

Deuxième rencontre DMPA-SC : Des données à la mise en pratique

Accroître l'accès, autonomiser les femmes

Rapport de rencontre : Dakar, Sénégal

Du 28 au 31 octobre 2019



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'ACTION SOCIALE



JOHN SNOW, INC.





Adresse postale

PO Box 900922
Seattle, WA 98109 USA

Adresse municipale

2201 Westlake Avenue
Suite 200
Seattle, WA 98121 USA

www.path.org

© 2020 PATH. Tous droits réservés.

PATH. Deuxième rencontre DMPA-SC : Des données à la mise en pratique Accroître l'accès, autonomiser les femmes Rapport de rencontre : Dakar, Sénégal Seattle : PATH; 2020.

Table des matières

Remerciements	iii
Abréviations	iv
Résumé	1
Introduction	3
Une rencontre d'envergure mondiale	4
Visites de site	4
Où en sommes-nous aujourd'hui ?	5
Jour 1.....	7
Allocations d'ouverture	7
Séance plénière : Saisir l'occasion d'assurer aux femmes des services complets de santé sexuelle et reproductrice et un large éventail de méthodes contraceptives	8
Sessions de groupe	10
a. Intégrer le DMPA-SC pour élargir l'éventail de méthodes proposées aux femmes et aux filles : succès et défis du passage à l'échelle	10
Succès.....	11
Difficultés	11
Occasions	12
b. L'auto-administration change la donne : comment assurer l'accès des femmes à cette option importante ?	13
Recommandations et prochaines étapes	15
c. Catalyser le changement : solutions aptes à surmonter les difficultés d'opérationnalisation de l'auto-administration.....	16
Ouganda	16
Madagascar.....	17
Zambie.....	17
Togo	18
Pakistan	19
Burkina Faso.....	19
Conclusion de la tribune	19

d. Assurer l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive intégrés : comprendre et intégrer les recommandations mises à jour de l'OMS sur l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes particulièrement exposées au VIH dans les plans d'action des pays	20
e. L'avenir de Sayana® Press : conversation avec Pfizer Inc.	23
Jour 1 - Clôture.....	24
Jours 2 et 3.....	26
f. Auto-prise en charge des soins : ultime forme de délégation ou autonomisation des femmes ?	27
g. Sessions de renforcement des compétences	30
Prévisions, planification des approvisionnements et suivi du pipeline DMPA-SC.....	30
Suivi, apprentissage et évaluation	30
L' a b c du changement de politique : trois principes fondamentaux du plaidoyer	31
h. Optimiser l'accès aux services de planification familiale à travers le secteur privé : occasions et défis	31
i. Comment mieux adapter la formation ? Approches de formation de qualité à moindre coût	33
j. Mettre à profit les leçons du passé : appliquer au DMPA-SC les enseignements de création de la demande d'autres méthodes	35
k. Tribune des bailleurs de fonds.....	37
Travail de groupe de pays	39
Clôture de la rencontre.....	40
Résultats.....	41
Perspectives d'avenir	42
Annexes.....	3

Remerciements

Le Collaboratif pour l'Accès au DMPA-SC tient à remercier le ministère sénégalais de la Santé et de l'Action sociale pour son accueil et sa participation à l'organisation de la deuxième rencontre « DMPA-SC : Des données à l'action ». Merci aussi au Partenariat de Ouagadougou pour son aimable co-organisation de la réception d'accueil. Les membres du comité directeur (Annexe A) ont généreusement fait don de leur temps et expertise pour participer aux communications téléphoniques régulières et guider ainsi le contenu technique de la rencontre. Notre reconnaissance va aussi aux présentateurs et aux panélistes qui ont accepté de partager leurs données et connaissances avec les participants, ainsi que, parmi ces derniers, à ceux qui ont bien voulu animer leur groupe. Un grand merci à Alain Kaboré, Farmata Seye, Maymouna Ba et Aminatou Sar, de PATH Sénégal, pour la direction des préparations techniques locales de la rencontre. Celle-ci n'aurait pas pu être organisée aussi bien sans l'expertise du coordinateur d'événement Skye Planners et de ses fournisseurs.

Robin Keeley, Kaitlin Christenson et Megan Shawcross, de PATH, et Carmit Keddem, de John Snow, Inc. (JSI), ont dirigé les préparatifs de la rencontre et tiennent à saluer les efforts et contributions critiques de toute l'équipe PATH et JSI du Collaboratif pour l'Accès et de leurs collègues au sein de l'équipe PATH de la santé reproductive. Sans eux, la rencontre n'aurait tout simplement pas été possible. Nous remercions aussi les bailleurs de notre Collaboratif pour l'Accès, la Fondation Bill et Melinda Gates et la Fondation de fonds d'investissement de l'enfant (CIFF).

Un grand merci à nos collègues de la planification familiale chez Jhpiego, à la Clinton Health Access Initiative et chez RIZ Consulting et à leurs coordinateurs locaux, ainsi qu'aux coordinateurs locaux du Collaboratif pour l'Accès. Leur effort, dans la préparation des supports de la rencontre propres aux pays et dans l'identification et la préparation des délégations nationales à la rencontre, est inestimable. Nous n'aurions pas abouti aux résultats de la rencontre sans leur travail de préparation inlassable.

Mille mercis, enfin, aux participants qui, malgré leur calendrier chargé, ont donné la priorité à cette rencontre et travaillé d'arrache-pied pendant trois jours parce qu'ils comprennent la valeur, pour leur pays, d'élargir les options contraceptives offertes aux femmes en accélérant l'accès au DMPA-SC et à l'auto-administration.

Abréviations

CHAI	Clinton Health Access Initiative
CIFF	Fondation de fonds d'investissement de l'enfant
DFID	Ministère britannique du développement international
DMPA-SC	Acétate de médroxyprogestérone dépôt sous-cutané
ECHO	Evidence for Contraceptive Options and HIV Outcomes, étude sur les options contraceptives et leurs résultats concernant le VIH
IM	Intramusculaire
IPPF	International Planned Parenthood Federation
JSI	John Snow, Inc.
PSI	Population Services International
STI	Infection sexuellement transmissible
USAID	Agence américaine pour le développement international
OMS	Organisation mondiale de la Santé

Résumé

L'introduction et le passage à l'échelle de l'acétate de médoroxyprogesterone dépôt sous-cutané (DMPA-SC) évoluent rapidement depuis quelques années, y compris en ce qui concerne l'auto-administration. Les progrès ont fortement accéléré après la rencontre « Élargir l'accès aux injectables du futur » tenue à Dakar (Sénégal) en 2017. L'année suivante, la rencontre « Des données à la mise en pratique », à Nairobi (Kenya), a mis en valeur la profondeur et l'ampleur des données probantes générées sur l'impact potentiel du DMPA-SC et de l'auto-administration. Ces données continuent à se multiplier depuis lors. La rencontre de Nairobi aura marqué un tournant majeur dans la façon dont le produit, l'auto-administration et ses avantages potentiels pour les femmes sont envisagés dans le monde.

En octobre 2019, une deuxième rencontre « Des données à la mise en pratique » a été l'occasion de consolider les progrès réalisés et de veiller à assurer aussitôt que possible l'accès des femmes à cette innovation contraceptive. Les délégués de 20 pays d'Afrique et d'Asie ont assisté aux sessions organisées sur l'état du passage à l'échelle dans le monde, les données probantes et les pratiques exemplaires concernant l'auto-administration, l'intégration de la planification familiale et de la prévention du VIH, le rôle du secteur privé, le renforcement des compétences (suivi, apprentissage et évaluation, prévision des approvisionnements et plaidoyer), la création de la demande, les approches de formation innovantes, avec aussi une conversation avec cinq bailleurs du DMPA-SC. Quelques grands thèmes ont émergé de la rencontre :

- D'importants progrès ont été réalisés en termes de planification de l'introduction et du passage à l'échelle du DMPA-SC et de l'auto-administration, mais les pays doivent encore surmonter leurs défis spécifiques concernant l'opérationnalisation de ces plans.
- Le DMPA-SC ne doit pas être considéré comme un produit autonome, mais comme faisant plutôt partie d'un meilleur éventail de méthodes, offrant plus d'options aux femmes.
- L'auto-administration est l'aspect le plus innovant du DMPA-SC, essentiel à l'apport d'un avantage maximum aux femmes.
- L'intendance gouvernementale et l'engagement des bailleurs sont indispensables si l'on veut assurer l'intégration efficace de l'information et des services de santé sexuelle et reproductive pour que les femmes puissent obtenir les services dont elles ont besoin.
- L'auto-prise en charge des soins et son potentiel d'autodétermination et d'autonomisation des femmes retrouve un certain dynamisme du fait, en partie, de l'auto-administration du DMPA-SC.
- Le secteur privé a un rôle fondamental à jouer dans le passage à l'échelle du DMPA-SC et son accès à un plus grand nombre de femmes. Il reste cependant de nombreuses difficultés à surmonter à cet égard.
- Des approches de formation des prestataires innovantes, économiques en temps et en ressources financières mais qui produisent des résultats positifs, sont requises pour assurer un passage à l'échelle rapide du DMPA-SC tout en préservant la qualité des soins.

- Concernant la création de la demande du DMPA-SC, plus de données probantes et d'expérience sont nécessaires, bien que certains enseignements émergent de la mise en œuvre déjà entreprise.
- L'introduction d'un nouveau produit peut rencontrer des incertitudes quant à la demande réelle, qui doit être surveillée de près pour assurer un approvisionnement adéquat en produit.
- Les organismes bailleurs ont réitéré leur résolution d'élargir l'accès au DMPA-SC en tant qu'option importante de contraception, en poursuivant notamment le développement d'un produit générique et un meilleur suivi de l'utilisation du DMPA-SC, par rapport à la formule intramusculaire, et de l'auto-administration (par exemple, USAID entend incorporer cette distinction dans ses enquêtes démographiques et de santé).

Post-rencontre, il faut assurer la mise en œuvre des plans d'action et le maintien de l'élan. Les partenaires et les bailleurs se sont engagés à accompagner les programmes nationaux dans leur démarche.

Introduction

En 2017, les acteurs du plaidoyer et les responsables de la mise en œuvre, à l'échelle mondiale et du pays, se sont rassemblés à Dakar (Sénégal), à l'occasion de la rencontre « Élargir l'accès aux injectables du futur » co-organisée sous les auspices d'Advance Family Planning, d'IntraHealth International et de PATH. L'objectif de la rencontre était d'examiner les données probantes et d'élaborer des plans de plaidoyer en faveur d'un changement de politique qui élargirait l'accès à l'acétate de médroxyprogestérone dépôt sous-cutané (DMPA-SC), une nouvelle option fort intéressante au sein de l'éventail des méthodes de planification familiale.

En mai 2018, les délégations de 18 pays ont assisté à la première rencontre « DMPA-SC : Des données à la mise en pratique », co-organisée par PATH et le ministère kenyan de la Santé afin de partager l'importante base de données factuelles générée sur l'acceptabilité, la continuation, le coût et l'utilisation dans le secteur privé du DMPA-SC et de l'auto-administration.

Faisant suite aux progrès ainsi réalisés, une seconde rencontre « DMPA-SC : Des données à la mise en pratique » a été convoquée à Dakar (Sénégal) en octobre 2019. Le présent document se propose de rapporter les discussions et les grands points à retenir de cette rencontre qui, sur une période de trois jours, a accueilli 207 participants, dont 160 délégués originaires de 20 pays (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Myanmar, Niger, Nigeria, Ouganda, Pakistan, République démocratique du Congo, Sénégal, Togo et Zambie) et 47 représentants mondiaux et régionaux d'organismes bailleurs, d'organisations bi- et multilatérales et d'ONG internationales.

La rencontre aura marqué un tournant majeur en termes d'acceptation et d'élaboration de plans de passage à l'échelle d'un nouveau produit contraceptif dont la proposition de valeur se définit comme suit :

- Élargissement de l'accès du fait de la facilité d'emploi et de l'option d'auto-administration.
- Accroissement du nombre de nouvelles utilisatrices, comme le démontrent les données qui indiquent que peu après l'introduction du DMPA-SC et/ou de l'auto-administration dans l'éventail de méthodes, environ un tiers des doses sont administrées à de nouvelles utilisatrices qui recourent à la planification familiale pour la première fois.

Qu'est-ce que le DMPA-SC ?

Le DMPA-SC est un contraceptif injectable à dose réduite, facile à administrer. Sayana® Press, le produit DMPA sous-cutané disponible aux pays bénéficiaires de l'initiative Family Planning 2020 (FP2020), est fabriqué par Pfizer Inc. sous conditionnement combinant le médicament et l'aiguille dans le système d'injection BD Uniject™ pré-rempli, originalement mis au point par PATH.

Le DMPA-SC facilite l'accès des femmes à la contraception injectable. Sa facilité d'emploi fait qu'il suffit d'une simple formation pour l'administrer, ouvrant la prestation aux agents de santé communautaire, aux pharmaciens et même aux femmes elles-mêmes par auto-injection.

- Meilleur taux de continuation, comme le démontrent les études menées en Ouganda, au Malawi, au Sénégal et aux États-Unis : l'utilisation continue du DMPA à 12 mois est significativement supérieure dans les quatre pays parmi les femmes qui pratiquent l'auto-administration, par rapport à celles qui reçoivent leurs injections de DMPA d'un prestataire de santé.
- Accroissement de l'auto-prise en charge des soins : l'auto-administration élargit les options de contraception hors formation sanitaire et place plus de pouvoir entre les mains des femmes.

Le but de la rencontre était de catalyser le passage à l'échelle du DMPA-SC pour améliorer la sensibilisation et l'accès des femmes à une plus large gamme de produits et services de planification familiale de qualité. Pour atteindre ce but, les objectifs de la rencontre étaient :

- *Identifier* les obstacles et les solutions de chaque pays au passage à l'échelle du DMPA-SC au sein de l'éventail de méthodes contraceptives, auto-administration comprise.
- *Accroître* la sensibilisation aux outils, ressources et données utiles à l'élaboration de programmes de planification familiale complets, y compris leur intégration efficace avec les programmes de prévention du VIH.
- *Élaborer ou mettre à jour* les engagements et plans d'action de chaque pays pour le passage à l'échelle de programmes de planification familiale (comprenant le DMPA-SC et l'auto-administration) de haute qualité, fondés sur les droits et axés sur l'approche du marché total.
- *Renforcer* deux réseaux régionaux d'apprentissage et d'action voués à l'échange transnational continu des expériences, à la diffusion des données probantes et à la collaboration concernant le passage à l'échelle du DMPA-SC.

Le résultat attendu était l'élaboration de plans d'action DMPA-SC par les délégations des pays, qui viennent compléter les plans existants afin de dynamiser le passage à l'échelle du DMPA-SC et de l'auto-administration dans le cadre d'un éventail de méthodes contraceptives élargi.

Une rencontre d'envergure mondiale

Depuis la première rencontre « Des données à la mise en pratique », l'expérience de la mise en œuvre dans différents pays a révélé ses enseignements initiaux. Tandis que de nouveaux pays prennent la décision d'introduire le DMPA-SC ou d'approuver l'auto-administration, la rencontre d'octobre 2019 à Dakar tombait à point pour dynamiser la poursuite du passage à l'échelle et offrir un lieu de rencontre en personne pour l'apprentissage et l'échange entre pays.

Visites de site

Avant l'inauguration officielle de la rencontre, quelque 104 participants, animateurs compris, ont participé aux visites de site facultatives proposées dans quelques formations sanitaires locales. Ils ont ainsi découvert le mode de prestation du DMPA-SC au Sénégal et les premières phases de l'introduction

du programme d'auto-administration dans les contextes distincts de centres de santé publique, cliniques privées, programmes privés de stratégie avancée visant les adolescentes et d'une organisation de marketing social. Un groupe s'est aussi rendu à la Pharmacie nationale d'approvisionnement pour y observer le système de la chaîne d'approvisionnement et de distribution au Sénégal. Comme l'ont noté les animateurs, la plupart des participants avaient déjà une bonne compréhension de la faisabilité de l'auto-administration et recherchaient davantage l'échange d'expériences et d'idées avec les autres pays sur la question de sa mise en œuvre. Le partage et l'apprentissage sur les questions programmatiques telles que l'élimination des déchets, la saisie de l'information relative à l'auto-administration dans les registres et l'engagement des hommes dans les conversations relatives à la planification familiale les intéressaient particulièrement aussi.

Où en sommes-nous aujourd'hui ?

Basée sur la rencontre de Nairobi en 2018, celle de 2019 a déplacé l'axe, mettant l'accent, plus que sur les données justifiant le passage à l'échelle du DMPA-SC et de l'auto-administration, sur les expériences, les défis et les occasions de la mise en œuvre dans les pays, à l'heure où la plupart ciblent leur effort sur le passage à l'échelle. Les sessions se sont penchées sur l'état général du passage à l'échelle, les données probantes et les pratiques exemplaires concernant l'auto-administration, l'intégration de la planification familiale et de la prévention VIH, le rôle du secteur privé, le renforcement des compétences (suivi, apprentissage et évaluation, prévision des approvisionnements et plaidoyer), la création de la demande, les approches de formation innovantes, plus une conversation avec cinq bailleurs du DMPA-SC. Le résumé de chaque session est présenté plus bas. Quelques grands thèmes ont toutefois émergé généralement de la rencontre :

- D'importants progrès ont été réalisés en termes de planification de l'introduction et du passage à l'échelle du DMPA-SC et de l'auto-administration, mais les pays doivent encore surmonter leurs défis spécifiques concernant l'opérationnalisation de ces plans. Les difficultés rencontrées sont souvent comparables (elles concernent généralement la formation des prestataires, l'engagement du secteur privé et la chaîne d'approvisionnement), de sorte que le partage des expériences d'un pays à l'autre profite à tous.
- Le DMPA-SC ne doit pas être considéré comme un produit autonome, mais comme faisant plutôt partie d'un meilleur éventail de méthodes, offrant plus d'options aux femmes. Il doit être introduit dans le contexte des systèmes existants, au sein de l'éventail global de méthodes, y compris en ce qui concerne les approches de formation des prestataires, de conseil aux clientes, de création de la demande, de gestion de la chaîne d'approvisionnement, de suivi et des autres aspects du passage à l'échelle.
- L'auto-administration est l'aspect le plus innovant du DMPA-SC, essentiel à l'apport d'un avantage maximum aux femmes. La production de données probantes était essentielle à la mise au point de la politique et de la programmation en matière d'auto-administration. Dans cet

esprit, les nouvelles données et leçons de la programmation dans les pays peuvent être mises à profit pour influencer les aspects opérationnels du passage à l'échelle : par exemple, en mettant en œuvre des formations de prestataires innovantes et économiques en temps et en ressources financières, et en intégrant les données relatives aux approches de la formation des clientes à l'auto-administration.

- L'intendance gouvernementale et l'engagement des bailleurs de fonds sont indispensables si l'on veut assurer l'intégration efficace de l'information et des services de santé sexuelle et reproductive, y compris ceux axés sur la contraception, le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST), pour que les femmes puissent obtenir les services dont elles ont besoin.
- L'auto-prise en charge des soins, qui offre un potentiel d'autodétermination et d'autonomisation des femmes, retrouve un certain dynamisme du fait, en partie, de l'auto-administration du DMPA-SC. Elle doit être considérée, non pas de manière isolée du système de santé, mais plutôt comme en faisant partie, selon des modalités qui assurent le maintien du lien avec les femmes et de leur accompagnement.
- Le secteur privé a un rôle fondamental à jouer dans le passage à l'échelle du DMPA-SC et son accès à un plus grand nombre de femmes. Il reste cependant de nombreuses difficultés à surmonter sur ce plan. Notamment : les obstacles ayant trait à la politique et à la réglementation, l'approvisionnement abordable et les liens du secteur public à travers le suivi (y compris la collecte de données sur l'approvisionnement privé) et la supervision.
- Des approches de formation des prestataires innovantes, économiques en temps et en ressources financières mais qui produisent des résultats positifs, sont requises pour assurer un passage à l'échelle rapide du DMPA-SC tout en préservant la qualité des soins.
- Concernant la création de la demande du DMPA-SC, plus de données probantes et d'expérience sont nécessaires, bien que certains enseignements émergent de la mise en œuvre déjà entreprise. La création de la demande de planification familiale est généralement utile quand le DMPA-SC est proposé comme une méthode parmi d'autres au sein d'un éventail plus large.
- L'introduction d'un nouveau produit est source d'incertitude quant à la demande réelle, qui doit être surveillée de près pour assurer un approvisionnement adéquat en produit. Le DMPA-SC doit être intégré dans les systèmes d'information de gestion sanitaire et logistique existants, qui doivent permettre la visualisation et l'utilisation effectives des données au service du passage à l'échelle. De plus, les systèmes et les processus existants de la chaîne d'approvisionnement (par exemple, la gestion de l'information et la distribution) doivent être capables de gérer le produit ajouté. La quantification systématique des produits de planification familiale, y compris le DMPA-SC, doit aussi être assurée.
- Les organismes bailleurs continuent de soutenir l'élargissement de l'accès au DMPA-SC en tant qu'option contraceptive importante, sur plusieurs plans critiques tels que le développement d'un produit générique futur, la création de la demande, une plus grande inclusion du secteur

privé et une meilleure capacité de suivi de l'utilisation du DMPA-SC, par rapport à la formule intramusculaire (IM), et de l'auto-administration.

