VIH et qui suivent des traitements antirétroviraux (ARV) désirent continuer d'utiliser des contraceptifs hormonaux, bénéficieront du counseling pour le faire. Une réduction de progestatif causée par un médicament ARV serait probablement trop faible pour influencer l'efficacité de contraceptifs injectables comme le DMPA ; une seule dose de DMPA est considérée comme suffisante pour fournir une large marge d'efficacité. Même si les injections de DMPA peuvent être administrées avec jusqu'à quatre semaines de retard à toutes les femmes, y compris celles qui reçoivent un traitement ARV, les femmes doivent être encouragées à recevoir leurs injections dans les délais.

Afin de réduire le risque pour les ASC d'être infectés par le VIH suite à une piqûre d'aiguille, il faut insister lors de la formation sur la manière de se débarrasser en toute sécurité des aiguilles et seringues. Plusieurs excellentes publications de l'OMS, du Program for Appropriate Technology in Health (PATH) et d'autres organisations sont disponibles pour aider les responsables de programme à mettre au point des processus pour se débarrasser en toute sécurité des dispositifs DMPA usagés.<sup>10</sup>

**NB :** Dans l'ensemble de ces notes de plaidoyer, nous utilisons les termes « planification familiale à base communautaire » (PFBC), « accès à base communautaire aux contraceptifs injectables » (ABCI) et « agent de santé communautaire » (ASC) à des fins de cohérence. Cependant, d'autres termes — comme la « distribution à base communautaire » (DBC) et « agents de distribution à base communautaire » (agents DBC), les « services à base communautaire » (SBC) ou « agents de santé villageois » (ASV) — sont également d'usage courant pour décrire de tels programmes ou agents.

### Références

1. Lande RE. *New Era for Injectables. Population Reports*, Series K, No. 5. Baltimore, MD: Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, 1995.
2. United Nations Population Division. *World Contraceptive Use 2005*. Affiche. New York, NY: United Nations, 2005.
3. Stanback J, Mbonye A, LeMelle J, et al. *Final Report: Safety and Feasibility of Community-Based Distribution of Depo Provera in Nakasongola, Uganda*. Research Triangle Park, NC: Family Health International, 2005; Ashraf A, Ahmed S, Phillips JF. The example of doorstep injectables. In Barkat-e-Khuda, Kane TT, Phillips JF, eds. *Improving the Bangladesh Health and Family Planning Programme. Lessons Learned through Operations Research. Monograph No. 5*. Dhaka, Bangladesh: International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh, 1997; Fernández VH, Montúfar E, Ottolenghi E. Injectable contraceptive service delivery provided by volunteer community promoters. Article non publié. Population Council, 1997; León F. Utilizing operations research solutions: a case study in Peru. Article non publié. Population Council, 2001; Garza-Flores J, Del Olmo AM, Fuziwara JL, et al. Introduction of Cyclofem once-a-month injectable contraceptive in Mexico. *Contraception* 1998;58:7-12; McCarraher D, Bailey P. Bolivia: Depo-Provera provision by community based distribution workers and other CIES staff in El Alto. Article non publié. Family Health International, 2000.
4. Ria C, Thapa S, Bhattarai L, et al. Conditions in rural Nepal for which DMPA initiation is not recommended: implications for community based service delivery. *Contraception* 1999;60:31-37.
5. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale : Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. Troisième édition*. Genève, Suisse : OMS, 2004 .
6. Canto de Cetina TE, Canto P, Ordonez LM. Effect of counseling to improve compliance in Mexican women receiving depot-medroxyprogesterone acetate. *Contraception* 2001;63:143-46; Lei ZW, Wu SC, Jiang S, et al. Effect of pretreatment counseling on discontinuation rates in Chinese women given depo-medroxyprogesterone acetate for contraception. *Contraception* 1996;53:357-61.
7. Program for Appropriate Technology in Health (PATH), U.S. Agency for International Development (USAID). *Introducing Auto-Disable Syringes and Sharps Disposal Containers with DMPA* (PDF, 343 KB). Seattle, WA: PATH, 2001.
8. Switzerland: WHO, 2006; PATH. Neresian P, Cesarz V, Cochran A, et al. *Safe Injection and Waste Management: A Reference for Logistics Advisors* (PDF, 2.15 MB). Arlington, VA: John Snow, Inc./DELIVER for the U.S. Agency for International Development (USAID).
8. OMS.