Jour 1

Allocations d'ouverture

Dans son allocation d'ouverture officielle de la rencontre, M. Alassane Mbengue, secrétaire général du ministère sénégalais de la Santé et de l'Action sociale, a accueilli les délégations venues à Dakar et, faisant remarquer que le choix du Sénégal pour l'occasion tenait au fait qu'il s'agissait de l'un des premiers pays à adopter le DMPA-SC, il a remercié l'audience pour sa confiance dans son pays. Il a évoqué la priorité nationale accordée aux objectifs de l'initiative FP2020 au sein du gouvernement du président Macky Sall, car la baisse de la mortalité infantile et la maîtrise de la croissance démographique peuvent aider à pérenniser le développement du Sénégal. Pour conclure, il a exprimé son enthousiasme à l'idée de l'échange des succès remportés et des défis rencontrés ces dernières années, et de la suggestion de solutions possibles.

La directrice du Collaboratif pour l'accès au DMPA-SC, Kaitlin Christenson, de PATH, et sa directrice adjointe, Carmit Keddem, de John Snow, Inc. (JSI), se sont également adressées à l'assemblée.

Mme Christenson a accueilli les délégations nationales et les participants régionaux et mondiaux venus à la rencontre. Elle a souligné la pertinence de l'organisation de cette troisième rencontre sur le DMPA-SC à Dakar, le Sénégal ayant accueilli beaucoup de la recherche initiale sur la question. Et d'évoquer brièvement les deux rencontres précédentes :

- 2017 : Rencontre convoquée pour faire avancer les efforts de plaidoyer en faveur du DMPA-SC (sous le titre « Élargir l'accès aux injectables du futur »), co-organisée par Advance Family Planning, IntraHealth International et PATH, à Dakar (Sénégal).
- 2018 : Rencontre convoquée pour accroître l'accès volontaire et de qualité au DMPA-SC au sein d'un large éventail de méthodes contraceptives et éclairer les décisions de politique afférentes à la lumière des données et de l'expérience existantes (sous le titre « DMPA-SC : Des données à la mise en pratique »), co-organisée par PATH avec le ministère kenyan de la Santé, à Nairobi (Kenya).

Mme Christenson a ensuite souligné l'objectif de cette rencontre de 2019, organisée pour dynamiser l'excellent travail de passage à l'échelle entrepris au niveau des pays et pour tirer les enseignements de l'expérience des participants, de leurs succès et des défis rencontrés, pour mieux planifier le passage à l'échelle futur du DMPA-SC.

Mme Keddem a ensuite reconnu le succès collectif auquel chacun a contribué en élargissant les choix contraceptifs et l'autonomie des femmes grâce à l'accès accru au DMPA-SC, auto-administration comprise. Elle a fait remarquer que, depuis la rencontre précédente à Nairobi, consacrée aux données

généérées, beaucoup de pays sont passés à l'opérationnalisation de ces données dans leurs programmes. Soulignant que le but de cette nouvelle rencontre était d'exploiter davantage ces données dans la discussion des défis et des succès du passage à l'échelle, elle a aussi insisté sur le fait que la discussion toucherait aux aspects opérationnels de l'auto-administration et à l'utilisation des données dans le suivi des efforts d'introduction.

Séance plénière : Saisir l'occasion d'assurer aux femmes des services complets de santé sexuelle et reproductive et un large éventail de méthodes contraceptives

Animée par Beth Fredrick, d'Advance Family Planning, la séance plénière d'ouverture a cadré le DMPA-SC dans les messages globaux de la rencontre : élargir le rôle des injectables dans l'éventail de méthodes, accroître la part du DMPA-SC et de l'auto-administration, importance de l'intégration des services de planification familiale et VIH, l'auto-administration dans l'auto-prise en charge des soins et avenir du DMPA-SC. Les panélistes représentaient une large section transversale des intervenants de la planification familiale :

- Chilufya Kasanda, Treatment Advocacy and Literacy Campaign (Zambie)
- Roy Jacobstein, IntraHealth International
- Dr Mareme Ndiaye, ministère sénégalais de la Santé et de l'Action sociale
- Aminatou Sar, PATH (Sénégal)
- Maryjane Lacoste, Fondation Bill et Melinda Gates

La tribune a commencé par discuter les défis posés au passage à l'échelle :

- Mythes et idées reçues : Au niveau de la communauté, les mythes et les idées reçues peuvent avoir un effet dissuasif, en particulier auprès des femmes jeunes. Par exemple, une jeune femme née et élevée dans un pays d'Afrique subsaharienne peut être soumise à la croyance collective qu'une jeune femme n'a pas le droit d'effectuer ses propres choix sexuels et se voir jugée par les prestataires de soins de santé si elle cherche à obtenir des services. (Mme Kasanda)
- Formation : Malgré la progression rapide de l'assurance de disponibilité des services, plus de prestataires doivent être formés au DMPA-SC au niveau communautaire, y compris dans le secteur privé. (Dr Ndiaye)
- Financement : Il est établi que le DMPA-SC transforme la vie des femmes, mais nous devons financer le passage à l'échelle pour que toutes les femmes aient accès au produit. Il faut aussi la

« Que faisons-nous, en notre qualité d'influenceurs, de bailleurs et organismes de financement, d'OSC et de communauté en soi ? Il n'y a rien sans nous, la communauté... On a beau essayer et insuffler de l'argent, si les femmes ne sont pas mises au centre, il n'y aura qu'un rêve, qui ne deviendra pas réalité. »

—Chilufya Kasanda

volonté politique de prendre les décisions qui réduiront la dépendance par rapport aux bailleurs externes et qui augmenteront le financement intérieur. (Mme Sar)

- Plaidoyer : Si le but est vraiment d'assurer la disponibilité de l'auto-administration aussi largement que possible, il faut intensifier le plaidoyer pour élargir l'accès à travers le secteur privé. La présence de plusieurs fournisseurs favoriserait la santé du marché et garderait les prix bas, surtout dans la transition vers un apport financier moins important de la part des bailleurs. (Mme Lacoste)
- Diversification du choix de méthodes : Il existe un effort de longue date vers l'élargissement de l'accès à la planification familiale (DMPA-SC compris) par délégation des tâches, que les ministres de la santé de la Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) ont avalisé en 2018 comme une pratique à fort impact à adopter en Afrique de l'Ouest. Une étude récente de 12 pays d'Afrique subsaharienne révèle une utilisation des injectables en hausse dans les 12 pays, et les injectables représentent la méthode la plus largement utilisée dans 10. Cependant, la part des injectables dans l'éventail des méthodes a diminué dans neuf des 12 pays et elle stagne dans les deux autres face aux implants contraceptifs en hausse plus rapide. Le Kenya se caractérise par une utilisation répandue de la contraception moderne (avec un taux de prévalence contraceptive moderne [TPCm] de 55 à 60 pour cent) et par un éventail de méthodes diversifié. La part du DMPA-SC dans cet éventail atteint déjà deux à trois pour cent et une disponibilité plus large est prévue durant les prochaines années. (M. Jacobstein)

Malgré les obstacles restants au passage à l'échelle, les possibilités ne manquent pas, concernant notamment :

- Amélioration du système sanitaire : L'introduction d'un nouveau produit dans un pays peut être l'occasion d'examiner d'autres aspects qu'il conviendrait peut-être de renforcer, comme par exemple la gestion des données. (Mme Lacoste)
- Auto-prise en charge des soins : La question de l'auto-administration a rouvert le débat sur l'importance de l'auto-prise en charge des soins et du contrôle accru des femmes concernant leur corps et leur santé. (Mme Sar)
- Intégration : L'occasion se présente d'élaborer des stratégies qui répondent aux besoins divers des femmes, en veillant à ce qu'elles reçoivent des messages corrects concernant à la fois la contraception et la prévention du VIH. (Mme Kasanda)
- Politique : L'occasion et le besoin se présentent d'élire un plus grand nombre de femmes législateurs. (M. Jacobstein)

« Il faut continuer à œuvrer pour l'accessibilité des méthodes et pour le renforcement des systèmes, et les femmes doivent à tout moment avoir accès à l'information qui puisse les aider à effectuer leur choix. »

—Dr Mareme Ndiaye

Sessions de groupe

a. Intégrer le DMPA-SC pour élargir l'éventail de méthodes proposées aux femmes et aux filles : succès et défis du passage à l'échelle

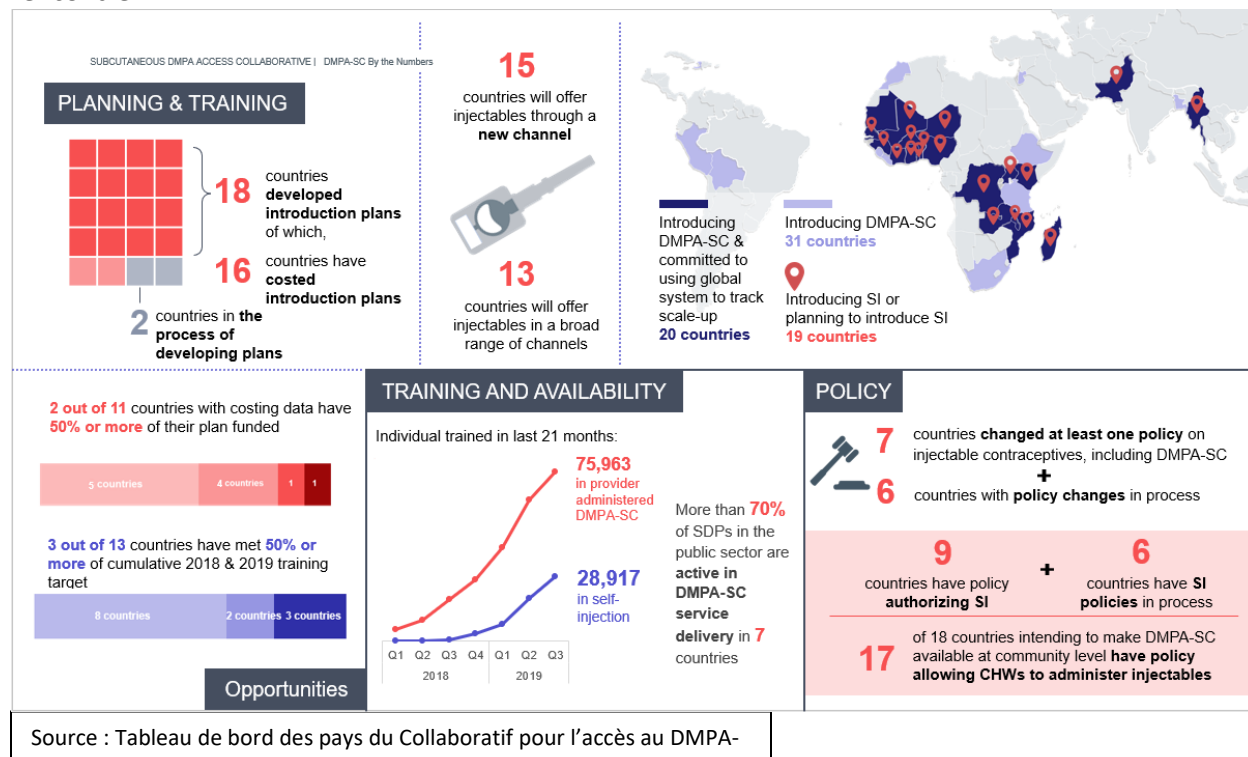
Ann-Marie Yongho, de JSI, a ouvert cette session par une présentation sur les progrès de l'introduction et du passage à l'échelle du DMPA-SC, ces dernières années, dans les pays représentés à la rencontre.

Parmi les principaux points couverts :

- Les 20 pays représentés à la rencontre disposent d'un système global de suivi.
- Dix-huit des 20 pays représentés ont élaboré leur plan d'introduction, chiffré pour 16. Les deux pays restants travaillent à l'élaboration de leur plan.
- Sept pays ont modifié au moins une politique relative aux contraceptifs injectables, concernant aussi le DMPA-SC, et la modification des politiques est en cours dans six autres.
- Les pays progressent bien dans leur effort d'élargissement de l'accès des femmes au DMPA-SC. Quinze pays proposeront les injectables à travers un nouveau canal et 13 les proposeront à travers différents canaux, y compris les dépôts de vente de médicaments et les pharmacies, en plus de la prestation en formation sanitaire, par les organisations de marketing social et à base communautaire.
- Il reste du travail à accomplir : deux seulement des 11 pays disposant de données de coût chiffré ont assuré le financement de leur plan à 50 pour cent ou plus et trois seulement des 13 ayant défini des cibles de formation significatives ont atteint au moins 50 pour cent de leur objectif cumulé (2018 et 2019).

Voir la Figure 1 pour une représentation graphique de ces statistiques.

Figure 1. Progrès de l'introduction et du passage à l'échelle du DMPA-SC dans les pays représentés à la rencontre



Succès

Les conseillers techniques régionaux du Collaboratif pour l'accès, Alain Kaboré pour l'Afrique francophone et George Barigye pour l'Afrique anglophone, ont parlé de l'évolution des stratégies de passage à l'échelle au fil du temps. MM. Kaboré et Barigye conviennent qu'une solide coordination a aidé les pays à harmoniser leurs activités pour améliorer le passage à l'échelle, encourageant du reste les partenaires à intégrer le DMPA-SC dans leurs plans s'il n'en faisait pas encore partie. M. Kaboré a aussi souligné que les approches innovantes, comme la limitation de la formation à l'auto-administration à une journée seulement, ont permis aux équipes d'atteindre les prestataires de la plus grande région du Sénégal, tandis que 4 000 prestataires étaient formés au Burkina Faso.

Difficultés

À la question de savoir quelles étaient les difficultés restantes, MM. Kaboré et Barigye ont expliqué que le défi du financement persiste. Une autre difficulté est que les changements de politique peuvent représenter un processus long et complexe, qui retarde l'introduction et le passage à l'échelle. Dans le secteur privé, il reste difficile d'accroître la disponibilité du produit, qui pourrait pourtant élargir l'accès aux femmes.

Occasions

Malgré les difficultés restantes, les occasions de dynamiser le passage à l'échelle du DMPA-SC sont claires. Les pays qui n'ont pas encore commencé ou qui en sont encore au processus de passage à l'échelle devraient être inspirés par ce qui se passe ailleurs, comme le démontre cette rencontre. La communauté des bailleurs est fermement engagée sur la voie du passage à l'échelle et cette rencontre offre une occasion unique aux 20 pays participants de partager leur expérience et d'apprendre les uns des autres pour accélérer la connaissance.

b. Recherche relative à l'auto-administration et expériences de mise en œuvre

L'auto-administration est fondamentale à ce qui fait du DMPA-SC une innovation d'impact en matière de contraception féminine. Pour les femmes, avoir l'autonomie de pratiquer l'une des méthodes les plus appréciées dans le confort et l'anonymat de leur propre demeure, sans avoir à se rendre tous les trois mois dans une formation sanitaire, c'est pouvoir assumer leur propre santé. Dans cet esprit, deux sessions se sont concentrées sur l'auto-administration. La première, consacrée au parcours mondial de l'auto-administration et aux dernières données probantes en date, s'est aussi penchée, dans une perspective nationale et régionale, sur les raisons pour lesquelles l'auto-administration change la donne. La seconde s'est concentrée plus spécifiquement sur les expériences nationales de la mise en œuvre et les enseignements tirés.

Encadré 1. Parmi les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé concernant l'auto-prise en charge des soins :

- « Des contraceptifs injectables auto-administrés devraient être mis à disposition dans le cadre d'une approche additionnelle d'administration de contraceptifs injectables pour les personnes en âge de procréer. »
- « Pour les sujets âgés de 30 à 60 ans, l'auto-prélèvement pour la recherche du PVH devrait être proposé en plus du prélèvement dans des services de dépistage du cancer du col de l'utérus. »
- « L'auto-dépistage du VIH doit être proposé comme approche supplémentaire s'ajoutant aux services de dépistage du VIH. »
- « Pour les femmes vivant avec le VIH, les interventions relatives au sentiment d'efficacité personnelle et à l'autonomisation pour la santé sexuelle et reproductive et les droits connexes doivent être assurées de manière à améliorer au maximum leur santé et à leur permettre de faire valoir leurs droits. »

L'auto-administration change la donne : comment assurer l'accès des femmes à cette option importante ?

Jennifer Drake, directrice adjointe au programme PATH sur la santé sexuelle et reproductive, a mis en lumière la proposition de valeur de l'auto-administration, les dernières données probantes en date à son sujet et les ressources programmatiques. Mme Drake a commencé par cadrer l'auto-administration dans le contexte de l'auto-prise en charge des soins et de la forte recommandation émise à son égard par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans ses [lignes directrices publiées en 2019 sur l'auto-prise en charge de la santé](#) (voir l'Encadré 1), témoin de la robustesse des données existantes sur l'auto-administration.

Mme Drake a ensuite présenté succinctement les données sur l'auto-administration obtenues, depuis 2015, de différents partenaires dans quatre pays (Malawi, Sénégal, Ouganda et États-Unis d'Amérique). Ces données démontrent avec constance que les femmes qui choisissent l'auto-administration sont plus susceptibles de continuer à utiliser la méthode 12 mois après l'injection initiale que celles dont les injections de DMPA sont administrées par un prestataire. Au moment de la première rencontre « Des données à la mise en pratique » à Nairobi, a-t-elle également souligné, les données concluantes sur la faisabilité, l'acceptabilité, la continuation, le coût et le coût-efficacité ne manquaient pas, mais il restait de nombreuses questions sur la mise en œuvre. On dispose depuis lors d'une information suffisamment abondante à ce sujet pour justifier la poursuite du passage à l'échelle (un point central de cette rencontre).

La proposition de valeur du DMPA-SC et de l'auto-injection comprend :

- **Accès plus large.** Étant donné la facilité d'emploi et l'option d'auto-administration, de nombreux pays autorisent l'administration ou la vente du produit par un plus large éventail de prestataires, y compris les dépôts de vente de médicaments et les pharmacies.
- **Accroissement du nombre d'utilisatrices.** Les données collectées dans plusieurs pays ont montré que peu après l'introduction du DMPA-SC et/ou de l'auto-administration dans l'éventail de méthodes, environ un tiers des doses sont administrées à de nouvelles utilisatrices qui recourent à la planification familiale pour la première fois.
- **Meilleur taux de continuation.** Les études menées dans quatre pays indiquent que l'utilisation continue du DMPA à 12 mois est significativement supérieure dans les quatre pays parmi les femmes qui pratiquent l'auto-administration, par rapport à celles qui reçoivent leurs injections de DMPA d'un prestataire de santé.
- **Nouvelle option d'auto-prise en charge des soins.** L'auto-administration accroît les options de contraception hors formation sanitaire proposées aux femmes, auxquelles elle donne plus de pouvoir personnel. Le groupe d'élaboration des directives de l'OMS pour l'auto-prise en charge des soins a cependant insisté sur le fait que l'auto-administration doit être proposée aux femmes

comme approche *additionnelle*, car il ne faudrait pas qu'elles doivent y recourir faute d'accès aux injections administrées par un prestataire.

Mme Drake a mis en valeur les acquis intéressants du suivi et de l'évaluation menés en Ouganda, qui pourront être utiles à la conception du programme d'autres pays. Les priorités actuelles restent aussi d'assurer la constance de services disponibles quand les femmes les désirent ou en ont besoin, ainsi que d'assurer que l'auto-administration soit une option mais que les prestataires soient soutenus dans le maintien des femmes au centre du processus décisionnel (sans être poussées à pratiquer l'auto-administration si tel n'est pas leur choix)¹.

« L'auto-administration permettrait d'éviter 11 000 grossesses en plus et d'économiser 1,1 million de dollars par an en Ouganda [relativement à DMPA-IM administré en clinique]. »

Mme Drake a également présenté quelques [outils](#) utiles à la conception et à la mise en œuvre d'un programme d'auto-administration. Notamment :

- Un guide de conception programmatique de l'auto-administration, à paraître fin 2019. Ce guide couvrira tout le parcours de l'auto-administration, de la formation de l'agent de santé et de la cliente aux visites de réapprovisionnement en passant par le suivi, la réinjection et l'élimination des déchets.
- Module de formation des prestataires sur l'offre de l'auto-administration (également une formation en ligne).
- Aide-mémoire d'une page à l'intention des clientes.
- Vidéo de formation de la cliente, adaptable aux contextes locaux.