## Note 2

9. Said S, Omar K, Koetsawang S, et al. A multicentred phase III comparative clinical trial of depot-medroxyprogesterone acetate given three-monthly at doses of 100 mg or 150 mg: 1. Contraceptive efficacy and side effects. World Health Organization Task Force on Long-Acting Systemic Agents for Fertility Regulation. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. *Contraception* 1986;34:223-35.
10. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Gestion des déchets produits par les injections au niveau des districts : Guide à l'intention des administrateurs sanitaires de district* (PDF, 790 KB). Genève, Suisse : OMS, 2006; PATH. Neresian P, Cesarz V, Cochran A, et al. *Safe Injection and Waste Management: A Reference for Logistics Advisors* (PDF, 2.15 MB). Arlington, VA: John Snow, Inc./DELIVER for the U.S. Agency for International Development (USAID).

Cette note de plaidoyer a été élaborée par en 2007 par le programme Recherche et utilisation des technologies en matière de contraception et de santé de la reproduction (Contraceptive and Reproductive Health Technologies Research and Utilization, ou CRTU) de FHI, en collaboration avec les ministères de la Santé kényan et ougandais. En 2011, elle a bénéficié d'une mise à jour effectuée par le projet PROGRESS de FHI 360. L'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) a fourni un soutien financier. Le contenu n'exprime cependant pas forcément la politique de l'USAID.





# Efficacité de l'ABCI

Le contraceptif injectable acétate de médroxyprogestérone-dépôt (DMPA, ou Dépo-Provera) est considéré comme l'un des contraceptifs les plus efficaces (trois grossesses pour 1 000 femmes lors de la première année d'utilisation), à condition que les femmes reçoivent toujours leur injection au moment prévu. Certains responsables de programme pourraient cependant craindre qu'avec l'accès à base communautaire des contraceptifs injectables (ABCI), les clientes aient un risque accru de ne plus recevoir systématiquement les réinjections prévues, ce qui réduirait potentiellement l'efficacité de cette méthode.

## Des réinjections systématiques et programmées

Correctement et systématiquement administré, le DMPA doit être réinjecté tous les trois mois (ou 90 jours), avec une « fenêtre » ou « marge de réinjection » de deux semaines avant et de quatre semaines après chaque date de réinjection prévue.<sup>2</sup> Si une femme se présente avec plus de quatre semaines de retard, elle peut recevoir une injection si le prestataire peut déterminer avec un degré raisonnable de certitude qu'elle n'est pas enceinte. Il faudrait alors également conseiller le recours à un contraceptif d'appoint pendant les sept jours prochains et expliquer à la femme qu'en différant l'injection, on augmente le risque de grossesse.

Parmi les facteurs qui pourraient compromettre la capacité des ASC de respecter le calendrier de réinjection et, par conséquent, la décision des clientes de poursuivre l'utilisation du DMPA, citons les suivants :

- difficulté d'approvisionnement en matériel
- localisation difficile des clientes
- capacité des clientes et des prestataires à prendre en charge les effets secondaires et les complications
- incertitude concernant la manière d'écarter la possibilité d'une grossesse, dans l'éventualité d'une réinjection en dehors des délais normaux d'injection

## Disponibilité continue du matériel

Comme pour toute méthode de contraception, il est essentiel de faire en sorte que le DMPA soit disponible d'une manière continue pour en garantir

## Points clés

- Le DMPA est l'une des méthodes de contraception les plus efficaces.
- Les agents de santé communautaires (ASC) doivent rester en contact suivi avec les cliniques pour ne pas se retrouver à court de fournitures pour le DMPA.
- Les nouvelles clientes qui bénéficient d'un counseling détaillé et adapté ne s'inquiéteront pas des changements dans leurs règles, seront à même de prendre en charge les effets secondaires et auront donc moins de chances d'abandonner le DMPA.