Après cette introduction, Mme Drake a animé une tribune d'experts de la conception et mise en œuvre d'un programme d'auto-administration. Y ont participé :

- Ndeye Sene, accoucheuse en poste de santé (Sénégal)
- Dr Fatou Ndiaye, USAID (Sénégal)
- Dr Mihayo Placid, ministère ougandais de la Santé
- Fannie Kachale, ministère malawien de la Santé
- Fatimata Sy, membre du comité d'investissement dans les programmes, Fondation ClIFF

Mme Drake a invité les panélistes à parler de leurs perspectives changeantes de l'auto-administration. Réponses obtenues :

¹ (Étude de coût de PATH) Di Giorgio L, Mvundura M, Tumusiime J, Morozoff C, Cover J, Drake JK. Is contraceptive self-injection cost-effective compared to contraceptive injections from facility-based health workers? Evidence from Uganda. *Contraception*. 2018;98(5):396-404. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782418303901?via%3Dihub>

- Doutes initiaux concernant la faisabilité de l'auto-administration dans un pays comme le Sénégal, du fait du haut degré d'analphabétisme parmi les femmes, puis découverte que les résultats de l'étude pilote avaient mené à un changement radical d'opinion. (Dr Ndiaye)
- Hésitation initiale de certaines patientes en réponse à la première offre de l'auto-administration du DMPA-SC, alors que d'autres ont accepté la méthode, disant qu'elle leur était très bénéfique en ce qu'elle leur permettait de gagner du temps d'accès à la contraception. (Mme Sene)
- Souci, au ministère ougandais de la Santé, concernant l'acceptation par les clientes, en particulier la question de savoir s'il y aurait une différence de réceptivité à l'auto-administration entre les femmes instruites et celles non instruites. Il y avait aussi une préoccupation quant à savoir si les mesures de sécurité et de stérilité seraient observées et si les agents de santé résisteraient à l'auto-administration, de crainte qu'elle élimine leur emploi. Avec le temps et la recherche, cependant, les perceptions ont changé, menant à la réalisation que les femmes étaient disposées à s'auto-administrer l'injection. (Dr Mihayo)
- L'importance de l'auto-administration en tant qu'option de planification familiale au Malawi, où les femmes sont désormais autonomisées grâce à cette option et motivées par le fait qu'elles ne doivent revenir à la formation sanitaire qu'une fois par an. (Mme Kachale)
- Plus les femmes ont d'options contraceptives, mieux c'est. Il reste cependant l'obstacle persistant de la stigmatisation des jeunes et de son impact sur leur accès au produit et à l'option de l'auto-administration. (Mme Sy)

Recommandations et prochaines étapes

La tribune s'est achevée sur une discussion des participants concernant leurs recommandations et les prochaines étapes de l'auto-administration. Notamment :

- Excellentes capacités de communication pour les conseillers, qui sont les plus proches de la population et peuvent apporter l'information sur l'auto-administration à la plus grande audience possible. (Mme Sene)
- Collaboration des bailleurs avec le gouvernement pour atteindre les objectifs planifiés et coordination entre les partenaires et les districts de mise en œuvre pour assurer que l'assistance technique ou financière requise pour le suivi et l'évaluation est bien reçue, mais veiller à ce que les districts prennent la tête pour assurer la pérennité. (Mme Kachale)
- Les gouvernements doivent travailler sur leurs politiques pour encourager leurs formules d'offre à certains groupes (par exemple, les jeunes) et les bailleurs doivent collaborer avec les fabricants pour fournir un produit destiné au marketing social et avec le secteur privé pour soutenir les formations. (Dr Mihayo)
- La gestion des déchets doit être résolue et les ministères de la santé doivent donner de claires directives de financement dans les plans d'action nationaux. (Dr Ndiaye)
- Lors de l'établissement d'une politique, la responsabilité de la mise en œuvre doit être clairement indiquée, pour qu'elle ne retombe pas sur les partenaires locaux. Un financement de l'État doit

aussi être spécifiquement alloué à la planification familiale plutôt que de retomber sur les organisations non gouvernementales et sur l'assistance extérieure. (Mme Sy)

Et Mme Drake de conclure sur ces points principaux :

- L'auto-administration est une question de commodité, d'autonomie et de pouvoir aux mains des femmes, qui ouvre aussi des possibilités pour les jeunes.
- Il reste du travail à accomplir dans le secteur privé et sur le plan du financement.
- Il faut encourager la collaboration à tous les niveaux et dans tous les secteurs, y compris avec les activistes, pour faire progresser la conversation au-delà des limites de ce qui nous paraît confortable.
- Le choix éclairé et la décision aux mains des clientes sont essentiels au concept de l'auto-administration.

Catalyser le changement : solutions aptes à surmonter les difficultés d'opérationnalisation de l'auto-administration

Rodrigue Ngouana, directeur du projet de Jhpiego pour l'accélération de l'accès au DMPA-SC en Afrique de l'Ouest et centrale, a animé cette session, consacrée aux expériences de mise en œuvre de l'auto-administration dans les pays. Il a partagé une anecdote entendue d'un collègue togolais au sujet d'une femme qui avait été formée à l'auto-administration et était invitée à l'essayer.

« Après s'être injecté elle-même le produit, sa première réaction a été de sauter sur ses pieds et d'embrasser toutes les personnes présentes. Elle débordait de joie à l'idée d'avoir non seulement l'occasion de gérer sa propre santé, mais aussi la capacité de le faire. »

—Rodrigue Ngouana, de Jhpiego

La tribune a ensuite discuté les solutions possibles aux défis rencontrés sur le plan de l'auto-administration.

Ouganda

Allen Namagembe, responsable PATH de la recherche et de l'évaluation en Ouganda, a présenté les enseignements tirés du projet sur les pratiques exemplaires de l'auto-administration en Ouganda, concernant la formation des clientes à l'auto-administration, la réinjection et le réapprovisionnement, et l'élimination des déchets :

- Formation des clientes à l'auto-administration
 - La formule de formation individuelle et en groupe combinée s'est avérée plus efficace, en termes de compétence à l'auto-administration, que la formation individuelle seule.
 - Les clientes invitées à pratiquer l'auto-administration sur un modèle pendant la formation ne se sont pas révélées plus compétentes que celles qui n'en avaient pas l'occasion. La démonstration par un prestataire (suivie étape par étape par la cliente)

peut économiser temps et argent, tout en évitant le gaspillage des fournitures utilisées pour l'exercice.

- Les clientes formées par les agents de santé communautaire n'étaient pas significativement moins compétentes à l'auto-administration que celles formées par les prestataires en formation sanitaire, même si elles étaient moins instruites.
- Environ la moitié des prestataires en structure ont déclaré être parfois trop occupés pour former les femmes à l'auto-administration, par rapport à un tiers des agents de santé communautaire.
- Réinjection et réapprovisionnement
 - Environ trois quarts (76 pour cent) des femmes avaient continué l'auto-administration pendant un an dans les contextes ordinaires (dans le secteur public ougandais), d'après les entretiens de suivi menés avec les clientes de l'auto-administration environ 14 mois après la formation. Les femmes auraient préféré recevoir un approvisionnement de réinjection d'un an (soit trois unités à emporter après l'injection effectuée sous la surveillance du prestataire, plutôt que les deux unités effectivement reçues).
 - Moins de deux pour cent des unités emportées par les femmes après la formation ont été gaspillées.
 - Certaines clientes ont arrêté pour cause de rupture de stocks.
- Élimination des déchets
 - La plupart des femmes étaient disposées à retourner leurs dispositifs usagés à un point de service désigné; elles étaient plus susceptibles de les retourner à un agent de santé communautaire qu'à une formation sanitaire.

Madagascar

Dr Noromalala Sylvie Tidahy, directrice de la Santé familiale auprès du ministère de la Santé publique à Madagascar, a décrit le processus de plaidoyer mené à Madagascar en vue d'obtenir l'approbation gouvernementale de l'auto-administration du DMPA-SC. Le processus a débuté en avril 2018 pour aboutir, en mai 2019, à l'approbation. Les cibles du plaidoyer étaient le ministère de la Santé publique, le Secrétaire général et la division de la Santé familiale. L'équipe de plaidoyer regroupait le Comité national malgache de la planification familiale, le personnel du département des Services de planification familiale de la division de la Santé familiale et plusieurs partenaires. L'expérience et les données en provenance de pays tels que le Sénégal et l'Ouganda ont contribué aux procédures et aux pratiques exemplaires d'introduction et de passage à l'échelle du DMPA-SC.

Zambie

Dynes Kaluba, haut responsable à la maternité sans risque chargé de la coordination des services de planification familiale avec le ministère zambien de la Santé, a discuté les enseignements tirés de leur approche du passage à l'échelle d'une formation à l'auto-administration du DMPA-SC peu coûteuse à

l'intention des agents de santé en structure. Comme les agents de santé savaient déjà comment administrer les injectables, une note leur a été adressée avec la fiche d'information relative au DMPA-SC, l'aide-mémoire et la vidéo, en provenance du secrétaire permanent responsable de l'autorisation du passage à l'échelle de l'administration du DMPA-SC par les prestataires de soins de santé. Le déploiement de l'auto-administration a suivi, avec l'envoi de formateurs provinciaux dans les formations sanitaires, où ils ont observé une démonstration pré-formation, par les prestataires, de la prestation du DMPA-SC dans le but d'évaluer leurs connaissances et compétences, avant d'entreprendre un travail de mentorat. Trois à quatre heures de formation locale à l'auto-administration du DMPA-SC ont ensuite été assurées, pour permettre aux formateurs de couvrir, en moyenne, deux structures sanitaires par jour. Plus de 900 prestataires ont ainsi été formés dans près de 500 structures. Parmi les difficultés rencontrées et les enseignements tirés :

- Priorités concurrentes des prestataires et faible préavis donné par les districts aux formations sanitaires, qui ont dès lors eu du mal à s'adapter au planning imposé; une annonce préalable d'au moins deux semaines est nécessaire.
- Tous les prestataires n'avaient pas encore pratiqué l'administration du DMPA-SC avant la formation.
- Les coûts ont été réduits en supprimant la formation de district en cascade ; quand la formation est localisée dans une structure de santé, plus de personnel peut être couvert.
- La formation au DMPA-SC des prestataires du secteur public en structure a été totalement éliminée par une note émise en décembre 2018 par le ministère de la Santé, instruisant toutes les formations sanitaires à commencer l'administration du DMPA-SC et réalisant ainsi une économie de 1,4 million de dollars US. Cette approche a facilité la formation au travail.
- Un renforcement de l'administration sous-cutanée et par auto-injection est requis pour différents niveaux de compétence.
- La formation conjointe avec les superviseurs assure une supervision et un suivi de meilleure qualité.
- Les fonds économisés ont pu être affectés à d'autres activités hautement prioritaires telles que l'impression de l'information, l'éducation et les supports de communication.

Togo

Yaba Essien a commenté l'introduction de la formation des prestataires à l'auto-administration du DMPA-SC au Togo. D'abord, la formation des agents de santé a été abordée comme suit :

- En suivant l'exemple du Burkina Faso, le contenu des manuels de formation a été mis à jour pour couvrir la formation des agents de santé sur l'administration correcte du DMPA-SC.
- Des révisions ont été apportées aux modules de formation nationale sur la planification familiale, de façon à inclure le DMPA-SC. Le module de formation sur la planification familiale clinique a été distribué en masse, de même que les supports de conseil.

Les sages-femmes ont été ciblées en premier, selon une approche d'orientation plutôt que de formation formelle. Seize maîtres formateurs ont été formés et 238 sages femmes, orientées sur l'offre de l'auto-administration du DMPA-SC en l'espace d'un mois à peine ; l'encadrement après formation a aussi été assuré sous financement initial limité. Ensuite, le Togo a dressé un plan d'action pour l'introduction et le passage à l'échelle du DMPA-SC, recevant le financement requis pour entamer le processus. Un plaidoyer assidu a dû être déployé pour obtenir l'approbation et des obstacles de financement et institutionnels ont dû être surmontés. Finalement, première étape indispensable, l'engagement du ministère a été obtenu. Et Mme Essien de conclure que le pays doit porter à l'échelle la formation à l'auto-administration dans tous les districts et que plus de partenariats sont nécessaires.

Pakistan

Dr Talib Lashari (Pakistan) a mentionné la mise en œuvre du DMPA-SC dans deux provinces — Sindh et Punjab —, indiquant que l'environnement réglementaire et politique y est favorable et que le DMPA-SC y est homologué. Le ministère britannique du développement international (DFID) a fourni une centaine de milliers d'unités au Pakistan et le gouvernement du pays s'en est procuré davantage. Au Sindh, une étude a été menée auprès de différents partenaires et sous la conduite du gouvernement. Les résultats en seront disponibles en mars 2020. Le passage à l'échelle du DMPA-SC y a débuté du fait de cette étude. Au Punjab, quatre districts sont considérés pour le pilote. L'acceptabilité du DMPA-SC est établie auprès des femmes du Pakistan.

Burkina Faso

Aguiébina Ouedraogo, du ministère burkinabè de la Santé, a indiqué que le pays bénéficie déjà du DMPA-SC et de l'expérience du Sénégal dont il suit le modèle. Le Burkina Faso a enregistré une augmentation du nombre de nouvelles utilisatrices du DMPA-SC et atteint de bons résultats, avec 41 000 nouvelles utilisatrices en l'espace de deux ans. Ces résultats ont encouragé l'élaboration d'une stratégie de mise en œuvre d'indicateurs de suivi du DMPA-SC, afin de mieux capter les données de planification familiale. D'autres plans sont en place en vue, plus spécifiquement, de l'élargissement de l'auto-administration dans le secteur privé et de la distribution au niveau communautaire. Dix districts (sur 13 à l'échelle du pays) gèrent actuellement l'auto-administration. Et d'affirmer que le pays bénéficie d'un solide engagement politique et entend se concentrer sur la délégation de l'auto-administration pour mieux atteindre les communautés. Il est aussi favorable à l'élargissement du recours au secteur privé à l'échelle nationale.

Conclusion de la tribune

M. Ngouana a clôturé la tribune en citant les points récapitulatifs suivants :

- Le plaidoyer prend parfois du temps et doit être repris à zéro quand le gouvernement change.
- La gestion des déchets reste problématique, mais les pays cherchent à élaborer des solutions innovantes.

- Suivant l'exemple du Togo, avec peu de ressources, de nombreux prestataires peuvent être formés à l'auto-administration.

Conclusion

Les deux sessions consacrées à l'auto-administration ont mis en valeur l'importance de la production de données probantes aux fins de la politique et de la programmation sur l'auto-administration. Les intervenants mondiaux aussi bien que les présentateurs nationaux ont fourni des exemples de l'effort requis pour amener ceux qui approuvent les nouvelles politiques à changer d'avis. L'auto-administration peut avoir paru hors de portée aux yeux de certains responsables politiques, quand on pense en particulier aux consommatrices moins instruites, mais les données ont montré que cela ne fait aucune différence en termes d'aptitude à l'auto-administration et la politique a changé. Cet exemple peut servir à la résolution d'autres aspects programmatiques évoqués par les panélistes, comme la formation des prestataires et des clientes à moindres coûts et en moins de temps, l'efficacité de la communication avec les clientes, les options innovantes de gestion des déchets et d'autres questions concernant lesquelles de nouvelles données seront bientôt disponibles. La formation des prestataires peut-elle être raccourcie pour permettre une économie de coûts et une mise en œuvre plus rapide ? La qualité revêt une importance primordiale, mais le recours innovant à l'apprentissage à distance et la réduction ciblée de la durée de formation de certains prestataires pourraient être la clé d'accès aux objectifs visés. Les données probantes et l'expérience générées dans les pays d'avant-garde pourront favoriser le changement dans les autres. Concernant la formation des clientes à l'auto-administration, l'exercice pratique de l'injection devant un prestataire est-il nécessaire ? Les données semblent indiquer que non, mais les responsables politiques se montrent prudents, leur rôle étant d'assurer la haute qualité des programmes. Avec l'apport de nouvelles données, l'approche pourra aussi changer et réduire le gaspillage d'unités de DMPA-SC, tandis que les femmes, soutenues par un accompagnement approprié, pratiqueront peut-être plus rapidement l'auto-administration à domicile.

c. Assurer l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive intégrés : comprendre et intégrer les recommandations mises à jour de l'OMS sur l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes particulièrement exposées au VIH dans les plans d'action des pays

M. Petrus Steyn, de l'équipe de l'OMS sur la reproduction humaine au département Santé reproductive et Recherche, a ouvert la session par une présentation sommaire des principaux résultats de l'essai ECHO (Evidence for Contraceptive options and HIV) sur l'incidence du VIH et la différence du risque de contraction du virus chez les utilisatrices du stérilet (DIU) cuivre, de l'implant à base de lévonorgestrel et du DMPA-IM dans un échantillon de 7 830 femmes suivies dans quatre pays. Les résultats, publiés en juin 2019, ont révélé une incidence globale du VIH de 3,81 pour cent, sans différence réelle observée entre les différentes méthodes contraceptives. Les recommandations en sont :

- Besoin de renforcement de la prévention et de la prise en charge du VIH et des IST.
- Continuation des efforts d'élargissement de l'accès aux choix contraceptifs.
- Accès continu aux trois méthodes.

L'étude a remis l'accent sur le dépistage du VIH et sur l'intégration de la planification familiale et de la prévention du VIH. Pour les femmes particulièrement exposées au VIH, aucune restriction médicale ne se justifie pour aucune des méthodes contraceptives considérées. M. Steyn a également passé en revue les directives du Groupe d'élaboration des directives dirigé par l'OMS et souligné que les prochaines étapes porteront sur leur adaptation et leur mise en œuvre.

Après la présentation de M. Steyn, Navita Jain, d'AVAC, un organisme de plaidoyer qui préconise une solution globale à l'épidémie de VIH, a animé une tribune des experts ci-dessous sur l'importance de l'intégration de la planification familiale et des services VIH :

- Jacqueline Wambui Mwangi, National Empowerment Network of People Living with HIV/AIDS in Kenya
- Yuhsin Huang, International Planned Parenthood Federation
- Saad Abdulmumin, USAID
- Petrus Steyn, Organisation mondiale de la Santé

Mme Jain a commencé par demander aux panélistes ce qu'il faudrait faire différemment maintenant que nous avons les résultats de l'essai ECHO :

- Mme Wambui Mwangi a souligné que, compte tenu des résultats présentés par M. Steyn, il faut assurer que les femmes bénéficient des services nécessaires pour éviter la grossesse mais aussi le VIH et les IST.
- Pour Dr Saad, il est très important que les pays comprennent comment opérationnaliser ces directives et qu'ils disposent d'un plan d'action qui leur soit propre. Les pays doivent définir leurs stratégies nationales, qui leur permettent d'adopter des modèles d'intégration adaptés à leur contexte particulier. Et de mettre en valeur, par exemple, une étude kenyane indiquant que l'intégration de la planification familiale et de la prévention du VIH est associée à une plus grande satisfaction des clientes, un accès accru aux services et une adoption et une observance supérieures de la médication antirétrovirale et des contraceptifs² — soit un gain sur toute la ligne dans la perspective de la planification familiale et du VIH.

² Winestone LE, Bukusi EA, Cohen CR, Kwaro D, Schmidt NC, Turan JM. Acceptability and feasibility of integration of HIV care services into antenatal clinics in rural Kenya: a qualitative provider interview study. *Global Public Health*. 2012;7(2):149–163.

- M. Huang a expliqué qu'International Planned Parenthood Federation (IPPF) comprend un groupe de travail sur l'intégration des services de planification familiale et VIH, qui rassemble des experts du plaidoyer, de la communication et de la prestation et qui organise des webinaires par lesquels ils peuvent communiquer directement leur information à leurs organisations membres et au personnel des projets. Cette approche les aide à déterminer les messages à présenter aux gouvernements nationaux dans les pays où ils travaillent.

La question suivante concernait la définition de l'intégration. Selon Mme Huang, l'IPPF définit l'intégration comme l'apport des bons services aux bonnes clientes au bon moment. L'organisation doit assurer que ses clientes reçoivent des services de bonne qualité. Par exemple, quand une femme se rend dans une clinique pour la contraception, l'occasion doit aussi être saisie de lui parler de la prévention du VIH et des IST.

À la question de savoir comment elle sait si les services de santé sont intégrés dans une clinique, Mme Wambui Mwangi, en tant que femme vivant avec le VIH, a parlé de son expérience personnelle, dans de nombreuses cliniques, l'ayant amenée à définir l'intégration comme une situation où la femme peut obtenir tout ce dont elle a besoin en un seul et même endroit. L'intégration se caractérise aussi par l'efficacité du service, et par un temps suffisant passé avec le prestataire pour pouvoir déterminer ce qui convient le mieux au corps de la femme.

La problématique du financement peut limiter l'intégration. Aussi Mme Jain a-t-elle interrogé le représentant des bailleurs à la tribune, Dr Saad, sur les obstacles au financement intégré. Il a répondu qu'il faut aider les pays à comprendre la nécessité de l'intégration et qu'ils doivent définir leurs propres modèles d'intégration optimale des services. À son avis, toutefois, le plus important est d'améliorer la qualité. L'intégration permet de renforcer la qualité des services de planification familiale. Dr Saad a également souligné que les pays doivent cerner les besoins de ressources et de financement de l'intégration, mais aussi ceux de ressources humaines.

Mme Jain a ensuite orienté la conversation vers ce que la communauté doit savoir sur l'agenda du plaidoyer pour l'intégration. M. Steyn estime qu'une participation utile de la communauté, dès le départ, est très importante, comme l'a démontré l'étude ECHO. De même, dans chacun des 14 pays prioritaires, l'OMS a aidé le ministère de la Santé à organiser un groupe de travail en vue de planifier l'adoption des résultats de l'étude ECHO et de réfléchir à l'élaboration des directives au niveau du pays. La participation de la communauté est aussi importante sur ce plan. Mme Wambui Mwangi convient avec M. Steyn que la participation de la communauté à l'étude ECHO a aidé à comprendre ce qu'elle représentait vraiment pour les femmes et a montré qu'un éventail de méthodes est vraiment possible. Et d'ajouter qu'il importe de demander aux femmes ce qu'elles veulent, puis de trouver le moyen d'y accéder ; il est inutile de fabriquer un produit qu'on pense qu'elles utiliseront sans le leur demander.

La tribune s'est terminée par la discussion de ce que les panélistes aimeraient voir se produire, sur le plan de l'intégration, d'ici un an :

- Quand une personne entre dans une clinique, elle doit se sentir suffisamment à l'aise pour poser une question sans subir d'opprobre et les prestataires doivent pouvoir répondre à ses questions. (Mme Huang)
- Réussir, c'est répondre au besoin de la cliente et veiller à ce que des technologies et des approches appropriées permettent aux couples et aux individus d'éviter le VIH, les IST et les grossesses non désirées. (Dr Saad)
- J'espère que les groupes de travail prendront les mesures nécessaires au niveau national et sous-national. De fait, la santé maternelle bénéficie de services intégrés, mais on parle là de norme des soins. Pourquoi ne peut-on pas avoir la même chose pour l'intégration VIH/planification familiale ? (M. Steyn)
- Les gouvernements doivent investir davantage dans la santé et dans les ressources humaines pour éviter les excuses de compression budgétaire. Des politiques acceptables à la communauté doivent aussi être mises en œuvre. (Mme Wambui Mwangi)

En fin de session, quelques minutes ont été réservées à l'audience pour une brève période de questions-réponses. Un participant mauritanien a fait remarquer que l'essai ECHO avait mis en avant la réalité que les femmes sont plus exposées au risque de contraction du VIH et qu'une plus grande réflexion doit être consacrée à la prévention de cette situation. Les méthodes de protection double ne sont pas toujours pratiques. La communauté doit réfléchir à une approche logique de cette protection double, qui permette effectivement à la femme moyenne de la pratiquer. Dr Saad a répondu qu'USAID entend continuer à embrasser les nouvelles technologies de prévention du VIH, de planification familiale, de même que les techniques de prévention polyvalentes, en collaboration étroite continue avec les partenaires, y compris l'OMS.

Conclusion

Bien qu'il ne s'agisse pas d'un nouveau sujet, les résultats de l'essai ECHO ont mis en lumière la nécessité continue d'intégration des différentes thématiques de la santé sexuelle, y compris l'information et les services relatifs à la contraception, au VIH et aux IST. Bien que le risque de contraction du VIH ne paraisse pas différentiellement accru parmi les méthodes contraceptives à l'étude, les résultats révèlent effectivement un taux d'IST élevé parmi les participantes, indiquant que les femmes n'obtiennent pas l'information et/ou les services dont elles ont besoin pour protéger leur santé. L'intendance des gouvernements et l'engagement des bailleurs sont nécessaires pour aider les programmes à intégrer ces services dans la perspective de la politique et du financement.

d. L'avenir de Sayana® Press : conversation avec Pfizer Inc.

Daniele Russo, de Pfizer, a fait le point sur la question de la production et de la distribution du DMPA-SC. M. Russo a présenté succinctement le mode d'opération de Pfizer au soutien des pratiques de marketing social, reconnaissant que celui-ci peut contribuer à un accès maximal aux méthodes modernes de contraception. Pfizer a mis au point un matériel promotionnel dont il a présenté deux exemples : un

flipbook de 12 pages et une brochure de cinq pages à l'intention des prestataires. En collaboration avec les bailleurs et les organisations de marketing social, Pfizer fait traduire ces documents dans les langues locales et évalue la création d'autres supports promotionnels. M. Russo a également mentionné que Pfizer a investi dans un accroissement de capacité de production, garantissant du reste que le prix ne changera pas avant 2022. Kaitlin Christenson, de PATH, a ensuite animé le questions-réponses

Questions-réponses :

Q : Pourquoi le DMPA-IM en fiole en plastique coûte-t-il plus cher que le DMPA-IM, conditionné dans un flacon en verre ?

R : Du point de vue de la qualité, le plastique est un matériau plus compliqué que le verre. Les matériaux ne représentent de plus qu'un élément du prix.

Q : Quelles sont les conditions de Pfizer pour permettre le marketing social du DMPA-SC au niveau du pays quand le reconditionnement ne peut être effectué qu'avec l'autorisation de Pfizer ?

R : Pfizer s'engage à soutenir le marketing social local. La condition était que le médicament ne soit reconditionné localement que sous accord spécifique, dans un souci de protéger Pfizer.

Q : Comment Pfizer suggère-t-il de différencier le produit vendu dans le secteur privé par rapport au secteur public ?

R : Le plan en place repose sur la différenciation du produit. La recommandation de Pfizer est de transmettre les conditions au consortium de bailleurs.

Q : Pour la conservation, le plastique ou le verre convient-il mieux aux pays tropicaux ?

R : Les deux produits sont préqualifiés par l'OMS et leurs conditions de stockage sont basées sur le pays. Bien que le DMPA réponde aux conditions de stockage de l'OMS aux fins de la préqualification, il n'existe pas de données quant à savoir si une température de 45 degrés centigrades peut endommager le produit.

Jour 1 - Clôture

Les recommandations et les grands points à retenir de la première journée de tribunes ont été présentés par les animatrices de la 1^{re} journée, Avotiana Rakotomanga, de JSI/Madagascar, et Fiona Walugembe, de PATH/Ouganda.

- Les données sont convaincantes en faveur de l'auto-administration et il convient de l'intégrer en tant qu'option proposée aux femmes et aux filles dans l'éventail de méthodes élargi.
- Le plaidoyer doit se poursuivre auprès des gouvernements afin d'identifier les sources internes de financement aptes à pérenniser les programmes. Il faut disposer à ce titre d'une volonté politique prête à identifier différentes approches techniques.
- La collaboration entre tous les secteurs doit être renforcée.

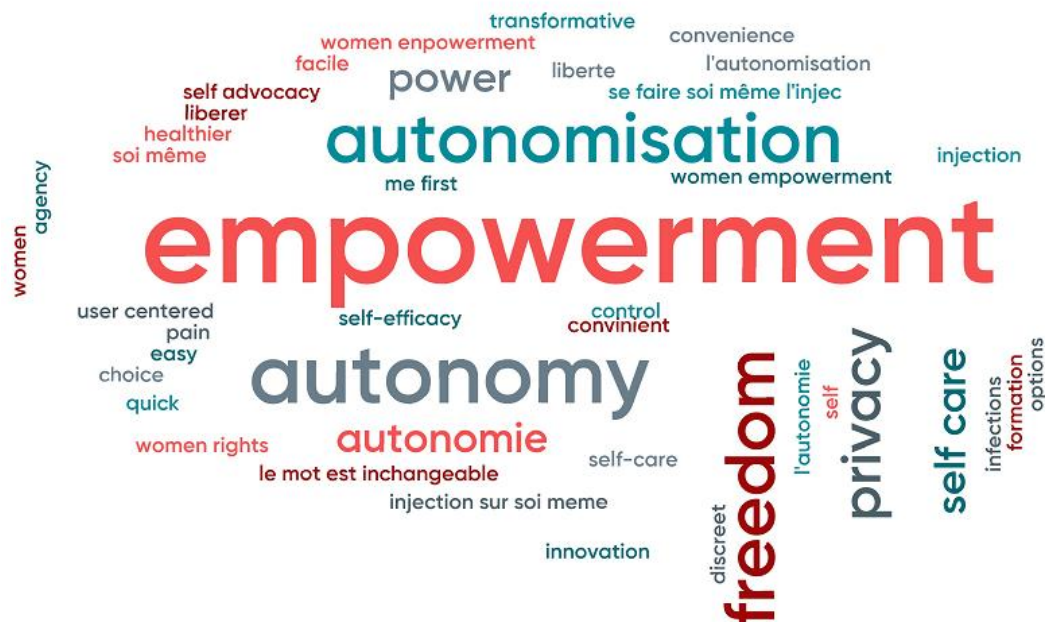
- Les recommandations relatives à l'intégration de la planification familiale et des services VIH qui émergent de l'étude ECHO doivent être intégrées dans les plans des pays.
- Pfizer a confirmé que le prix de Sayana Press sera garanti jusqu'en 2022 et a insisté sur son soutien au marketing social.
- Le secteur privé est essentiel à l'assurance d'une plus grande disponibilité du produit et il faut continuer à mieux intégrer ces canaux dans le passage à l'échelle du DMPA-SC.

Les participants ont aussi été invités à exprimer leurs pensées. La Figure 2 représente graphiquement leurs opinions sur la meilleure occasion à saisir pour le DMPA-SC. La Figure 3 résume leurs pensées sur l'auto-administration.

Figure 2. Réponses des participants à la question « Quelle est la plus grande occasion à saisir pour le DMPA-SC ? »



Figure 3. Réponses des participants à la question « Quel est le mot qui vous vient à l'esprit à l'idée de l'auto-administration ? »



Jours 2 et 3

Martyn Smith, directeur général de Family Planning 2020, a ouvert la deuxième journée de la rencontre par un récapitulatif de la première, rappelant notamment les grands points suivants :

- Il existe des données convaincantes sur la valeur de l'auto-administration (commodité, autonomie) et de l'auto-prise en charge de la santé sexuelle et reproductive au sens plus large.
- La bonne solution pour les femmes, c'est assurer le bon service à la bonne cliente au bon moment.
- Il faut accroître les efforts de participation du secteur privé.
- Le financement intérieur est essentiel à la pérennité.

Matthew Rehrig, de la Fondation ClIFF, et Maryjane Lacoste, de la Fondation Gates, ont ensuite partagé quelques réflexions sur les remarques présentées la veille par Pfizer :

- Il existe un accord contractuel par lequel Pfizer s'est engagé à maintenir à 85 cents le prix convenu jusque fin 2022. Il y a fort à croire que Pfizer maintiendra ce prix au-delà de 2022 si les conditions du marché continuent sur leur trajectoire actuelle.
- Pour encourager des marchés sains, ClIFF et la Fondation Gates investissent activement dans le développement d'un produit DMPA-SC générique depuis 2015 et ont sélectionné un partenaire

de production l'an dernier. L'objectif est d'obtenir la préqualification de l'OMS et d'assurer de moindres prix et un approvisionnement stable.

- Du côté de la demande, les bailleurs ont réitéré que :
 - Les gouvernements des pays décident en fin de compte quels supports peuvent servir à l'information des prestataires et des femmes sur les options contraceptives, y compris le DMPA-SC.
 - Les organisations de marketing social et les autres partenaires doivent collaborer étroitement avec les ministères pour assurer l'autorisation pertinente de tous les supports de formation et d'éducation/information.
 - Ces efforts doivent éviter l'utilisation de noms de marque déposés et insister plutôt sur la sensibilisation à la catégorie du DMPA-SC et de la contraception auto-injectable.
- Un suivi sera présenté sur le potentiel de différenciation du conditionnement entre le produit du secteur privé et celui du secteur public.

e. Auto-prise en charge des soins : ultime forme de délégation ou autonomisation des femmes ?

Shanze Mahmoode, de CIFF, a animé une tribune sur l'auto-prise en charge des soins. Dans le contexte du DMPA-SC, cela signifie que les femmes peuvent assumer leur santé sexuelle et reproductive, et leur santé en général. L'auto-prise en charge des soins n'est pas un nouveau concept, en ce sens où des mesures d'auto-prise en charge sont déjà courantes dans l'espace de la santé sexuelle et reproductive : par exemple, l'utilisation de tests de grossesse à domicile et la prise de pilules pour prévenir la grossesse et le VIH. La question retient cependant davantage l'attention mondiale ces derniers temps, comme en témoigne la publication par l'OMS des toutes premières lignes directrices consolidées sur les interventions d'auto-prise en charge en matière de santé. L'intérêt et le plaidoyer mondial s'intensifient.

Mme Mahmoode a commencé par expliquer que cette session porterait sur l'auto-prise en charge des soins dans le contexte de l'auto-administration, qu'elle examinerait aussi plus largement les interventions de santé sexuelle et reproductive et qu'elle explorerait les efforts et les mesures que les pays peuvent prendre pour intégrer l'auto-prise en charge dans leurs structures existantes. Les panélistes participant à cette session étaient :

- Faridah Luyiga, White Ribbon Alliance (Ouganda)
- Gina Smith, Society for Family Health (Zambie)
- Jennifer Drake, PATH

Mme Luyiga a défini l'auto-prise en charge des soins comme la capacité pour les individus d'assumer leur propre santé. Cela concerne les mesures que les personnes peuvent prendre pour leur propre compte, mais aussi la capacité de recourir aux soins appropriés. Elle a affirmé que les données indiquent

de plus en plus que l'auto-prise en charge aide les gens, chaque jour, à améliorer leur santé, et a parlé de la façon dont les agents du plaidoyer cherchent à intensifier le mouvement et à parler de leur effort dans leur pays. Les lignes directrices consolidées de l'OMS représentent une occasion pour les pays d'engager les ministères de la santé sur la question. L'Ouganda offre un terrain fertile à l'auto-prise en charge des soins, en ce qu'il met le pouvoir entre les mains des femmes et engage les partenaires, les membres de la communauté et les autorités.

Mme Drake a commencé par déclarer que, si l'attention actuellement accordée à l'auto-prise en charge des soins peut avoir de nombreuses raisons, comme l'accès accru à l'information sanitaire, l'auto-administration en soi n'a pas manqué de stimuler l'intérêt à l'échelle mondiale. Il est impossible, a-t-elle souligné, de sous-estimer la nouveauté de l'acte du transfert de la contraception injectable du prestataire aux mains de la cliente et la capacité que cela représente de faciliter la vie des femmes. PATH s'attelle depuis longue date aux technologies de la santé reproductive et aux méthodes d'auto-prise en charge telles que le préservatif féminin « Woman's Condom » et le diaphragme taille quasi-universelle « Caya », car l'organisation estime que les femmes ont le droit d'agir de manière éclairée sur leur santé. En même temps, le système sanitaire doit rester l'allié des femmes et continuer à les accompagner dans leur usage des méthodes d'auto-prise en charge.

Mme Drake a aussi expliqué que les directives de l'OMS élèvent le concept de l'auto-prise en charge des soins à un rang digne d'attention et d'investissement spécifiques, tout en aidant à formaliser la réflexion mondiale. Sur le plan de l'auto-administration, la force de cette recommandation est importante. Quand l'OMS conduit un processus de lignes directrices, elle y consacre une profonde et sérieuse réflexion. En particulier, Mme Drake a apprécié l'enquête mondiale sur les valeurs et les préférences adressée à 800 personnes, soulignant l'importance de placer les utilisatrices au cœur des interventions de conception de l'auto-prise en charge.

Mme Smith a parlé de la manière dont Population Services International (PSI) applique le concept de l'auto-prise en charge des soins dans le contexte zambien et à l'échelle mondiale, ainsi que des occasions à saisir dans cet espace. Elle a indiqué qu'en Zambie, de nombreuses interventions de PSI peuvent être considérées comme relevant de l'auto-prise en charge des soins. Notamment :

- Promotion de l'auto-dépistage du VIH.
- Commercialisation du préservatif féminin.
- Amélioration de la sensibilisation à la pilule contraceptive d'urgence.
- Passage à l'échelle de la prestation de la planification familiale, y compris le DMPA-SC.

PSI travaille à l'auto-prise en charge des soins depuis de nombreuses années et a récemment révisé son plan stratégique mondial avec pour vision de réimaginer les soins de santé dans une optique axée sur le consommateur, qu'elle a baptisée « consumer-powered health care ». PSI a également contribué aux nouvelles lignes directrices de l'OMS. Même si l'expression « auto-prise en charge des soins » n'est pas largement utilisée dans les pays où PSI opère, le concept n'est pas nouveau. De plus en plus, PSI observe

l'éveil d'un intérêt mondial pour l'introduction de l'auto-dépistage du VIH et les pays tels que la Zambie incorporent l'approche dans leurs directives nationales.

La session s'est terminée par une période de questions-réponses :

Q : Dans l'essai ECHO, 60 pour cent des femmes avaient moins de 25 ans. Que fait-on pour cibler les jeunes femmes sur le plan de l'auto-prise en charge des soins ?

R : Gina Smith a répondu que les travaux de PSI varient d'un pays à l'autre. Le programme Adolescents 360 suit une approche centrée sur l'humain qui cible les adolescentes et les jeunes femmes. Jennifer Drake a convenu qu'il n'est pas de population au monde où l'enjeu est si grand.

Q : Le niveau d'instruction joue-t-il un rôle dans l'auto-prise en charge des soins ? Y a-t-il une différence entre les personnes instruites ou non dans la pratique de l'auto-prise en charge ?

R : Allen Namagembe, de PATH, dans l'audience, a répondu que telles étaient leurs craintes durant les premiers temps de l'auto-administration. Elle a convenu que des interventions appropriées doivent être conçues pour les personnes moins instruites — et qu'il s'agit là d'un exemple du rôle majeur que les systèmes de santé doivent assumer dans le soutien d'un accès équitable aux options d'auto-prise en charge.

Q : Quels sont les critères requis pour progresser vers une approche d'auto-prise en charge des soins et quelle serait une approche de plaidoyer ? Que recommande l'Ouganda aux autres pays ?

R : Mme Luyiga a répondu qu'un système sanitaire performant doté d'une infrastructure et d'une médecine fonctionnelles ne représente une réalité que dans de rares pays. La plupart sont confrontés à des pénuries de personnel et des contraintes budgétaires, et il faut intégrer l'auto-prise en charge des soins avec la prestation des autres services.

Conclusion

L'auto-prise en charge des soins n'est pas un thème nouveau mais elle bénéficie d'un regain d'intérêt du fait, en partie, de l'auto-administration. L'auto-prise en charge a le potentiel d'émanciper les femmes et d'accroître leur autonomie. Il ne faudrait cependant pas que les gouvernements et les systèmes de santé y voient un moyen de réduire les coûts et d'amoindrir la charge du système sanitaire. Même l'auto-prise en charge requiert une orientation, un soutien adéquat et un suivi de la part du système de santé. Il importe que les femmes conservent ce lien, pour assurer, lorsque des soins en structure sont nécessaires, un accès aisé à ces soins. Ce que l'auto-prise en charge peut apporter aux femmes, c'est une économie de temps, en exigeant moins de visites à la formation sanitaire et en laissant plus de temps pour la famille ou le travail ; une économie monétaire aussi, en évitant le coût des déplacements requis pour ces visites ; et un meilleur sentiment de pouvoir assumer sa propre santé et sa vie.

f. Sessions de renforcement des compétences

Trois sessions de renforcement de compétences étaient planifiées pour aider les participants à se perfectionner sur des aspects stratégiquement sélectionnés pour faciliter le passage à l'échelle du DMPA-SC et du programme d'auto-administration. Des experts dans les trois domaines visés ont organisé des sessions de 90 minutes axées sur l'activité pratique plutôt que sur une présentation classique. La pratique des compétences apprises devait aider les participants à mieux incorporer ces activités dans leurs plans d'action. Chaque participant a eu l'occasion d'assister à deux des trois sessions proposées.

Prévisions, planification des approvisionnements et suivi du pipeline DMPA-SC

Cette session axée sur l'approvisionnement a couvert les sujets suivants :

- Principaux termes utilisés en matière de quantification.
- Défis spécifiques aux prévisions d'un nouveau produit tel que le DMPA-SC.
- Recommandations fondamentales concernant les prévisions de DMPA-SC dans ce contexte.
- Exercice en petit groupe invitant les participants à réfléchir aux types d'hypothèses prévisionnelles dont ils auraient besoin pour estimer leurs besoins en DMPA-SC, ainsi qu'aux données sur lesquelles ils pourraient se baser.
- Principes de planification des approvisionnements.
- Ressources disponibles en anglais et en français sur la question de la quantification du DMPA-SC.

Les points à retenir de cette session sont que l'estimation des besoins de produit DMPA-SC est une tâche difficile en ce que les données historiques sont soit inexistantes, soit non indicatives pour l'avenir étant donné les investissements de formation et de déploiement. Les participants ont discuté leurs idées sur la façon de préparer néanmoins leurs estimations et de tirer parti des documents d'orientation disponibles. Le suivi régulier des prévisions et du plan d'approvisionnement à la lumière des progrès du programme a été mis en valeur comme la principale stratégie d'atténuation du risque dans ce contexte.