### Note 3

l'efficacité. Il faut des systèmes de distribution et d'entreposage pour empêcher les ruptures de stocks. En faisant en sorte que les ASC aient des relations étroites avec les cliniques, on peut garantir que leurs réserves de DMPA ne soient pas épuisées.

#### **Localisation aisée des clientes**

Pour assurer l'ABCI, il faut soit qu'un ASC visite régulièrement les clientes ou que les clientes visitent régulièrement un ASC (soit dans un dépôt, soit à domicile) pour les réinjections. Dans les deux cas, il faut former les ASC à tenir à jour les dossiers pour la programmation des réinjections. Dans certains projets, on a mis au point un système simple de fiches-clientes qui aide les ASC à identifier les clientes qui doivent être réinjectées : les fiches-clientes sont simplement classées dans l'ordre chronologique de réinjection.

Il peut être difficile de trouver les clientes pour les réinjecter dans les délais. Pour le projet Matlab au Bangladesh, les réinjections ont souvent nécessité des visites plus fréquentes que prévu. Les responsables de ce programme pensaient qu'il suffirait de visiter chaque village une fois tous les trois mois, mais au fur et à mesure que plus de femmes optaient pour le DMPA, les ASC ont dû retourner dans les villages une fois par mois. Le gouvernement du Bangladesh a fini par augmenter d'un tiers le nombre des ASC.<sup>3</sup>

Les ASC qui effectuent des visites à domicile doivent faire des efforts soutenus pour trouver leurs clientes et leur rendre visite à temps. Dans les communautés où ce sont les clientes qui doivent visiter l'ASC, ce dernier doit rester disponible (et donc ne pas quitter la communauté pour des périodes prolongées) et essayer de contacter les femmes qui sont en retard pour leur réinjection.

De plus, il faut parfois mettre en place un système pour atteindre les femmes qui quittent une région desservie par un ASC (sauf si ces femmes se rendent dans une zone urbaine où il devrait être facile d'obtenir une injection chez un pharmacien privé ou un centre de santé). Dans certains cas, la solution a consisté à fournir aux femmes des doses à conserver, avec des instructions pour administrer l'injection.<sup>4</sup> Avec le développement du DMPA sous-cutané (Depo-subQ Provera 104 ou DMPA-SC) en dispositifs Uniject, l'auto-injection constituera peut-être une option pour les femmes sous DMPA, comme elle l'est devenue pour les diabétiques.

#### **Un counseling détaillé et adapté pour gérer les effets secondaires et les complications**

Les ASC doivent recevoir une formation pour bien informer les nouvelles utilisatrices du DMPA sur les effets secondaires escomptés. Les femmes sont beaucoup plus susceptibles de continuer d'utiliser le DMPA si elles comprennent, par exemple, qu'il n'y a pas de raison de s'inquiéter en cas de perturbations menstruelles. Les ASC peuvent en outre contribuer à l'utilisation continue du DMPA de leurs clientes, en expliquant aux nouvelles utilisatrices ce qu'elles peuvent faire pour atténuer les effets secondaires et pour identifier les symptômes qui doivent faire l'objet d'une consultation en clinique. Les visites de suivi pour réinjection sont d'ailleurs une excellente occasion pour les ASC de demander aux utilisatrices du DMPA si elles ont des inquiétudes ou des effets secondaires, et de les conseiller, le cas échéant.

#### **Capacité des prestataires à s'assurer qu'une cliente n'est pas enceinte en cas de réinjection en dehors de la marge de réinjection normale**

Comme les ASC vivent souvent dans les communautés où habitent leurs clientes, ou à proximité, il leur est relativement facile — par rapport aux prestataires en clinique — de les contacter pour les avertir avant la fin de la marge de réinjection de quatre semaines qu'elles doivent être réinjectées. Même si le risque est faible qu'une femme qui est en retard de

## Note 3

quelques semaines pour sa réinjection de DMPA soit enceinte, les ASC doivent toutefois savoir les procédures à suivre si une femme est en retard pour sa réinjection de DMPA.