Suivi, apprentissage et évaluation

Le but de la session de suivi, apprentissage et évaluation était de donner aux participants des ressources et instruments³ tangibles qui leur permettent de lier les données aux besoins de décision aux différentes phases de l'introduction et du passage à l'échelle du DMPA-SC, tout en renforçant leurs compétences d'apprentissage basé sur les données. La session a commencé par un travail de réflexion en petits groupes sur les questions majeures auxquelles les ministères de la santé, les entreprises du secteur privé

³ [\(Re\)conception de programmes : Identifier, décrire et cartographier les parties prenantes clés](#) ; [Classement des solutions par ordre de priorité : Établir l'ordre de priorité des activités pour relever les défis du programme](#) ; [Compréhension du problème : Analyse des causes profondes](#) ; [Pause et réflexion : Forces, faiblesses, possibilités et menaces](#).

et les partenaires de mise en œuvre de la planification familiale doivent répondre aux différentes phases de l'introduction et du passage à l'échelle, ainsi que sur les sources de données qui permettent d'y répondre. Les participants ont mis en lumière l'évolution des besoins d'information au fil de l'introduction d'un nouveau produit et, par conséquent, la nécessité d'efforts de collecte de données agiles. Quatre techniques leur ont ensuite été présentées pour faciliter les processus d'apprentissage basé sur les données et ils ont discuté la manière et le moment d'utiliser chaque approche. Les participants ont ensuite eu l'occasion de pratiquer une technique — une analyse de causes profondes — sur la base de feuilles de données relatives à leur pays. Cet exercice pratique a mis en lumière la nécessité d'un support continu, sur la base des données, pour apprendre et éclairer les ajustements requis au fil de la mise en œuvre et assurer le processus le plus efficace et le plus économique possible.

L' a b c du changement de politique : trois principes fondamentaux du plaidoyer

Pendant la session de renforcement des compétences de plaidoyer, Advance Family Planning a guidé les participants dans la planification stratégique d'un effort de plaidoyer. En petits groupes, ils ont reçu un objectif de plaidoyer SMART (Spécifique, Mesurable, Atteignable, adapté à la Réalité et limité dans le Temps) hypothétique : la prestation du DMPA-SC par les étudiants en soins infirmiers. Les groupes ont débattu les mesures intermédiaires du chemin critique d'accès à l'objectif de plaidoyer, à court terme, de l'intégration et du passage à l'échelle du DMPA-SC et, sur le long terme, d'une amélioration de l'éventail de méthodes contraceptives.

Les animateurs d'Advance Family Planning ont révélé les trois « secrets » du plaidoyer qui ont permis d'accroître le support financier et politique au niveau national et sous-national : (1) établir le consensus, (2) focaliser les efforts et (3) réaliser le changement. Par la discussion et avec la participation de l'audience, ils ont simplifié le processus de plaidoyer de manière à ce que débutants aussi bien qu'experts chevronnés puissent mettre ces principes en pratique et progresser vers leur objectif.

g. Optimiser l'accès aux services de planification familiale à travers le secteur privé : occasions et défis

Rodio Diallo, de la Fondation Bill et Melinda Gates, a animé une tribune sur l'amélioration de l'accès au DMPA-SC à travers le secteur privé. Les panélistes participant à cette session étaient :

- Kimberly Cole, USAID
- Serigne Kane, SHOPS Plus (Sénégal)
- Mika Bwembya, John Snow, Inc. (Zambie)
- Dr Kayode Afolabi, ministre nigérian de la Santé
- Hyacinthe Musangu, DKT International (République démocratique du Congo)

La tribune a commencé par une discussion des défis posés par l'incorporation du secteur privé dans le passage à l'échelle du DMPA-SC. Mme Cole a d'abord décrit l'approche adoptée par USAID dans le

secteur privé, dans lequel USAID travaille parce que ce secteur élargit l'accès, la couverture géographique et le choix, et parce qu'il accroît la probabilité de pérennité. Le partenariat entre USAID et Pfizer est à l'origine du produit Sayana Press. Mme Cole a reconnu qu'USAID a appris beaucoup de l'introduction de Sayana Press à travers le secteur privé et est consciente des défis posés par la sensibilisation et la collecte des données.

M. Kane a donné un aperçu du projet SHOPS Plus (le projet mondial phare d'USAID sur la santé dans le secteur privé) et reconnu l'importante contribution de ce secteur à l'introduction de différentes options de planification familiale dans les pays. L'un des défis rencontrés au Sénégal, où le projet SHOPS Plus s'est associé avec ADEMAs pour le marketing social du DMPA-SC, est que les pharmaciens ont accepté volontiers la substitution du DMPA-IM par le DMPA-SC, mais qu'il est vite apparu que les prestataires éprouvaient des difficultés s'ils n'étaient pas techniquement formés, et qu'ils abandonnaient dès lors la vente du produit. Avec l'aide d'USAID, plus de 1 000 prestataires ont désormais été formés, y compris des pharmaciens, des sages-femmes et des gynécologues à l'échelle nationale. Les ventes d'injectables en ont décuplé dans le secteur privé, mettant l'accent sur l'importance critique de la formation des prestataires si l'on veut accroître l'accès.

M. Musangu a parlé des défis liés à la marque et à la croyance culturelle qui perçoit dans les familles nombreuses une bénédiction. Mme Bwembya a souligné qu'en Zambie, aucun produit DMPA-SC abordable n'est disponible au secteur privé. Au niveau de la politique, une solution au problème peut être qu'un partenaire de mise en œuvre vende le DMPA-SC au secteur commercial selon un mécanisme de recouvrement des coûts en attendant la disponibilité du produit générique. Elle a indiqué qu'il est nécessaire de rendre le produit plus abordable et d'orienter les approches de formation sur les besoins du secteur privé.

La tribune a ensuite discuté les occasions d'accroître l'accès au DMPA-SC à travers le secteur privé. Mme Cole envisage la disponibilité du produit à travers différents canaux, car il s'agit d'un choix très fiable pour les femmes qui n'auraient sinon peut-être pas accès à la planification familiale, et la participation du secteur privé est fondamentale à ce succès. Mme Bwembya a dit qu'en Zambie, après le pilote, le marché est mûr en termes d'engagement du secteur privé et de passage à l'échelle de manière pérenne. Les femmes sont prêtes à payer, mais si le DMPA-SC est aussi proposé gratuitement, personne ne l'achètera. Tandis que nous concevons et mettons en œuvre les programmes, il importe de garder l'équité et la pérennité à l'esprit. Selon M. Musangu, la plus haute priorité est le conditionnement de qualité pharmaceutique du produit. Pour Dr Afolabi, la priorité au Nigeria est d'assurer la formation du secteur privé.

Mme Diallo a clôturé la session sur quelques grands points à retenir :

- L'essentiel, c'est de savoir comment tirer parti des politiques publiques pour inclure le secteur privé de manière globale et inclure le leadership national.

- Nous avons appris d'USAID que le secteur privé peut contribuer à l'élargissement des services, mais qu'il est laissé pour compte dans les formations. Comment créer un environnement plus favorable pour le secteur privé ?
- Nous avons appris de SHOPS Plus que les alliances avec le secteur privé sont essentielles.
- Comment encourager le secteur privé à divulguer ses données d'usage sans crainte de répercussions d'ordre fiscal ? L'un des principaux obstacles est le manque de confiance.
- Comment réduire le prix pour qu'il existe un produit abordable que le secteur privé puisse acheter ?
- Il existe une certaine tension entre le secteur privé et le secteur public concernant un même conditionnement à prix différent.

Conclusion

On s'accorde à penser que le secteur privé, à but lucratif ou non, est essentiel au passage à l'échelle du DMPA-SC et à l'accès des femmes au plein éventail de méthodes contraceptives. Il n'y a cependant pas de réponse unanime quant à la manière d'arriver à une participation efficace du secteur privé. Chaque pays devra identifier les obstacles à la pleine participation et l'approche à suivre pour résoudre le problème de l'accès à une source d'approvisionnement abordable, de la formation et de l'encadrement des prestataires, d'un suivi constructif et non punitif et d'un changement de politique et de réglementation qui permette une participation effective.

h. Comment mieux adapter la formation ? Approches de formation de qualité à moindre coût

La formation des prestataires représente un facteur de temps et de coût pour les pays qui introduisent une nouvelle méthode. Cela impacte à son tour le facteur temps du passage à l'échelle des programmes DMPA-SC. Aussi de nombreux pays cherchent-ils le moyen de compléter ou de remplacer les méthodes de formation conventionnelles. Robin Keeley, de PATH, a animé une session consacrée à cette question. Sous forme de tableau, une liste de méthodes de formation des prestataires et d'exemples de pays où ces méthodes ont été utilisées a été présentée. PATH entend continuer à actualiser cette ressource en y ajoutant l'expérience des pays et les nouvelles méthodes de formation mises au point et partagées avec les chargés de mise en œuvre des programmes DMPA-SC. Il s'agit pour le moment d'une combinaison de formations traditionnelles en personne (centralisées, internes et en groupe) et en ligne (formation intégrale en ligne, vidéo de formation des prestataires ou vidéo de formation des clientes).

Quatre exemples d'expérience nationale de méthodes de formation innovantes ont été présentés par :

- Lekia Lessor Nwidae, Clinton Health Access Initiative (Nigeria)
- Joy Batusa, Clinton Health Access Initiative, (Ouganda)
- Abdoulaye Diallo, Jhpiego (Guinée)
- Avotiana Rakotomanga, John Snow, Inc. (Madagascar)

Mme Nwidae a parlé du besoin, au Nigeria, d'approches de formation à moindre coût qui ne sacrifient rien de la qualité. Elle a expliqué comment la Clinton Health Access Initiative (CHAI) a mis au point des approches rationalisées de formation en groupe rattachée en structure pour remplacer la formule centralisée initialement inscrite au plan national. Ces méthodes réduisent les coûts par le recours à une salle communautaire gratuite ou en tenant la formation dans une structure de santé. Les prestataires sont aussi répartis en deux catégories d'expérience de l'injection : novices ou expérimentés. Ces derniers reçoivent une formation d'un jour, raccourcie par rapport aux deux jours initialement prévus, tandis que les premiers, novices, en reçoivent une de deux jours, également raccourcie par rapport aux 3,5 jours prévus dans la formation centralisée. Initialement, une réduction de coût de 93 à 95 pour cent a été observée. Les cotes de compétence se sont cependant révélées moyennes en raison de nombreux obstacles logistiques. Depuis lors, des améliorations ont été apportées, produisant toujours de bonnes économies de coût (plus de 90 pour cent) et une bonne compétence (92 à 95 pour cent). CHAI révélera plus de détails concernant ces approches début 2020.

Mme Batusa a présenté les travaux de l'initiative CHAI en Ouganda, indiquant comment la formation au DMPA-SC peut être focalisée, pratique et économique. CHAI s'est concentrée sur l'évaluation des coûts de formation directs et indirects, cherchant aussi à déterminer si un plus grand nombre de jours de formation accroît la compétence des agents de santé. Pour les prestataires ayant déjà l'expérience de l'injection, une compétence de 96 pour cent a été observée sous formation plus courte en structure ou en groupe ; pour les agents de santé communautaire, la compétence était de 100 pour cent. Autre changement, des formateurs basés dans le district ont été utilisés, plutôt que des formateurs nationaux. Les coûts de formation antérieurs relatifs aux prestataires expérimentés, estimés à 469 dollars par agent de santé, ont été réduits à 58 dollars par agent. Pour les agents de santé communautaire, le coût de la formation initialement chiffré à 940 dollars par agent a été réduit à 150 dollars par agent. Sur la base de cette expérience, Mme Batusa a recommandé le recours aux formateurs de district, un nombre réduit de jours de formation et la mise à profit des ressources aptes à réduire les coûts de formation, comme la formation en structure et en groupe. CHAI révélera plus de détails concernant ces approches début 2020.

M. Diallo a donné un aperçu de la manière dont Jhpiego opère pour rendre la formation des prestataires plus évolutive selon des approches de qualité à moindre coût dans huit pays francophones d'Afrique de l'Ouest. Au Togo, plutôt que d'organiser des sessions de formations formelles/traditionnelles, Jhpiego a orienté les prestataires de santé à l'occasion des réunions du personnel de maternité. Selon les plans de district, une réunion des sages-femmes et du personnel infirmier est organisée tous les mois ou tous les deux mois. En l'espace de 13 jours, 303 prestataires ont été orientés sur la prestation des services DMPA-SC dans 12 districts. Ces orientations ont permis à Jhpiego d'économiser quelque 9 000 dollars. En Guinée, Jhpiego planifie l'orientation de 400 prestataires à la prestation du DMPA-SC sur une période de deux jours dans les centres de santé ciblés de la capitale, selon une approche de formation sur place.

Mme Rakotomanga, de JSI Madagascar, a décrit une approche de formation à moindre coût selon laquelle tous les agents de santé ont reçu des aide-mémoire joints à chaque commande de DMPA-SC. Par suivi auprès des districts, l'organisation a observé comment ceux-ci avaient complété la formation des agents. Les visites d'encadrement ont été l'occasion d'assurer l'orientation des prestataires concernant le DMPA-SC, tandis que les rencontres trimestrielles avec les dirigeants sanitaires de district étaient l'occasion d'orientation de ces derniers. Le personnel infirmier en chef effectuaient les injections en premier, sous observation des agents de santé. Il évaluait ensuite la compétence des agents de santé. Il s'agissait d'une approche particulièrement économique ayant suscité l'enthousiasme du ministère de la Santé. JSI et le ministère planifient actuellement une évaluation de cette méthode de formation.

Pendant la seconde moitié de la session, les participants ont été invités à visiter trois postes de présentation, démonstration et réponse aux questions sur les trois options de formation en ligne : la [formation complète en ligne](#), la [vidéo de formation du prestataire](#) et la [vidéo de formation de la cliente](#).

Conclusion

Plus de données concluantes doivent être produites sur l'efficacité des nouvelles méthodes de formation. Comme illustré à d'autres égards, dès le moment où l'on disposera de données probantes venant appuyer une nouvelle méthodologie, les pays seront plus susceptibles de l'incorporer dans leurs plans de passage à l'échelle. Quand ils disposeront de plus de données concernant leur efficacité et les économies qu'elles représentent, plus de pays pourront adopter les méthodes de formation non traditionnelles ou élaborer leurs propres méthodes innovantes et les partager avec autrui.

i. Mettre à profit les leçons du passé : appliquer au DMPA-SC les enseignements de création de la demande d'autres méthodes

Twebese Mugisha, de ClIFF, a animé une séance sur la création de la demande. Les panélistes participant à cette session étaient :

- Jane Zgambo, Population Services International (Malawi)
- Elisohasina Rafalimanana, Population Services International (Madagascar)
- Fiona Walugembe, PATH (Ouganda)
- Hyacinthe Musangu, DKT International (Nigeria)
- Adenike Ayodele, Centre for Communication and Social Impact (Nigeria)

Mme Mugisha a ouvert la séance en déclarant que l'autonomisation ne se produit pas de manière automatique : elle apparaît seulement quand les femmes sont radicalement informées ; le véritable sentiment d'efficacité personnelle intervient alors. Tel est, pour les femmes, le but ultime de la création de la demande. Cette session avait pour objectif d'identifier les principales voies de recherche de nouvelles stratégies et d'offrir une occasion de recueil et de partage de connaissances.

- **Moteurs du changement social.** Mme Walugembe a mentionné que les structures sociales et politiques étaient les moteurs du changement social. Mme Ayodele a dit utiliser le modèle Fogg (un modèle de théorie du changement comportemental selon lequel la motivation, la capacité et l'incitation doivent survenir en même temps pour qu'un comportement attendu se produise) et remarquer que beaucoup de femmes sont motivées par les avantages de la planification familiale.
- **Obstacles opposés aux jeunes.** Mme Walugembe a décrit l'établissement d'espaces sous les arbres, dans les églises ou dans les écoles, où les jeunes puissent parler librement. Mme Zgambo a parlé de la difficulté des jeunes à accéder à toutes les méthodes, décrivant par conséquent l'auto-administration comme un avantage car elles peuvent la pratiquer en privé.
- **Rôle de la technologie.** L'organisation de M. Musangu a créé une page Facebook pour atteindre les jeunes de 15 à 25 ans. Un médecin y est parfois disponible en ligne pour répondre directement aux questions des utilisateurs. Mme Ayodele a parlé du besoin de stratégies médiatiques sociales attrayantes aux jeunes des milieux urbains (Facebook et Instagram ont différents rôles et différentes clientèles, suivant la région et l'âge). La technologie a ses limites. Par exemple, dans les milieux ruraux, elle n'est pas toujours aussi développée, de sorte que la communication doit s'effectuer de porte à porte, par « spectacles ambulants » ou à l'occasion d'activités de masse comme un match de football.
- **Éducation des prestataires.** Mme Walugembe a formé les prestataires à la communication interpersonnelle. Les agents de santé communautaire effectuent des visites.
- **Engagement masculin.** Mme Ayodele a expliqué comment son organisation cible les hommes pour parler de la planification familiale : les groupes de mécaniciens, les tailleurs ou les hommes qui se rendent à la mosquée pendant le ramadan. M. Rafalimanana a parlé de la campagne « Image positive de l'homme », à Madagascar.
- **Plus grands défis et recommandations.** Mme Zgambo a dit que la participation des agents de santé communautaire suscitait une occasion d'acceptation du DMPA-SC. Selon Mme Ayodele, un défi persistant tient aux idées fausses et aux craintes d'effets secondaires qui perdurent au fil des ans. Elle y répond selon une approche directe en avertissant d'avance les femmes, ce qui réduit les taux d'abandon.

Mme Mugisha a ensuite animé une période de questions-réponses générales :

- Q :** Comment équilibrez-vous l'autonomisation avec la création de la demande, qui concerne davantage le marketing de nouveaux produits ?
- R :** Mme Ayodele a répondu qu'on essaie de maintenir la création de la demande dans l'optique d'une approche basée sur les droits.
- Q :** Quelles sont les recommandations pour atteindre les femmes analphabètes et quelles approches et méthodes ont été essayées ?

R : Mme Walugembe a répondu que son organisation a recours aux équipes de santé des villages, qui peuvent parler aux femmes dans leur langue locale et par le biais d'émissions de radio interactives.

Q : Existe-t-il des exemples intéressants sur la manière dont les femmes font référence à ce produit, qui pourraient être utiles dans une perspective de marketing ?

R : Mme Ayodele a répondu que les femmes utilisent, dans leur langue locale, l'expression « l'injection qu'on se fait soi-même ».

Q : Y a-t-il un exemple de stratégie d'ambassadeur, qui fait appel aux hommes pour atteindre les maris ?

R : Le Bénin et le Niger ont tous deux adopté « l'école des maris ».

En conclusion, Mme Mugisha a parlé de la tension entre le marketing d'un produit et la création de la demande parmi les utilisatrices potentielles. Elle a demandé si cela ne paraissait pas absurde et a plaidé pour la rigueur du marketing dans la création de la demande car les deux ne lui paraissent pas opposés.

Conclusion

Il n'existe guère de données sur la création de la demande du DMPA-SC, étant donné son apparition relativement récente dans l'éventail des méthodes et les restrictions figurant sur les supports de création de la demande imprimés. Cela dit, comme l'a montré cette session, des enseignements peuvent être tirés de l'expérience de la mise en œuvre du produit et, comme le DMPA-SC n'est qu'un produit parmi d'autres dans l'éventail plus large des méthodes, de la création de la demande de planification familiale en général. La création de la demande doit, certes, sensibiliser aux méthodes disponibles, mais les normes sociales persistantes doivent être changées concernant la contraception, la perception de la famille nombreuse et l'espacement des naissances en général.

j. Tribune des bailleurs de fonds

La dernière séance plénière de la rencontre a été consacrée à une discussion avec les principaux bailleurs de la programmation du DMPA-SC. Animée par Kaitlin Christenson, de PATH, la tribune a rassemblé les représentants des bailleurs suivants :

- Maryjane Lacoste, Fondation Bill et Melinda Gates
- Matthew Rehrig, Fondation CIFF
- Emma Foster, ministère britannique du Développement international
- Kimberly Cole, USAID
- Fenosoa Ratsimanetrimanana, Fonds des Nations Unies pour la population

La première question posée à la tribune concernait l'approche adoptée par les bailleurs pour élargir l'éventail de méthodes et en quoi ils estiment que leurs investissements dans le DMPA-SC y contribuent. Mme Lacoste a répondu que l'introduction d'un nouveau produit dans l'éventail de méthodes offre une

occasion de dynamiser le système. La Fondation Gates a des pays prioritaires dans lesquels elle cible l'accès des jeunes à la planification familiale ; le DMPA-SC en est un composant important. Et d'ajouter que la Fondation Gates poursuit ses travaux dans le domaine des technologies contraceptives et que de nouveaux produits sont en cours. Mme Lacoste a reconnu que les effets secondaires représentent toujours un problème important pour les femmes et elle veut assurer que les femmes disposent du plus large accès possible au plus large éventail de méthodes. En collaboration avec Pfizer, la communauté des bailleurs cherche à assurer une offre de produit suffisante pour répondre à la demande.

M. Rehrig a indiqué que CIFF voit ses travaux sur l'accès à l'auto-administration dans le contexte plus large de l'auto-prise en charge des soins et que la fondation investit dans d'autres technologies d'auto-prise en charge, comme l'auto-dépistage du VIH et les outils de prévention de l'avortement à risques. Il a aussi déclaré que la CIFF cherche à renforcer le contexte plus large du produit. Les fondations Gates et CIFF ont conclu un accord avec Pfizer en 2017, par lequel Pfizer s'est engagé au passage à l'échelle du DMPA-SC et à maintenir le prix à 85 cents jusqu'en 2022. La pérennité du prix de Pfizer n'est qu'une petite pièce du puzzle. Les bailleurs se sont aussi engagés à introduire un produit générique sur le marché.

Mme Foster a déclaré que le DFID était résolu à élargir le choix de méthodes dans les pays car, dès le moment où cela se produit, les femmes sont beaucoup plus susceptibles d'adopter la planification familiale. À l'Assemblée générale de l'ONU en 2019, le secrétaire d'État britannique a annoncé un [programme d'approvisionnement en produits de santé reproductive](#) appelé à apporter la planification familiale à plus de 20 millions de femmes à l'horizon 2025. Le DFID entend collaborer davantage avec le secteur privé et avec les partenaires.

Mme Cole, d'USAID, a indiqué que l'organisation se concentre, concernant le produit, sur le conseil axé sur la cliente et que le questionnaire d'Enquête démographique et de santé va être ajusté pour déterminer si les femmes utilisent le DMPA-SC ou le DMPA-IM et si elles pratiquent l'auto-administration.

M. Ratsimanetrimanana, conseiller régional du Fonds des Nations Unies pour la population pour l'Afrique de l'Ouest et centrale, a affirmé que plus les options sont larges, plus les femmes ont de choix, ajoutant que l'accès est un droit humain. Il a insisté sur le fait qu'il faut offrir aux clientes la meilleure qualité et qu'il faut assurer la transparence entre les bailleurs et les gouvernements.

À la question concernant les priorités d'une approche du marché total, Mme Foster a déclaré qu'il est essentiel d'élargir l'accès à de nouveaux canaux pour le DMPA. Si l'on introduit le sous-cutané là où l'intramusculaire est déjà disponible, on ne verra que des gains limités. L'aspect le plus fascinant est le potentiel que présente le DMPA-SC de révolutionner le secteur de la planification familiale et d'exploiter les ressources, les capacités et l'envergure géographique des prestataires de soins de santé.

M. Rehrig estime qu'il faut envisager de manière plus proactive la création de la demande et la normalisation de l'auto-administration. Il a fait remarquer qu'il y a 40 ans, il était inconcevable pour les

femmes d'effectuer un test de grossesse. Un défi, pour les participants à la rencontre, est de penser à la manière dont nous parlons de l'option de l'auto-administration et à celle dont les pays en décrivent l'acte en termes locaux.

Une question a été soulevée concernant la création de la demande via le marketing social, où on observe des retards dans la capacité d'élaborer des supports de communication efficace sur le DMPA-SC. La réponse de la tribune est que les ministères de la santé sont les mieux informés à ce sujet et qu'ils doivent être consultés pour la mise au point des supports. Il a été dit qu'il vaut mieux éviter les noms de marque, le but étant de promouvoir une catégorie contraceptive et non une marque.

Conclusion

Les organismes bailleurs continuent de soutenir le DMPA-SC en tant que produit contraceptif innovant du fait, en particulier, de l'option d'auto-administration et de la capacité des femmes à accéder à un plus grand nombre de méthodes qui accroissent leur autonomie et leur autodétermination à travers l'auto-prise en charge de leurs soins. Plusieurs questions critiques ont cependant été discutées concernant lesquelles l'appui des bailleurs est encore requis, notamment le développement d'un produit DMPA-SC générique qui puisse le rendre plus accessible et plus économique, la création de la demande face aux restrictions en place et une plus grande inclusion du secteur privé dans l'offre du produit. Les bailleurs continuent à rechercher les moyens d'investir stratégiquement dans l'avancement du DMPA-SC dans le cadre de l'éventail de méthodes plus large, comme par exemple les investissements de la CIFF dans la création de la demande, ceux du DFID visant spécifiquement l'accès accru à travers le secteur privé et les changements apportés par USAID à l'Enquête démographique et de santé pour mieux suivre l'usage du DMPA-SC, du DMPA-IM et de l'auto-administration.

Travail de groupe de pays

Avant la rencontre, chaque délégation de pays s'est préparée en réfléchissant à ses objectifs, ses succès et ses principaux défis restants au passage à l'échelle du DMPA-SC et de l'auto-administration. Lors des sessions de groupe tenues pendant la rencontre, elles ont examiné et actualisé leurs objectifs et défis en fonction des sessions auxquelles elles avaient participé, s'attelant ensuite ensemble à définir les points d'action qui leur permettent de relever chaque défi. Les délégations opérationnaliseront ces points d'action après la rencontre. Parmi les objectifs communs ayant émergé du travail de groupe :

Formation des prestataires

- Intégration de l'auto-administration dans les guides de formation des prestataires.
- Plaidoyer en faveur de la formation initiale (pré-service) au DMPA-SC.
- Intégration de plateformes de formation à distance innovantes et d'autres modalités utiles à la compression des temps et coûts de formation.

Données

- Intégration d'indicateurs d'auto-administration.

- Distinction entre l'administration par prestataires et l'auto-administration.
- Révision et distribution d'instruments de collecte de données.

Amélioration de la prestation dans le secteur privé

- Plaidoyer/réglementation propices à l'engagement.
- Collaboration avec les intervenants du secteur privé pour déterminer les modalités d'engagement.

Création de la demande/changement social et comportemental

- Supports de communication.
- Engagement avec les dirigeants communautaires.
- Éducation communautaire.

Clôture de la rencontre

Le moment venu de clôturer la rencontre, Mmes Christenson et Keddem ont souligné que, en tant que communauté, chacun avait progressé depuis la rencontre de Nairobi. (Voir à la Figure 4 les mots et expressions clés utilisés par les participants pour résumer la rencontre.) Elles ont invité quelques participants à exprimer les principaux enseignements qu'ils avaient tirés de la rencontre. Parmi les points mis en valeur :

- La République démocratique du Congo entend adopter les approches de formation innovantes à l'auto-administration.
- Le Malawi a affirmé qu'il adopterait les différents modèles de formation pour maximiser l'efficacité des ressources.
- Le Mozambique espère que d'ici un an, il aura élargi l'accès à Sayana Press et entend continuer à appliquer les leçons apprises à Nairobi.
- Le Nigeria espère faire progresser le DMPA-SC au point d'avoir de nombreuses pratiques exemplaires à partager avec la communauté.
- Jacqueline Wambui Mwangi (Kenya), en tant que membre de la communauté de plaidoyer représentant le VIH, s'est dit contente de voir tout ce qui se passe dans le monde de la planification familiale, faisant du reste remarquer qu'il ne faudrait pas quitter cette rencontre et ne penser qu'aux produits en particulier, mais réfléchir plutôt à la façon de donner aux femmes des options de planification familiale.
- Enfin, Rodrigue Ngouana, de Jhpiego, a noté que les pays présents à la rencontre avaient réalisé de grands progrès et qu'il espérait qu'ils parleraient, au cours de l'année qui s'annonce, de la pleine mise en œuvre dans les pays en soi. En particulier, il a exprimé le vœu que d'ici 2021, les huit pays francophones qu'il assiste auront véritablement progressé sur le plan de l'auto-administration.

Figure 4. Réponses des participants à la proposition « Un mot ou une expression qui résume le temps que nous avons passé ensemble ».



Résultats

Le Tableau 1 présente un résumé des objectifs de la rencontre, du travail accompli à leur égard et des gains récents.

Tableau 1. Aperçu des objectifs de la rencontre et comment ils ont été ou seront atteints.

Objectif	Comment cet objectif a été ou va être atteint
1. Identifier les obstacles et solutions de chaque pays au passage à l'échelle du DMPA-SC au sein de l'éventail de méthodes contraceptives, auto-administration comprise.	Par leur travail de préparation et de groupe, les 20 pays ont tous identifié et défini plus précisément leurs obstacles particuliers au passage à l'échelle et élaboré des solutions basées sur la nouvelle information présentée à la rencontre ou sur les compétences acquises lors des sessions de renforcement des compétences. Ces solutions ont été intégrées dans les plans d'action des pays élaborés à la rencontre.
2. Accroître la sensibilisation aux outils, ressources et données utiles à l'élaboration de programmes de planification familiale	Un large éventail de ressources de plaidoyer et de mise en œuvre a été présenté pendant la rencontre. Ces outils seront mis à jour, au besoin, et sont proposés aux pays aux

Objectif	Comment cet objectif a été ou va être atteint
complets, y compris leur intégration efficace avec les programmes de prévention du VIH.	fins de leur programmation. Certains peuvent être adaptés dans les langues locales et suivant le contexte local.
3. Élaborer ou mettre à jour les engagements et plans d'action de chaque pays pour le passage à l'échelle de programmes de planification familiale (comprenant le DMPA-SC et l'auto-administration) de haute qualité, fondés sur les droits et axés sur l'approche du marché total.	Les participants à la rencontre ont élaboré 20 plans d'action de pays. Le Collaboratif pour l'accès coordonne le suivi avec chaque pays participant, en collaboration avec Jhpiego, la Clinton Health Access Initiative et RIZ Consulting, pour suivre les progrès vers la réalisation des prochaines étapes énoncées à la rencontre. Le Collaboratif pour l'accès, les partenaires et les bailleurs vont continuer à suivre les progrès réalisés dans les pays qu'ils accompagnent. Depuis la rencontre, deux pays ont déjà remportés deux victoires de plaidoyer, avec l'approbation du passage à l'échelle de l'auto-administration en Ouganda et à Madagascar.
4. Renforcer deux réseaux régionaux d'apprentissage et d'action voués à l'échange transnational continu des expériences, à la diffusion des données probantes et à la collaboration concernant le passage à l'échelle du DMPA-SC.	Les Réseaux d'apprentissage et d'action vont organiser une série de webinaires sur les questions importantes soulevées à la rencontre, concernant notamment le secteur privé, le suivi, les méthodes de formation à moindre coût et l'auto-administration. Ils vont aussi organiser des groupes de discussion thématique pour faciliter d'autres occasions de partage d'information entre les pays.

Perspectives d'avenir

La deuxième rencontre « Des données à la mise en pratique » a montré que les pays ont embrassé l'ajout du DMPA-SC à l'éventail de méthodes contraceptives, y compris l'auto-administration. La proposition de valeur unique du DMPA-SC est qu'il est facile à transporter et facile à utiliser, qu'il donne plus d'autonomie aux femmes en termes de prise en charge de leur santé et qu'il permet un plus grand nombre de points d'accès où les femmes puissent obtenir leur contraception. Les questions émanant de cette rencontre ont trait, non pas à la question savoir s'il convient de procéder au passage à l'échelle du DMPA-SC, mais plutôt à la manière de résoudre les problèmes opérationnels tels que la formation des prestataires à moindre coût, une meilleure incorporation du secteur privé, la sensibilisation au produit et la création de la demande, et l'introduction du produit dans les systèmes de suivi.

La rencontre a aussi démontré l'engagement continu des bailleurs de fonds et des partenaires au soutien de l'intégration effective du produit dans l'éventail de méthodes élargi des pays, pour offrir plus d'options contraceptives aux femmes. Le Collaboratif pour l'accès au DMPA-SC (PATH et JSI), Jhpiego, CHAI et RIZ Consulting entendent poursuivre aussi leur assistance technique aux pays qu'ils accompagnent après la rencontre. Les plans d'action issus de la rencontre clarifieront l'assistance requise et la meilleure source de cette assistance. Les coordinateurs assureront le suivi avec les délégations de chaque pays pour faciliter l'évaluation, en ce qui concerne notamment l'identification de sources de financement, la détermination de l'assistance technique nécessaire et la ressource la mieux placée pour l'assurer, l'identification des outils de plaidoyer ou de mise en œuvre et l'accès à ces outils, entre autres besoins.

Les ressources de la rencontre, de même que les liens à d'autres ressources sur le DMPA-SC, peuvent être consultées sur le [site Web de PATH](#).

Annexes

- A. Liste du comité directeur
- B. Programme
- C. Travail de groupe
- D. Liste des participants

A. Liste du comité directeur

Nom	Organisation
Jenny Liu	UCSF
James Kiarie	WHO
Farouk Jega	Pathfinder
Martyn Smith	FP2020
Leigh Wynne	FHI360
Sada Danmusa	M-Space
Mbogo Bunyi	SHOPS Plus
Rebecca Husband	PSI
Rodrigue Ngouana	Jhpiego
Raveena Chowdhury	MSI
YuHsin Huang	IPPF
Roy Jacobstein	IntraHealth
Beth Frederick	AFP
Julie Hernandez	Tulane
Margaret Happy	ICWEA, Uganda
Jacque Wambui	NEPHAK, Kenya
Caitlin Glover	CHAI
Leslie Patykewich	JSI
Ami Sar	PATH
Maymouna Ba	PATH
Alain Kabore	PATH
George Barigye	PATH
Dr. Norbert Coulibaly	Ouagadougou Partnership
Dr. Serem	Kenya MOH

B. Programme

DMPA-SC : Des données à la mise en pratique *Rencontre de travail*

Radisson Blu Hotel
Dakar, Sénégal
Du 28 au 31 octobre 2019

BUT ET OBJECTIFS

BUT

Catalyser la mise à échelle du DMPA-SC pour améliorer la sensibilisation et l'accès des femmes à une plus large gamme de produits et services de planification familiale de qualité.

OBJECTIFS

- **Identifier** les obstacles et solutions de chaque pays à la mise à échelle du DMPA-SC au sein de l'éventail de méthodes contraceptives, y compris l'auto-injection.
- **Accroître** la sensibilisation aux outils, ressources et données utiles à l'élaboration de programmes de planification familiale complets, y compris leur intégration efficace avec les programmes de prévention du VIH.
- **Élaborer ou mettre à jour** les engagements et plans d'action de chaque pays pour la mise à échelle de programmes de planification familiale (comprenant le DMPA-SC et l'auto-injection) de haute qualité, fondés sur les droits et axés sur l'approche du marché total.
- **Renforcer** deux Réseaux d'Apprentissage et d'Action régionaux voués à l'échange transnational continu des expériences, à la diffusion des données probantes et à la collaboration concernant la mise à échelle du DMPA-SC.

RÉSULTAT ATTENDU

Prise d'engagements par les pays, documentés dans des plans d'action visant l'élargissement de l'éventail de méthodes contraceptives, y compris à travers la mise à échelle de services DMPA-SC de haute qualité.

Des services d'interprétation anglais-français seront disponibles tout au long de la rencontre.

DMPA-SC : Des données à la mise en pratique
Du 28 au 31 octobre 2019, Dakar (Sénégal)

LUNDI 28 octobre 2019

18 h - 20 h	RÉCEPTION D'ACCUEIL <i>Discours de bienvenue</i> • Dr. Omar Sarr, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal • Dr. Fatoumata Haidara, Unité de Coordination du Partenariat d'Ouagadougou • Aminatou Sar, PATH Sénégal L'occasion sera donnée à chaque pays de former une table à laquelle les délégations (représentants gouvernementaux, partenaires de mise en œuvre et bailleurs de fonds) pourront identifier ensemble les outils, ressources et succès relatifs au DMPA-SC à mettre en valeur.
-------------	---

DMPA-SC : Des données à la mise en pratique
Du 28 au 31 octobre 2019, Dakar (Sénégal)

MARDI 29 octobre 2019

8 h 30 - 9 h	DISCOURS DE BIENVENUE ET PRÉSENTATIONS Présentateurs : • Alassane Mbengue, Secrétaire Général du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal • Kaitlin Christenson, PATH • Carmit Keddem, JSI
9 h - 10 h	Saisir l'occasion d'assurer aux femmes des services complets de santé sexuelle et reproductive et un large éventail de méthodes contraceptives Modérateur : Beth Fredrick, AFP Membres du Panel : • Chilufya Kasanda, Campagne de Plaidoyer pour le Traitement et d'Alphabétisation, Zambie • Roy Jacobstein, IntraHealth • Dr. Mareme Ndiaye, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal • Aminatou Sar, PATH Sénégal • Maryjane Lacoste, Fondation Bill & Melinda Gates Description : Cette session sera consacrée au DMPA-SC dans le contexte d'un éventail de méthodes large et accessible et des options de santé sexuelle et reproductive (SSR). Les bases de la discussion plus large de l'assemblée seront établies à ce moment. La discussion portera sur les points suivants : – Amélioration de l'accès et de l'information des femmes concernant toutes les options contraceptives disponibles et affirmation de l'engagement ferme des participants à ce concept. – Clarification de la proposition de valeur du DMPA-SC, l'auto-injection comprise, de sa place dans l'éventail de méthodes et de son rôle dans l'accès des femmes à un plus vaste choix d'options aptes à répondre à leurs besoins. – Intégration de la PF dans les autres services de SSR, la prévention du VIH et par rapport à la prise en charge personnelle.
10 h - 10 h 30	Intégrer le DMPA-SC pour élargir l'éventail de méthodes proposées aux femmes et aux filles : succès et défis de la mise à échelle Hôte : Ann-Marie Yongho, JSI Invités : • George Barigye, PATH Ouganda • Alain Kabore, PATH Sénégal

DMPA-SC : Des données à la mise en pratique
Du 28 au 31 octobre 2019, Dakar (Sénégal)

	Description : Cette session posera les principaux thèmes de la rencontre et veillera à ce que les participants disposent de l'information contextuelle nécessaire concernant le DMPA-SC et les progrès réalisés. Cette session assurera aussi que les participants comprennent : – L'état de la mise à échelle à travers le monde. – Les difficultés de la mise à échelle qui persistent. – L'avenir de la mise à échelle du DMPA-SC et de l'auto-injection.
10 h 30 - 10 h 45	PHOTO DE GROUPE
10 h 45 - 11 h 15	PAUSE
11 h 15 - 12 h 25	L'auto-injection change la donne : comment assurer l'accès des femmes à cette option importante ? Vidéo : Le Pouvoir de la Contraception Auto-Injectable (5 minutes) Enregistrée en mai 2019, cette vidéo présente le parcours de la recherche à la pratique de la contraception auto-injectable d'une étude menée au Malawi par FHI 360 et l'Université du Malawi, avec le financement d'USAID et de la fondation CIFF. Cette étude a fait une enquête sur l'efficacité du DMPA-SC auto-injecté par rapport à l'obtention du DMPA-SC auprès d'un prestataire. Présentateur & Modérateur : Jennifer Drake, PATH (20 min) Le modérateur soulignera la proposition sur la valeur de l'auto-injection, les preuves émergentes et les ressources du programme avec une brève présentation. Membres du Panel : (40 min) • Ndeye Sene, Sage-femme en poste de santé, Sénégal • Dr. Fatou Ndiaye, USAID Sénégal • Dr. Mihayo Placid, le Ministère de la Santé Ougandais • Fannie Kachale, le Ministère de la Santé du Malawi • Fatimata Sy, CIFF Program Investment Committee Vidéo : Une solution portable (1.5 minutes) Ce clip de 2016 raconte l'histoire de Sunday, une femme de 32 ans en Ouganda qui utilise la planification familiale afin d'assurer l'avenir de ses enfants. Sunday était une des premières femmes en Ouganda à essayer la contraception par auto-injection lors d'une étude soutenue par PATH et le Ministère de la Santé Ougandais. Description : La tribune réunira des champions mondiaux et nationaux de la cause, venus discuter l'importance de l'auto-injection en tant qu'option supplémentaire proposée aux femmes au sein de l'éventail de méthodes élargi. Les membres du panel décriront leurs expériences avec la mise à échelle du DMPA-SC et de l'auto-injection. Ils partageront également leurs succès et les défis rencontrés et offriront les priorités pour élargir l'accès.
12 h 25 - 13 h 35	Catalyser le changement : Solutions pour surmonter les difficultés d'opérationnalisation de l'auto-injection

DMPA-SC : Des données à la mise en pratique
Du 28 au 31 octobre 2019, Dakar (Sénégal)

	Modérateur : Rodrigue Ngouana, Jhpiego Présentateur/Membres du Panel : (40 min) • Allen Namagembe, PATH Ouganda • Dr Noromalala Sylvie Tidahy, le Ministère de la Santé de Madagascar • Dynes Kaluba, le Ministère de la Santé de la Zambie • Yaba Essien, Jhpiego Togo Panel : Les modérateurs poseront des questions aux membres du panel sur les succès et les défis rencontrés dans l’opérationnalisation de l’auto-injection dans leur pays. Discussion en petit groupe et questions-réponses (30 minutes) Chaque table aura 10 minutes pour parler de l'information présentée, y compris les difficultés et/ou les questions restantes dans leur pays, et poser une question aux membres du panel à l’aide du logiciel de sondage. 10 minutes seront consacrées à la sélection des questions auxquelles le panel sera invité à répondre. Les questions non sélectionnées pourront être posées plus tard et publiées sur le forum en ligne du Réseau d’Apprentissage et d’Action. Une brève démonstration de ce forum en ligne sera présentée en fin de session pour montrer aux participants comment se connecter et poser leurs questions. Description : Cette session examinera quatre pays ayant atteint différentes phases du processus de la mise à échelle de l’auto-injection. Chacun présentera sa perspective ou un défi unique rencontré dans l’opérationnalisation de l’auto-injection et en exposera les leçons tirées. En petits groupes, les groupes pays pourront ensuite parler de l’information présentée, comment elle s’applique à leur situation respective, ainsi que les autres difficultés courantes (coût, préoccupations de mauvais usage, équilibre avec l’IM, politique, orientation, élimination et prise en charge des déchets, délégation des tâches, etc.)
13 h 35 - 14 h 35	DÉJEUNER Sujets Tour de Table Optionnels (chaque sujet aura une table francophone et une table anglophone : • Poursuivre la conversation : L’auto-injection – ça change la donne • Atteindre les adolescents et les jeunes femmes : L’accès des jeunes aux services de planification familiale et au DMPA-SC • Politiques et programmes dans les contextes décentralisés : Meilleures pratiques dans la mise en œuvre sous-nationale
14 h 35 - 15 h 45	Assurer l’accès aux services SSR intégrés : comprendre et intégrer les recommandations mises à jour de l’OMS sur l’utilisation des méthodes contraceptives par les femmes particulièrement exposées au VIH dans les plans d’action des pays Présentateur : Petrus Steyn, OMS (10 min) Modérateur : Navita Jain, AVAC