Si l'ASC peut être raisonnablement confiant qu'une femme n'est pas enceinte, on peut lui faire une réinjection de DMPA sans danger. Pour s'en assurer, l'ASC peut utiliser une liste de contrôle mise au point par FHI 360 pour écarter la possibilité d'une grossesse. Cette liste est conçue pour être utilisée par les prestataires de soins de santé cliniques et non cliniques, y compris les agents de santé communautaire (ASC). Il comporte 14 questions et contient des recommandations adaptées aux réponses des clientes. Les huit premières questions sont conçues pour identifier les contre-indications à l'utilisation sans danger du DMPA (ou du NET-EN) ou les situations qui requièrent une évaluation plus approfondie. Les clientes dont l'éligibilité est mise en doute en raison de leurs réponses à certaines des questions sur la recevabilité médicale peuvent tout de même s'avérer de bonnes candidates pour le DMPA si l'état de santé que l'on soupçonne peut être éliminé suite à une évaluation plus approfondie. Les six dernières questions permettent aux prestataires de déterminer avec suffisamment de certitude qu'une femme n'est pas enceinte avant de commencer le traitement.

Si l'on n'est pas à même d'exclure la grossesse, l'ASC doit référer la femme à un prestataire plus qualifié pour déterminer si elle est enceinte. Entretemps, l'ASC doit lui fournir une méthode de contraception d'appoint (en général des préservatifs) jusqu'à sa prochaine injection, pour le cas où elle ne serait pas enceinte et risque donc de tomber enceinte.

**NB :** Dans l'ensemble de ces notes de plaidoyer, nous utilisons les termes « planification familiale à base communautaire » (PFBC), « accès à base communautaire aux contraceptifs injectables » (ABCI) et « agent de santé communautaire » (ASC) à des fins de cohérence. Cependant, d'autres termes — comme la « distribution à base communautaire » (DBC) et « agents de distribution à base communautaire » (agents DBC), les « services à base communautaire » (SBC) ou « agents de santé villageois » (ASV) — sont également d'usage courant pour décrire de tels programmes ou agents.

### Références

1. Trussell J. Contraceptive efficacy. In Hatcher R, Trussell J, Stewart F, et al., eds. *Contraceptive Technology. Eighteenth Revised Edition*. New York, NY: Ardent Media, Inc., 2004.
2. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives, Deuxième édition*. Genève, Suisse : OMS, 2004.
3. Phillips JF. A case study of contraceptive introduction: domiciliary DMPA services in rural Bangladesh. *The Committee on Population National Academy of Sciences Seminar on the Demographic and Programmatic Consequences of Contraceptive Innovations*, Washington, DC, October 6-7, 1988.
4. Fernandez VH, Montufar E, Ottolenghi E, et al. Injectable contraceptive service delivery provided by volunteer community promoters. Article non publié. Population Council, 1997.
5. Family Health International (FHI). *Comment être raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte*, Liste de contrôle. Research Triangle Park, NC: FHI 360, mise à jour 2008.

Cette note de plaidoyer a été élaborée par en 2007 par le programme Recherche et utilisation des technologies en matière de contraception et de santé de la reproduction (Contraceptive and Reproductive Health Technologies Research and Utilization, ou CRTU) de FHI, en collaboration avec les ministères de la Santé kényan et ougandais. En 2011, elle a bénéficié d'une mise à jour effectuée par le projet PROGRESS de FHI 360. L'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) a fourni un soutien financier. Le contenu n'exprime cependant pas forcément la politique de l'USAID.



# Intégration de l'ABCI dans les systèmes de santé existants

Chaque pays a un système et une infrastructure de santé différents. De même qu'il n'y a pas de modèle unique de planification familiale à base communautaire (PFBC), il n'existe pas de plan universel pour assurer l'intégration de l'accès à base communautaire aux contraceptifs injectables (ABCI) dans un système de santé donné. Il y a cependant plusieurs questions techniques et logistiques qu'il faut absolument prendre en compte avant une telle intégration, dont les suivantes :

- évaluation des coûts de l'introduction et du maintien de l'ABCI
- formation du personnel
- assurance de la qualité des soins
- gestion des systèmes d'approvisionnement et de distribution