DMPA-SC : Des données à la mise en pratique
Du 28 au 31 octobre 2019, Dakar (Sénégal)

	Discussion du Panel (40 minutes) • Jacqueline Wambui Mwangi, NEPHAK Kenya • Yuhsin Huang, IPPF • Saad Abdulmumin, USAID • Petrus Steyn, OMS Question-réponse (20 min) Description : Cette session présentera un aperçu des nouvelles recommandations de l'OMS pour l'intégration de la programmation VIH et PF et répondra aux questions des pays concernant leur mise en œuvre. Les principaux intervenants partageront leur expérience et les leçons tirées.
15 h 45 - 16 h 15	PAUSE
16 h 15 - 17 h 15	L'avenir de Sayana® Press : Une conversation avec Pfizer Inc. Présentateur : Daniele Russo, Pfizer Inc. Modérateur de la Discussion : Kaitlin Christenson Description : Un représentant de Pfizer présentera les mises à jour relatives aux produits de marque Sayana Press. Les participants auront l'occasion de poser leurs questions. <i>Sayana Press est une marque déposée de Pfizer Inc.</i>
17 h 15 - 17 h 30	RÉCAPITULATIF DE LA JOURNÉE ET ÉVALUATION À travers le forum en ligne du Réseau d'Apprentissage et d'Action (LAN), les participants partageront : • Une leçon clé à incorporer dans leur travail. • Un aspect positif de la journée. • Un aspect à améliorer pour demain.
	DÎNER LIBRE

DMPA-SC : Des données à la mise en pratique
Du 28 au 31 octobre 2019, Dakar (Sénégal)

MERCREDI 30 octobre 2019

8 h 25 - 08 h 35	RÉCAPITULATIF DE LA PREMIÈRE JOURNÉE
8 h 35 - 9 h 15	La prise en charge personnelle : ultime forme de partage des tâches ou autonomisation des femmes ? Hôte : Shanzeh Mahmood, CIFF Invités : • Faridah Luyiga, Alliance Ruban Blanc Ouganda • Gina Smith, Société pour la Santé de la Famille Zambie • Jennifer Drake, PATH Discussion (30 min) Question-réponse (15 min) Description : Cette discussion offrira une vue d'ensemble de la prise en charge personnelle, y compris la nouvelle orientation de l'OMS à ce sujet, dans le contexte de l'auto-injection du DMPA-SC et d'autres interventions de SSR. La discussion couvrira aussi les mesures que les pays peuvent prendre pour intégrer de la prise en charge personnelle dans leurs politiques et programmes existants. Un membre du groupe Self-Care Trailblazers parlera d'une feuille de route commune vers de la prise en charge personnelle, en cours d'élaboration par voie de consultation des pays et dont l'inauguration est prévue à la CIPD25.
9 h 15- 9 h 20	Transition vers les salles pour le renforcement des compétences
9 h 20 - 10 h 35	RENFORCEMENT DES COMPÉTENCES - SESSION I : i. Prévision, planifier et surveiller l'approvisionnement DMPA-SC Jane Feinberg, JSI Laila Akhlaghi, JSI Dana Aronovich, JSI Assurer un approvisionnement ininterrompu du produit peut s'avérer difficile dans le contexte de l'introduction d'un nouveau produit. Cette session interactive couvrira les stratégies et considérations pour la prévision, la planification et le suivi des approvisionnements au niveau national du DMPA-SC. ii. Suivi, apprentissage et évaluation Ann-Marie Yongho, JSI Nicole Danfakha, JSI Au cours de cette session, les participants identifieront l'évolution des besoins en données au cours de l'introduction du produit ainsi que les questions et décisions clés

DMPA-SC : Des données à la mise en pratique
Du 28 au 31 octobre 2019, Dakar (Sénégal)

	associées à chaque étape de l'introduction et de la mise à échelle. Ils relieront les questions clés et les besoins en informations aux sources de données et apprendront des outils et des techniques permettant de faciliter l'utilisation des données pour éclairer la prise de décision. iii. Changement de Politique 101 : Trois Choses que Chacun Doit Savoir Beth Fredrick, Advance Family Planning Sam Mulyanga, Jhpiego Cette session pratique couvrira les éléments essentiels d'un effort de plaidoyer réussi pour faire avancer les politiques. La session couvrira : 1. Construire un consensus - de la définition d'un objectif commun à la définition d'objectifs SMART ; 2. Concentrer les efforts - de la connaissance à l'action ; et 3. Réaliser le changement - dans quelle mesure un plaidoyer soutenu peut-il soutenir la mise à échelle, l'intégration et l'accès à l'ensemble des méthodes de contraception du DMPA-SC La session s'appuie sur l'approche AFP SMART de l'initiative de planification familiale avancée de la Fondation Bill & Melinda Gates de l'Ecole de Santé Publique Bloomberg de Johns Hopkins. Description : Trois sessions de 75 minutes chacune seront organisées simultanément sur le renforcement des compétences. Les participants pourront assister à deux des trois sessions proposées.
10 h 35 - 11 h 05	PAUSE
11 h 05 - 12 h 20	RENFORCEMENT DES COMPÉTENCES - SESSION II : i. Prévision, planifier et surveiller l'approvisionnement DMPA-SC Jane Feinberg, JSI Laila Akhlaghi, JSI Dana Aronovich, JSI Assurer un approvisionnement ininterrompu du produit peut s'avérer difficile dans le contexte de l'introduction d'un nouveau produit. Cette session interactive couvrira les stratégies et considérations pour la prévision, la planification et le suivi des approvisionnements au niveau national du DMPA-SC. ii. Suivi, apprentissage et évaluation Ann-Marie Yongho, JSI Nicole Danfakha, JSI Au cours de cette session, les participants identifieront l'évolution des besoins en données au cours de l'introduction du produit ainsi que les questions et décisions clés associées à chaque étape de l'introduction et de la mise à échelle. Ils relieront les

DMPA-SC : Des données à la mise en pratique
Du 28 au 31 octobre 2019, Dakar (Sénégal)

	questions clés et les besoins en informations aux sources de données et apprendront des outils et des techniques permettant de faciliter l'utilisation des données pour éclairer la prise de décision. iii. Changement de Politique 101 : Trois Choses que Chacun Doit Savoir Beth Fredrick, Advance Family Planning Sam Mulyanga, Jhpiego Cette session pratique couvrira les éléments essentiels d'un effort de plaidoyer réussi pour faire avancer les politiques. La session couvrira : 1. Construire un consensus - de la définition d'un objectif commun à la définition d'objectifs SMART ; 2. Concentrer les efforts - de la connaissance à l'action ; et 3. Réaliser le changement - dans quelle mesure un plaidoyer soutenu peut-il soutenir la mise à échelle, l'intégration et l'accès à l'ensemble des méthodes de contraception du DMPA-SC La session s'appuie sur l'approche AFP SMART de l'initiative de planification familiale avancée de la Fondation Bill & Melinda Gates de l'Ecole de Santé Publique Bloomberg de Johns Hopkins. Description : Trois sessions de 75 minutes chacune seront organisées simultanément sur le renforcement des compétences. Les participants pourront assister à deux des trois sessions proposées.
12 h 20 – 12 h 25	Transition vers la salle plénière
12 h 25 - 13 h 35	Optimiser l'accès aux services de planification familiale à travers le secteur privé : Opportunités et défis Modérateur : Rodio Diallo, BMGF Membres du Panel : • Kimberly Cole, USAID • Serigne Kane, SHOPS Plus Sénégal • Mika Bwembya, JSI Zambia • Dr. Kayode Afolabi, le Ministère de la Santé du Nigéria • Hyacinthe Musangu, DKT RDC Description : Les membres du panel de cette session partageront leur expérience avec l'offre du DMPA-SC à travers le secteur privé. Ils examineront ce qui est faisable et pourquoi, les difficultés principales et trois à cinq grandes priorités pour la progression du DMPA-SC dans le secteur privé en 2020. La session abordera aussi les préoccupations relatives à l'expansion des politiques de délégation, aux obstacles du marché et à l'inclusion du secteur privé dans le suivi et l'accompagnement, aux

DMPA-SC : Des données à la mise en pratique
Du 28 au 31 octobre 2019, Dakar (Sénégal)

	marques du DMPA-SC, à la formation des prestataires et à la fixation du prix du DMPA-SC dans le secteur privé.
13 h 35 - 14 h 35	DÉJEUNER Sujets Tour de Table Optionnels (chaque sujet aura une table francophone et une table anglophone) : • Milieux humanitaires : Garantir que les soins de santé sexuelle et reproductive, y compris le DMPA-SC, atteignent les plus vulnérables • Poursuivre la conversation : faire participer le secteur privé à l'offre DMPA-SC • Capture de DMPA-SC et auto-injection dans des systèmes de données de routine : Qu'apprenons-nous?
14 h 35 - 15 h 50	TRAVAIL DE GROUPE Description : Les délégations de pays réfléchiront au contenu des deux derniers jours et parleront des leçons tirées pouvant être appliqués à leur contexte. En se basant sur les obstacles et les défis identifiés dans les travaux préparatoires ainsi que sur le statut de mise à échelle du pays et les programmes d'apprentissage spécifiques à chaque pays, les délégations des pays commenceront à examiner jusqu'à six actions prioritaires pour traiter et surmonter leurs obstacles spécifiques afin de catalyser la mise à échelle du DMPA-SC dans le cadre d'un éventail plus large de méthodes, y compris l'auto-injection. Cela peut être axé sur la production de preuves, les priorités programmatiques et/ou le plaidoyer et le changement de politique, et le travail de chaque délégation de pays sera adapté aux besoins spécifiques de ce pays et à son statut de mise à échelle. Les délégations seront également invitées à réfléchir aux nouvelles directives de l'OMS pour l'intégration des programmes VIH/PF et à la prise en charge personnelle, ainsi que sur l'intégration de ces éléments dans les plans de pays. Les facilitateurs de groupe fourniront des modèles et des conseils pour la discussion.
15 h 50 - 16 h 20	PAUSE
16 h 20 - 17 h 15	SESSION CONCOMITANTE I : Session francophone : Comment mieux adapter la formation ? Approches de formation de qualité à moindre coût Modérateur : Robin Keeley, PATH (5 min) Revoir le « menu » des options de formation Discussion flash (20 minutes) • Lekia Lessor Nwidae, CHAI Nigeria • TBD, CHAI Uganda • Abdoulaye Diallo, Jhpiego Guinée • Avotiana Rakotomanga, JSI Madagascar Questions de l'audience (5 minutes)

DMPA-SC : Des données à la mise en pratique
Du 28 au 31 octobre 2019, Dakar (Sénégal)

	Rotation des stations de formation (25 minutes) Cours d'eLearning Vidéo de formation des prestataires Vidéo de formation des clientes Description : Un menu d'options de formation sera présenté au groupe plénier suivi par les présentations « flash ». Les participants pourront ensuite passer d'une station à l'autre pour une démonstration et une discussion sur la mise en œuvre des différentes approches, y compris la présentation de techniques innovantes de diffusion et d'utilisation des outils de formation. Session anglophone : Mettre à profit les leçons du passé : appliquer au DMPA-SC les leçons tirées d'autres méthodes sur la génération de la demande Modérateur : Twebese Mugisha, CIFF Introduction (10 minutes) Discussion flash (15 minutes) • Jane Zgambo, PSI Malawi • Fiona Walugembe, PATH Ouganda • Hyacinthe Musangu, DKT Nigéria • Adenike Ayodele, CCSI Nigéria Questions-réponses organisée (20 minutes) Questions de l'audience (10 minutes) Description : Cette session portera sur le changement de comportement afin de normaliser la pratique de l'auto-injection au niveau de la communauté et sur la manière de « défendre le cas » de l'auto-injection à ceux qui l'offre. Cette session explorera également les expériences de changement de comportement et génération de la demande d'un produit nouvellement introduit par le biais de canaux innovants à travers des expériences avec ce produit et d'autres produits lors de son introduction.
17 h15 - 17 h 30	RÉCAPITULATIF DE LA JOURNÉE ET ÉVALUATION À travers le forum en ligne du Réseau d'apprentissage et d'action, les participants partageront : • Une leçon clé à incorporer dans leur travail. • Un aspect positif de la journée. • Un aspect à améliorer pour demain.
	DÎNER LIBRE

DMPA-SC : Des données à la mise en pratique
Du 28 au 31 octobre 2019, Dakar (Sénégal)

JEUDI 31 octobre 2019

8 h 30 - 8 h 35	RÉCAPITULATIF DE LA DEUXIÈME JOURNÉE
8 h 35 - 9 h 30	SESSION CONCOMITANTE II : Session francophone : Mettre à profit les leçons du passé : appliquer au DMPA-SC les leçons tirées d'autres méthodes sur la génération de la demande Modérateur : Twebese Mugisha, CIFF Introduction (10 minutes) Discussion flash (15 minutes) • Eliso Rafalimanana, PSI Madagascar • Fiona Walugembe, PATH Ouganda • Hyacinthe Musangu, DKT Nigéria • Adenike Ayodele, CCSI Nigéria Questions-réponses organisée (20 minutes) Questions de l'audience (10 minutes) Description : Cette session portera sur le changement de comportement afin de normaliser la pratique de l'auto-injection au niveau de la communauté et sur la manière de « défendre le cas » de l'auto-injection à ceux qui l'offre. Cette session explorera également les expériences de changement de comportement et génération de la demande d'un produit nouvellement introduit par le biais de canaux innovants à travers des expériences avec ce produit et d'autres produits lors de son introduction. Session anglophone : Comment mieux adapter la formation ? Approches de formation de qualité à moindre coût Modérateur : Robin Keeley, PATH (5-7 min) Revoir le « menu » des options de formation Discussion flash (15 minutes) • Lekia Lessor Nwidae, CHAI Nigéria • TBD, CHAI Ouganda • Abdoulaye Diallo, Jhpiego Guinée • Avotiana Rakotomanga, JSI Madagascar Rotation des stations de formation (35 minutes) Cours d'eLearning Vidéo de formation des prestataires Vidéo de formation des clientes

DMPA-SC : Des données à la mise en pratique
Du 28 au 31 octobre 2019, Dakar (Sénégal)

	Description : Un menu d'options de formation sera présenté au groupe plénier suivi par les présentations « flash ». Les participants pourront ensuite passer d'une station à l'autre pour une démonstration et une discussion sur la mise en œuvre des différentes approches, y compris la présentation de techniques innovantes de diffusion et d'utilisation des outils de formation.
9 h 30 – 9 h 35	Transition vers la salle plénière
09 h 35 - 10 h 40	Panel des bailleurs de fonds Modérateur : Kaitlin Christenson, PATH Membres du Panel : • Maryjane Lacoste, Fondation Bill & Melinda Gates • Matthew Rehrig, CIFF • Emma Foster, DFID • Kimberly Cole, USAID • TBD, UNFPA Description : Cette session consistera en un panel animé par les cinq représentants de bailleurs lors duquel les participants découvriront, concernant le DMPA-SC et l'éventail de méthodes, la vision à court et à long terme dans l'optique des bailleurs et les prochaines étapes envisagées par eux d'après les discussions des deux premières journées de la rencontre. Cette discussion incorporera les questions de la séance plénière. Les sujets abordés pourront aussi inclure une discussion des silos de financement, de l'intégration des services de planification familiale et VIH, des garanties de prix du DMPA-SC, des versions génériques du DMPA-SC, de la pérennité, de la chaîne d'approvisionnement et une mise à jour concernant le financement Ring Fence Funding du DFID. Les perspectives d'autres représentants de bailleurs (au niveau du pays, notamment) seront aussi discutées sur la manière dont les priorités des bailleurs mondiaux se présentent concrètement dans les pays et/ou sur les priorités et investissements de mission.
10 h 40- 11 h 10	PAUSE
11 h 10 - 13 h 30	TRAVAIL DE GROUPE Description : Les délégations de pays poursuivront leurs discussions de la veille en vue d'un consensus sur trois à cinq priorités d'action. Elles élaboreront un plan d'action apte à catalyser la mise à échelle du DMPA-SC et/ou de l'auto-injection et d'élargir l'éventail de méthodes. Le plan comprendra les rôles, les responsabilités et les échéances applicables, ainsi que l'assistance éventuelle requise des partenaires. Si le changement de politique ou le financement domestique sont identifiés comme priorités, les délégations identifieront aussi le ou les décideurs visés, détailleront le chemin politique à suivre et élaboreront une stratégie de plaidoyer abrégée. Les plans d'action et les stratégies de plaidoyer résultants devront s'aligner sur les plans du pays concernant la mise à échelle du DMPA-SC et y être incorporés. Les facilitateurs de groupe présenteront les modèles et guideront la discussion.

DMPA-SC : Des données à la mise en pratique
Du 28 au 31 octobre 2019, Dakar (Sénégal)

13 h 30 - 14 h 30	DÉJEUNER
14 h 30 - 15 h 30	RAPPORT DU TRAVAIL EN PETITS GROUPES • Afrique francophone (4 groupes) • Afrique anglophone (3 groupes) • Asie (1 groupe) Description : En groupes régionaux de deux ou trois délégations de pays chacun, les pays partageront leurs plans d'action pour l'introduction/la mise à échelle élaborée pendant la rencontre, y compris les prochaines étapes principales, et parleront des besoins d'information et de ressources supplémentaires. Cette session donne aux pays l'occasion de partager leurs expériences et leur état de mise à échelle, de poser leurs questions sur la résolution des obstacles et d'identifier les possibilités de collaboration.
15 h 30 - 16 h	PAUSE
16 h - 16 h 55	RAPPORT DU TRAVAIL EN PETITS GROUPES • Afrique francophone (4 groupes) • Afrique anglophone (3 groupes) • Asie (1 groupe) Description : En groupes régionaux de deux ou trois délégations de pays chacun, les pays partageront leurs plans d'action pour l'introduction/la mise à échelle élaborée pendant la rencontre, y compris les prochaines étapes principales, et parleront des besoins d'information et de ressources supplémentaires. Cette session donne aux pays l'occasion de partager leurs expériences et leur état de mise à échelle, de poser leurs questions sur la résolution des obstacles et d'identifier les possibilités de collaboration.
16 h 55 – 17h	Transition vers la salle plénière
17 h - 17 h 30	RAPPORTS FINAUX, RÉFLEXIONS ET CLÔTURE Résultat attendu : Résumé des points principaux, entente sur les prochaines étapes et occasion donnée aux participants d'exprimer leurs réflexions sur la rencontre.

DMPA-SC : Des données à la mise en pratique
Du 28 au 31 octobre 2019, Dakar (Sénégal)

C. Travail de groupe

Travail de groupe - Instructions

Les pays participant à cette rencontre en sont à des phases différentes du passage à l'échelle du DMPA-SC et de l'introduction et du passage à l'échelle de l'auto-injection. Le but de ce travail de groupe est de guider les groupes de pays à travers un processus individualisé qui leur permette d'identifier les actions spécifiques aptes à dynamiser leurs plans existants de passage à l'échelle du DMPA-SC et de l'auto-injection. Celles identifiées ici doivent inclure les prochaines étapes et les parties responsables de chaque action. Toutes les actions identifiées doivent s'aligner sur les plans d'action DMPA-SC, les engagements de PF du pays et les plans d'action FP2020 (ou autres) et/ou les compléter.

Vous avez sur votre table un exemplaire du travail préliminaire réalisé et un aperçu visuel des données pertinentes de votre pays concernant le processus d'introduction et de passage à l'échelle du DMPA-SC. Veuillez vous y référer lors de la création de vos points d'action.

Mercredi 30 octobre

1 heure 20 minutes

- 1) Présentez-vous les uns les autres au sein de votre groupe de pays et désignez le preneur de notes officiel de votre groupe. Si possible, prévoyez de documenter votre travail de groupe sur ordinateur et enregistrez-le sur clé USB. Le travail de groupe sera collecté en fin de rencontre.
(5 minutes)
- 2) Avec votre groupe, passez en revue votre travail préliminaire et discutez les sessions de la veille sur l'auto-injection. Examinez les principaux points à retenir et leur impact possible sur vos obstacles ou occasions identifiés. Documentez ces points à retenir et leur impact potentiel dans votre pays dans le tableau ci-dessous. **(20 minutes)**

Principaux points à retenir concernant l'auto-injection	Impact potentiel dans votre pays

- a. Votre pays a-t-il déjà commencé à introduire l'auto-injection ?
 - i. Si oui, passez au point 2b.
 - ii. Si non, quels sont les obstacles à l'introduction de l'auto-injection ou les occasions d'introduction ? Ces obstacles ou occasions figurent-ils déjà dans votre travail préliminaire ? Si non, inscrivez dans l'espace prévu ici les obstacles ou occasions supplémentaires à discuter en groupe.

DMPA-SC : Des données à la mise en pratique
Du 28 au 31 octobre 2019, Dakar (Sénégal)

Obstacles ou occasions de l'auto-injection (le cas échéant)

- b. Les données probantes et les expériences relatives à l'auto-injection qui vous ont été présentées hier et aujourd'hui changent-elles la liste des obstacles/occasions identifiés par la délégation de votre pays avant la rencontre ? Pensez aux nouveaux sujets abordés hier et aujourd'hui à la rencontre, comme le secteur privé, les prévisions et le suivi des approvisionnements, et l'auto-prise en charge des soins.
- c. Si oui, révisez vos obstacles/occasions dans l'espace prévu (ajoutez plus de lignes si nécessaire).

Obstacles ou occasions révisés (le cas échéant)

- 3) Priorisez l'ordre dans lequel vous allez aborder vos obstacles/occasions et dressez-en la liste dans le tableau de points d'action ci-dessous. **(10 minutes)**
- 4) Prenez le temps de discuter les deux premiers obstacles/occasions listés dans le tableau de votre plan d'action **(45 minutes)**.
 - a. Remplissez chaque cellule de la ligne pour déterminer comment vous pourrez faire progresser le point d'action dans la mise en œuvre, surmonter les obstacles et saisir les occasions identifiées.
 - b. Envisagez comment intégrer les compétences apprises lors des sessions de renforcement de compétences auxquelles vous avez assisté plus tôt dans la journée (plaidoyer, suivi-évaluation et prévision et suivi des approvisionnements).
 - c. Cela fait sur chaque ligne, vous disposerez d'un planning, avec les obstacles qui s'opposent au passage à l'échelle, les occasions de progresser, les personnes responsables de la direction de chaque action, les approches spécifiques utiles à la progression et les principaux décideurs autorisés et ressources nécessaires au succès du point d'action.

Questions à considérer pour cet exercice de plan d'action :

DMPA-SC : Des données à la mise en pratique

Du 28 au 31 octobre 2019, Dakar (Sénégal)

- Y a-t-il une organisation ou un organisme gouvernemental local ou international particulièrement qualifié sur le plan de votre point d'action ?
- Quelles sont les ressources existantes dont vous pouvez profiter et que vous pouvez utiliser ou adapter à votre contexte ?
- Faut-il changer la politique ? Est-il possible d'amender la politique, ou d'obtenir une dérogation ? Faut-il changer les directives de prestation du service ? Y a-t-il un changement de politique déjà en cours ou accompli récemment ?
- Existe-t-il un soutien politique de haut niveau pour le DMPA-SC et/ou pour l'auto-injection ? Faut-il obtenir l'intérêt ou le soutien de plus hauts niveaux du gouvernement (pour le DMPA-SC et pour l'auto-injection) ?
 - a. Comment procéder ? Quels obstacles faut-il surmonter ?
- Faut-il élaborer de nouvelles formations ou adapter celles existantes ?
- Vous est-il possible de tirer les enseignements d'expériences passées ?
- Le cas échéant, sur quels plans les échanges internationaux seraient-ils particulièrement utiles ?
- Le cas échéant, sur quels plans faudrait-il disposer de nouvelles données ou observations probantes (ceci pourrait inclure l'analyse secondaire de données ou observations existantes) ?
- Quels sont les facteurs qui risquent d'empêcher la réalisation du point d'action ?
- Y a-t-il des insuffisances ou contraintes de financement ?
- Y a-t-il une résistance de la part des intervenants/parties prenantes ?
- En quoi les problèmes ou occasions d'approvisionnement en produit et/ou concernant la chaîne d'approvisionnement sont-ils liés à l'obstacle ou à l'opportunité que vous avez identifié ?

Sur chaque ligne, élaborez un plan d'action pour chaque obstacle/occasion :

Obstacles/Occasions	Solution(s)/Point d'action	Qui a l'autorité de prendre cette décision ou d'adopter cette mesure ?	Quel(le) autre partie prenante/intervenant faut-il engager et comment procéder ?
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Obstacles/Occasions (reprendre ci-dessus)	Qui assumera la direction du point d'action et qui s'occupera de chaque sous- étape ?	De quelles ressources disposez-vous ? De quelles ressources avez-vous besoin ?	Comment allez-vous mesurer/suivre la mise en œuvre ? Quelle est la date de réalisation prévue ?
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Jeudi 31 octobre

2 heures 25 minutes

1. En groupe, réfléchissez à l'information qui vous a été présentée ce dernier jour. **(25 minutes)**
 - a. Dans l'espace ci-dessous, inscrivez les principaux points à retenir sur les thèmes suivants : Approches de formation de qualité à moindre coût. Génération de la demande. Perspectives des bailleurs de fonds/occasions.
 - b. Désirez-vous incorporer une nouvelle information reçue depuis la dernière session de travail de groupe, hier, dans la liste des obstacles/occasions que vous avez déjà élaborée ?

Principaux points à retenir	Impact potentiel sur votre plan d'action

2. Continuez à travailler sur les obstacles/occasions identifiés restants inscrits dans votre tableau, en y intégrant les principaux points à retenir inscrits ci-dessus. **(1 heure 30 minutes)**

Pour préparer votre rapport au petit groupe, décidez avec votre groupe des trois points d'action principaux que vous allez soumettre à la discussion. Ce rapport vous donne l'occasion d'obtenir les réactions ou l'information d'autres groupes de pays concernant vos plans, ainsi que de partager vos enseignements appris ou vos expériences éventuellement utiles à la planification des autres pays représentés dans votre petit groupe. **(30 minutes)**

D. Liste des participants

Pays	Nom	Profession	Organisation
Benin	Aminatou Baco	Family Planning Trainer	MOH
Benin	Ando Raobelison	Deputy Director - Programs	ABMS
Benin	Fréjus Goudjo	Medecin Coordonnateur De Zone Sanitaire	MCZS ABD
Benin	Gaston Ahounou	Chef Service Planification Familiale, Santé des Adolescents et Jeunes	MOH
Benin	Justin Y Tossou	Head of the Reproductive Health and HIV/AIDS's Department	ABMS/PSI
Benin	Pulchérie Atachade		OSV JORDAN
Benin/Togo	Emmanuel Houndekon	Programme Initiative Manager	CARE
Burkina Faso	Aguebina Ouedraogo	Charge de programme	MOH
Burkina Faso	Fatoumata Haidara		Ouagadougou Partnership
Burkina Faso	Mathieu Bougma	Chef de service Planification familiale / Direction de la santé de la famille	MOH
Burkina Faso	Nicolas Ouedraogo	Directeur Marketing	PROMACO
Burkina Faso	Tana Bagnoa	Responsable Des Ms Ladies/Men	Marie Stopes
Burkina Faso	Zanré Yacouba	Point focal pays du projet "DMPA-SC"	Jhpiego
Cambodia	Forum Mistry	Senior Associate, SRH	CHAI
Cote d'Ivoire	Armand Dakouri		ACPCI
Cote d'Ivoire	Khalil Sanogo	Epidémiologiste, point focal TRACK20 et DMPA-SC	MOH
Cote d'Ivoire	Nathalie Akissi	Directrice Des Programmes	AIBEF
Cote d'Ivoire	Patricia Kone		PSI
Cote d'Ivoire	Seidou Kone	Directeur Coordonnateur du Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME)	MOH
Cote d'Ivoire	Touré Oumar	Senior Technical Advisor RH/PF	Jhpiego
Côte d'ivoire	Rodrigue Ngouana	Regional Director	Jhpiego

DRC	Bibi Mboma	Chef de Division Planification Familiale	MOH
DRC	Bibiche Izale	DMPA SC Scale Up Country Coordinator	Pathfinder
DRC	Hyacinthe Musangu	Head of Family Planning & Drug Regulatory Affairs	DKT International
DRC	Justin Kumpel	Chef de Division a.i Planification Familiale	MOH
DRC	Paola Mupwapwa	FP Focal Point Kinshasa	DKT International
Ethiopia	Michael Yihdego	FP/RHCS Technical Specialist	UNFPA
Ghana	Angela Boateng	Programme Officer FP/M&E	MOH
Ghana	Claudette Diogo	Family Planning Prog/ Logistics Officer	MOH
Ghana	Daniel Mensah	Executive Director	Health Keepers Network
Ghana	Demi Duah	Technical Director	TFHP
Ghana	Isaac Lamptey	Assist General Manager Programs	DKT International
Ghana	Joseph Adu	Medical Director	MSI
Ghana	Joyce Amedoe	Country Manager	CHAI
Ghana	Mario Alvarez	Country Director	DKT International
Ghana	Yaa Bonsu Asante	Family Planning Program Manager	MOH
Guinea	Abdoulaye Diallo	Monitoring Evaluation and Research Advisor	Jhpiego
Guinea	Golé Béavogui	Président	ACPG
Guinea	Hadja Bamba	Présidente de la société civile	CSO
Guinea	Madina Rachid	Directrice Nationale Adjointe Santé Familiale et Nutrition	MOH
Guinea	Mamadou Diallo	Representant Marketing social DMPA-SC	DKT/Vision Smart
Guinea	Nagnouma Sano	Responsable Logistique Pharmaceutique, Point Focal SPSR	MOH
Kenya	Denise Murekatete	Technical Advisor RHCS & Task shifting	IPPFAR
Kenya	Irene Obiero	Senior Associate, SRH	CHAI
Kenya	Issac Malonza	CEO and Technical Director	URADCA
Kenya	Jacqueline Mwangi	Program Officer	NEPHAK
Kenya	Judith Anyona		John Snow, Inc.
Kenya	Malyse Uwase	Director Health & Impact	Kasha
Kenya	Melissa Wanda	Advocacy Assistant	PATH

Kenya	Sam Mulyanga	Project Director AFP	Jhpiego
Madagascar	Avotiana Rakotomanga	Country Coordinator	John Snow, Inc.
Madagascar	Dr Noromalala Sylvie Tidahy	Directeur de la Santé Familiale	MOH
Madagascar	Elisohasina Rafalimanana	Gestionnaire de Programme PF Stratégie mobile	PSI
Madagascar	Faramalala Rahelinirina	Chargée de Programme en Planification Familiale	UNFPA
Madagascar	Odile Hanitriniaina	Senior Research and Data Manager	MSI
Madagascar	Romy Andrianarintsalama	Health Financing Advisor	WISH2ACTION
Madagascar	Tsirihanitra Rakotoarinivo	Directeur de Distribution	PSI
Madagascar	Vololoniaina Rasoanandrasana	Responsable de la gestion logistique des produits contraceptifs	MOH
Malawi	Ann Phoya	Clinical Director	MSH ONSE Health Activity
Malawi	Bagrey Ngwira	Senior Lecturer	University of Malawi Polytechnic
Malawi	Fannie Kachale	Director, RHD	MOHP
Malawi	Frehiwot Birhanu	Program Manager	CHAI
Malawi	Gracious Ali	Program Associate	CHAI
Malawi	Jane Zgambo	Service Delivery Manager	PSI
Malawi	Jessie Chirwa	Program Officer, RHD	MOHP
Malawi	Milika Mdala	RHCS FP Focal point	UNFPA
Malawi	Mrs. Pester Siraha	Senior Operations Director	Banja La Mtsogolo (MSI)
Malawi	Premila Bartlett	Senior RH/FP Advisor	USAID
Malawi	Rose Chikumbe	Pharmacist	MOHP
Mali	Aliou Bagayoko	Country Coordinator	Jhpiego
Mali	Aoua Guindo	Point focal Planification familiale	MOH

Mali	Kassoumou Diarra	Pharmacien, Responsable de la Gestion des Approvisionnement et des Stocks des produits SR/PF	MOH
Mali	Patrice Coulibaly	Family Planning and Health Reproductive Advisor	USAID
Mauritania	Ahmed Mohamed	Chef service approvisionnement au Programme national de la santé de la Reproduction	MOH
Mauritania	Boye Salimata	Chef service adjoint PF/Sage femme	MOH
Mauritania	Youssef Limame	Point Focal Jhpiego Mauritanie	Jhpiego
Mozambique	Alda Govo	Chefe do Programa Nacional de PF	MOH
Mozambique	Clara Jaime	Ponto Focal de PF- Niassa	MOH
Mozambique	Ivandra Libombo	Planification	MOH
Mozambique	Ryan Kelley	Country Representative	PSI
Myanmar	Chan Maung	Deputy Regional Health Director	MOH
Myanmar	Hnin Lwin	Deputy Director, Maternal and Reproductive Health	MOH
Myanmar	Htwe Soe	Assistant director, Maternal and Child Health/School Health/Nutrition, Taninthary Regional Public Health Department.	MOH
Myanmar	Myint Win	Program Manager	PATH
Myanmar	Ohnmar Myint	Head of Operations (Upper Myanmar)	PSI
Myanmar	Thant Thant Sin	Senior Associate	CHAI
Myanmar	Thiri Kyaw	Program Officer	CHAI
Niger	Aissata Alassane	Master II en Sante de la Reproduction	MOH
Niger	Djibo Hama	Manager de la Sante de la Reproduction	PSI
Niger	Harou Issoufa	Director of Family Planning	MOH
Niger	Ibrahim Innocent	Country Focal point	Jhpiego
Nigeria	Abdulhameed Adediran	Programme Manager	ARFH/BMGF
Nigeria	Adenike Ayodele	Programme Officer	CCSI
Nigeria	Adewole Adefalu	Country Coordinator	John Snow, Inc.
Nigeria	Ijeoma Nwankwo	Program Officer	DRPC PACFAH Project
Nigeria	Jennifer Anyanti	Deputy Managing Director	SFH
Nigeria	Kayode Afolabi	Director, Reproductive Health	FMOH

Nigeria	Lawrence Anyanwu	Deputy Director, Population Programme	FMOH
Nigeria	Lekia Nwidae	Senior Analyst	CHAI
Nigeria	Olajimi Latunji	Program Officer	John Snow, Inc.
Nigeria	Rodio Diallo	Senior Program Officer, Family Planning	Gates
Nigeria	Sada Danmusa	CEO	M-Space
Pakistan	Akhtar Rashid	Technical Advisor	Government of Punjab
Pakistan	Fauzia Assad	Country Director	Jhpiego
Pakistan	Mohiuddin Mohammad	Project Director- Family Planning	RIZ Consulting
Pakistan	Muhammad Iqbal	Secretary to Government of the Punjab	Government of Punjab
Pakistan	Muhammad Rafiq	Technical Specialist	UNFPA
Pakistan	Roshan Fida	Technical Advisor-Family Planning	RIZ Consulting
Pakistan	Syed Azmat	Chief Technical Officer	Greenstar Social Marketing Pakistan
Pakistan	Talib Lashari	Focal Person FP2020 Working Group/Technical Advisor to the CIP secretariat	Government of Sindh
Rome	Daniele Russo	Director, Global Health Partnerships	Pfizer
Senegal	Adama Faye	Executive Director	ADEMAS
Senegal	Adjaratou Sow Diallo	Economiste de la sante	MOH
Senegal	Alain Kabore	Regional Technical Advisor	PATH
Senegal	Aminatou Sar		PATH
Senegal	Awa Dieng	Country Program Manager	Abt Associates
Senegal	Coudou Sow	Social Marketing Advisor	ADEMAS
Senegal	Dominique Gomis	Sociologist	UNFPA/WCARO
Senegal	Farmata Seye		PATH
Senegal	Fatimata Sy	Senior Health Advisor	CIFF
Senegal	Fatou Diaw		UNFPA
Senegal	Fatou Sarr	Conseillère technique/ Santé maternelle néonatale et infantile	IntraHealth
Senegal	Fatou Ndiaye	Senior Maternal Child Health and Family planning Specialist	USAID

Senegal	Fenosa A. Ratsimanetrimanana	Family Planning Advisor	UNFPA/WCARO
Senegal	Hawa Talla	Director- The Challenge Initiative Francophone West Africa	Intrahealth
Senegal	Ida Ndione	Project Manager	Path
Senegal	Khady Seck	Coordonnatrice	MOH
Senegal	Lala Sow	Direction de la Sante	Direction de la Sante, de la Mere et de l'Enfant
Senegal	Louise Coskeran	Reproductive Health and Demography Representative	DFID
Senegal	Mareme Ndiaye	Division Chief, Direction of Family Planning (DSME/DPF)	MOH
Senegal	Mareme Dabo	Technicienne superieur en enseignement administration	MOH
Senegal	Marie Ba	Deputy Director	Ouagadougou Partnership
Senegal	Maymouna Ba		PATH
Senegal	Mbayam Gueye	Country Brand Manager	Pfizer
Senegal	Ndeye Magatte Diop		MOH
Senegal	Ndiaye Sene	Midwife	MOH
Senegal	Norbert Coulibaly	Senior Technical Manager	Ouagadougou Partnership
Senegal	Salimata Cisse		MSI
Senegal	Serigne Kane	M&E Manager	Abt Associates
Senegal	Soda Niang	Coordinate/PF	UNFPA/WCARO
Switzerland	Petrus Steyn	Scientist	WHO
Tanzania	Ninabina Kitururu	Member	IYAAP
Togo	Anita Eklu	Technicienne supérieure de santé gestionnaire projet Distribution à Base Communautaire	ATBEF
Togo	Dédé Ajavon	Gynécologue obstétricienne	MOH
Togo	Kossivi Kanyi	Gynecologue-obsteticien	MOH
Togo	Nabissan Kenkou	Medical Director	Santé Intégrée

Togo	Yaba Essien	Chargée DMPA-SC	Jhpiego
Uganda	Allen Namagembe	M&E Officer	PATH
Uganda	Christopher Arineitwe	Senior Technical Advisor - Family Planning	FHI 360
Uganda	Faridah Luyiga	Regional Communication Advisor	WRA
Uganda	Fiona Walugembe	Country Coordinator	PATH
Uganda	George Barigye	Regional Technical Advisor	PATH
Uganda	Joy Batusa	Associate Director	CHAI
Uganda	Lillian Sekabembe	Director Programs	PSI
Uganda	Livingstone Makanga	Assistant Commissioner of Infant and Reproductive Health	MOH
Uganda	Placid Mihayo	Senior Consultant O&G/Family Planning Focal Person	MOH
Uganda	Thomas Obua	Senior Pharmacist	MOH
UK	Emma Foster	Senior Programme Manager	DFID
UK	Matthew Rehrig	Director	CIFF
UK	Raveena Chowdhury	Head of CIFF Projects	MSI
UK	Shanze Mahmood	Analyst, Adolescent Sexual Health	CIFF
UK	YuHsin Huang	Senior Technical Advisor for Comprehensive Service Delivery	IPPF
USA	Ann-Marie Yongho		John Snow, Inc.
USA	Beth Balderston		PATH
USA	Beth Frederick	Senior Associate, Executive Director, Advance Family Planning	Johns Hopkins University
USA	Bhavya Gowda		PATH
USA	Carmit Keddem		John Snow, Inc.
USA	Catherine Packer	Research Associate II	FHI360
USA	Chloe Morozoff		PATH
USA	Clea Finkle	Program Officer	Gates
USA	Dana Aronovich		John Snow, Inc.
USA	Holly Burke	Scientist	FHI360
USA	Jane Cover		PATH
USA	Jane Feinberg		John Snow, Inc.

USA	Jen Drake		PATH
USA	Julie Heinsen		PATH
USA	Kaitlin Christenson		PATH
USA	Katie Gray		PATH
USA	Kelsey Holt	Assistant Professor	UCSF
USA	Kimberly Cole	Technical Advisor	USAID
USA	Laila Akhlaghi		John Snow, Inc.
USA	Lila Cruikshank	Consultant	GIA
USA	Marty Mukasa		PATH
USA	Martyn Smith	Managing Director	FP2020
USA	Maryjane Lacoste	Senior Program Officer, Family Planning	Gates
USA	Megan Christofield	Technical Advisor	Jhpiego
USA	Megan Shawcross		PATH
USA	Navita Jain	Senior Program Manager	AVAC
USA	Nicole Danfakha		John Snow, Inc.
USA	Rachel Simon		John Snow, Inc.
USA	Rebecca Husband	Technical Advisor	PSI
USA	Robin Keeley		PATH
USA	Robyn Sneeringer	Senior Program Officer	Gates
USA	Roy Jacobstein	Global Technical Lead for FP	IntraHealth
USA	Saad Abdulmumin	Senior Epidemiologist and RH Advisor	USAID
USA	Scott Rosenblum	Program Director	GIA
USA	Siri Wood		PATH
Zambia	Amos Mwale	Executive Director	CHRE
Zambia	Chilufya Kasanda	Project Coordinator	TALC
Zambia	Dyness Chinyama	Chief Safe Motherhood Officer	MOH
Zambia	Gertrude Nanyangwe	Registered Nurse	MOH
Zambia	Gina Smith	Acting Country Representative/Chief of Party SARAI	PSI/SFH
Zambia	Martha Ndhlovu	Program Manager	CHAI
Zambia	Maxwell Kasonde	Public Health Pharmacist -RMNCAH/FP	MOH

Zambia	Mika Bwembya	Public Health Supply Chain Director and TMA lead	JSI
Zambia	Monica Mutesa	Country Coordinator	PATH
Zambia	Thandiwe Sibulinjase		PATH