## Evaluation des coûts de l'introduction et du maintien de l'ABCI

Une évaluation des programmes de planification familiale et de leurs méthodes pour assurer la prestation de services s'est réalisée dans 14 pays en développement. Cette évaluation a montré, qu'en général, les programmes de marketing social étaient les moins coûteux par an et par cliente, suivis par les services cliniques, les services PFBC seuls, puis les services cliniques en combinaison avec les services PFBC. L'ordre était différent dans certains pays. Les coûts par cliente dépendent des conditions locales, de la maturité des programmes et du volume des ventes.<sup>1</sup> Généralement, les programmes PFBC peuvent s'avérer plus coûteux que les programmes à base clinique ; les programmes PFBC répondent cependant aux besoins en contraception de beaucoup de femmes qui seraient autrement desservies, en particulier celles qui habitent en milieu rural et qui n'ont qu'un accès limité aux services à base clinique.

L'introduction du DMPA dans un nouveau programme PFBC, ou dans un programme PFBC en place, risque d'en augmenter le coût et cela pour plusieurs raisons. Les ASC et leurs superviseurs devront recevoir une formation. Les ASC devront recevoir une formation technique et pratique en counseling, pour apprendre les techniques d'injection et pour tenir à jour les dossiers. Les superviseurs devront apprendre à gérer la logistique de l'approvisionnement en fournitures nécessaires pour le DMPA et à maximiser la qualité de l'offre du DMPA.

## Points clés

- Grâce aux programmes de planification familiale à base communautaire (PFBC), on peut atteindre beaucoup de femmes de milieux ruraux dont les besoins en contraception ne sont pas satisfaits par les services à base clinique.
- Parmi les questions techniques et logistiques pour l'intégration de l'accès à base communautaire aux contraceptifs injectables (ABCI), citons : l'évaluation des coûts, la formation et l'assurance de la qualité des soins

## Note 4

en counseling, pour apprendre les techniques d'injection et pour tenir à jour les dossiers. Les superviseurs devront apprendre à gérer la logistique de l'approvisionnement en fournitures nécessaires pour le DMPA et à maximiser la qualité de l'offre du DMPA.

Si un programme PFBC est bien établi et solide (avec des agents bien formés et très motivés), il sera relativement moins cher d'y intégrer le DMPA que dans le cas d'un programme plus faible. Un programme PFBC récemment établi ou fragile (par exemple avec un renouvellement fréquent du personnel ou des systèmes de supervision peu performants) risque de devoir être renforcé, ce qui entraîne un surcoût, pour que l'ajout du DMPA aux services proposés soit un succès.

Lorsque l'on ajoute un autre service (comme la fourniture du DMPA) aux responsabilités des ASC, il faut parfois aussi prendre en compte des aspects tels que les mesures de motivation du personnel. Dans le cadre de plusieurs programmes PFBC, on a essayé des systèmes de paiement et de motivation des ASC. Dans certains d'entre eux, on engage des ASC salariés à plein temps afin de limiter le renouvellement du personnel. Dans d'autres, on a recours à un programme d'incitation avec des commissions pour motiver les agents. D'autres programmes attirent les volontaires avec diverses incitations non financières, comme le prestige, des bicyclettes ou des uniformes.<sup>2</sup> Chaque système de santé devra déterminer, en fonction du contexte local et de son budget, la combinaison d'incitations (financières, non financières ou les deux) qui fonctionnent le mieux pour motiver les ASC à fournir des services DMPA de qualité.

### Formation

La plupart des programmes PFBC qui ont réalisé l'introduction des contraceptifs injectables ont consacré entre une et trois semaines à la formation des nouveaux ASC. Une partie de ce temps consiste en des cours portant sur la manière de détecter chez les clientes les problèmes ou états de santé qui excluraient l'adoption du DMPA, sur la manière d'informer les clientes sur les effets secondaires courants et de tenir à jour les dossiers. Un autre volet de la formation vise à apprendre aux ASC à donner des injections, par le biais d'exercices pratiques sous supervision. La formation doit être participative avec le développement des compétences renforcé par des approches comme les jeux de rôles, les scénarios et l'observation de prestataires chevronnés. Les programmes de formation peuvent exiger la réussite d'un examen écrit, l'observation des compétences ou d'autres tests pour permettre à l'ASC d'obtenir la « certification » requise pour administrer le DMPA.

Plusieurs programmes de formation et manuels de counseling sont disponibles pour étayer le processus de formation ; ces outils peuvent être adaptés aux besoins spécifiques d'un pays donné.<sup>3</sup>

### Assurance de la qualité des soins

La qualité des soins peut être maximisée grâce à l'établissement d'un système d'assurance qualité pour vérifier que les ASC suivent les procédures requises pour déterminer l'éligibilité des clientes pour la méthode, le counseling et les injections. Dans certains programmes, les superviseurs visitent régulièrement les agents en formation pour évaluer leur performance trois à six mois après leur formation initiale. Des cours de remise à niveau pour les ASC sont en outre vivement conseillés.

### Gestion des systèmes d'approvisionnement et de distribution

Un système logistique pour prédire la demande, livrer le matériel et éviter les ruptures de stocks doit être mis au point pour garantir l'approvisionnement en DMPA, en aiguilles et en seringues. Plusieurs excellents manuels sont disponibles pour aider à prédire la demande et assurer la logistique.<sup>4</sup> Il faudra également expliquer aux ASC où et comment obtenir les fournitures. Heureusement, le DMPA peut être conservé à température ambiante (la réfrigération n'est pas nécessaire), il a une durée de conservation de quatre à cinq ans,<sup>5</sup> figure désormais sur la *Liste modèle des médicaments essentiels* de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et il est largement disponible en Afrique.

## Note 4

**NB :** Dans l'ensemble de ces notes de plaidoyer, nous utilisons les termes « planification familiale à base communautaire » (PFBC), « accès à base communautaire aux contraceptifs injectables » (ABCI) et « agent de santé communautaire » (ASC) à des fins de cohérence. Cependant, d'autres termes — comme la « distribution à base communautaire » (DBC) et « agents de distribution à base communautaire » (agents DBC), les « services à base communautaire » (SBC) ou « agents de santé villageois » (ASV) — sont également d'usage courant pour décrire de tels programmes ou agents.

### Références

1. Barberis M, Harvey PD. Costs of family planning programmes in fourteen developing countries by method of service delivery. *J Biosoc Sci* 1997;29:219-33.
2. Price N. Service Sustainability Strategies in Sexual and Reproductive Health Programming: Community-Based Distribution (PDF, 316 KB). London, UK: UK Department for International Development (DFID), Resource Centre for Sexual and Reproductive Health, 2002.
3. Lande RE. Counseling about Injectables, Supplement to New Era for Injectables. *Population Reports, Series K, No. 5*. Baltimore, MD: Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, 1995; Solter C. Comprehensive Family Planning and Reproductive Health Training Curriculum Module 6: DMPA Injectable Contraceptive (PDF, 553 KB). Watertown, MA: Pathfinder, 1999.
4. John Snow, Inc./DELIVER. PipeLine Software Tool. Boston, MA: John Snow, Inc./DELIVER, 2004; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Pocket Guide to Managing Contraceptive Supplies (PDF, 1.11 MB). Atlanta, GA: CDC, 2000; World Health Organization (WHO). Procuring Single-Use Injection Equipment and Safety Boxes: A Practical Guide for Procurement Staff and Programme Managers (PDF, 474 KB). Geneva, Switzerland: WHO, 2003.
5. Upjohn. Notice explicative qui accompagne le produit contraceptif DMPA.

Cette note de plaidoyer a été élaborée en 2007 par le programme Recherche et utilisation des technologies en matière de contraception et de santé de la reproduction (Contraceptive and Reproductive Health Technologies Research and Utilization, ou CRTU) de FHI, en collaboration avec les ministères de la Santé kényan et ougandais. En 2011, elle a bénéficié d'une mise à jour effectuée par le projet PROGRESS de FHI 360. L'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) a fourni un soutien financier. Le contenu n'exprime cependant pas forcément la politique de l'USAID.

