



803263
**SAYANA
PRESS**
104mg/0,65ml
S.C.

COMMENT INTRODUIRE LE DMPA SOUS-CUTANÉ (Sayana Press) ET PASSER À L'ÉCHELLE

Guide pratique de PATH,
d'après les enseignements
tirés de l'introduction pilote

REMERCIEMENTS

La rédaction de ce document revient aux membres de l'équipe du projet DMPA sous-cutané, en particulier Siri Wood, Jennifer Kidwell Drake, Sara Tifft, Anna Stout et Beth Balderston. Jane Cover, Ellen MacLachlan, Rachel Hien, Leigh Priester, Jeanette Lim, Jerry Parks, Marguerite Ndour, Fiona Walugembe, Alain Kaboré, Daouda Siddo et Martha Brady y ont également contribué. John Ballenot a assuré la relecture, et Shawn Kavon et Jean-Pierre Leguillou, la conception.

Le projet a bénéficié de subventions de la Fondation Bill et Melinda Gates et de la Fondation de fonds d'investissement de l'enfant (ClIFF). PATH tient à saluer la tâche considérable réalisée par ses principaux partenaires dans le cadre de l'introduction pilote : les ministères de la santé du Burkina Faso, du Niger, du Sénégal et de l'Ouganda, les organisations Childfund International, Communications for Development Foundation Uganda (CDFU), IntraHealth International, Pathfinder International, Reproductive Health Uganda (RHU), Uganda Health Marketing Group (UHMG) et le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA). Merci aussi à l'Agence de Marketing Social (ADEMAS), à l'Association Nigérienne de Marketing Social (ANIMAS-Sutura), à la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), à l'International Planned Parenthood Federation (IPPF) et à ses filiales nationales, à Marie Stopes International (MSI) et à ses représentations locales, à l'Agence américaine pour le développement international (USAID) et à WellShare International pour leur précieuse collaboration. Les opinions exprimées dans ce document sont strictement celles de PATH et ne reflètent pas nécessairement celles de ses donateurs ou partenaires.



ADRESSE MUNICIPALE
2201 Westlake Avenue, Suite 200
Seattle, WA 98121 USA

ADRESSE POSTALE
PO Box 900922
Seattle, WA 98109 USA

info@path.org
www.path.org

Indication de source suggérée : PATH. *Comment introduire le DMPA sous-cutané (Sayana Press) et passer à l'échelle : Guide pratique de PATH, d'après les enseignements tirés de l'introduction pilote.* Seattle : PATH ; 2017.

Copyright © 2017, PATH. Tous droits réservés. Le contenu de ce document peut être utilisé librement à toutes fins éducatives ou non commerciales, à condition d'en citer la source. Photos et profils de clientes reproduits sous autorisation. Sayana Press, Depo-Provera et Depo-SubQ Provera 104 sont des marques déposées de Pfizer Inc. Uniject est une marque déposée de BD.

Photo de couverture : PATH/Will Boase

TABLE DES MATIÈRES

1. Résumé	7
Elargissant l'éventail de choix	7
2. Contexte	15
Accroître l'accès et l'éventail de méthodes contraceptives	15
Le produit	18
Résultats de l'introduction pilote	19
Utiliser l'introduction de produit pour renforcer les systèmes de santé	21
L'auto-administration, une pratique émergente	22
3. Engagement des parties prenantes et coordination	25
La coordination et l'engagement sont gages du progrès	25
Importance d'une coordination centralisée au niveau du pays	26
Maximiser l'apprentissage et l'échange d'information pour identifier de nouveaux créneaux	29
Définir clairement le rôle des partenaires pour améliorer la coordination et la responsabilisation	31
4. Planifier la stratégie d'introduction	34
Le plan d'introduction sert de feuille de route	34
Concevoir la stratégie d'introduction pour obtenir les résultats désirés	37
Distribution dans le secteur privé	40
5. Enregistrement	48
Autorisation d'achat, d'importation et d'usage du produit dans un pays	48
Processus d'enregistrement et responsabilité	48
Imprévisibilité des délais d'enregistrement	51
6. Quantification et achat	54
Acheter la bonne quantité du produit	54
Quantification : De quelle quantité de produit faut-il disposer pour l'introduction pilote ?	55
7. Formation et suivi des prestataires	61
La formation et la supervision assurent la qualité	61
Évaluation des besoins de formation	62
La formation détermine les résultats de l'introduction	63
Décisions de curriculum et contenu	65
Évaluation de la compétence des prestataires après la formation	69
Former les prestataires à collecter les données de suivi	70
L'auto-administration : former les prestataires à former leurs clientes	70
Valeur du suivi après la formation	72

8. Création de la demande	76
Création de la demande pour une nouvelle option contraceptive	76
Guide de communication à l'intention des partenaires de l'introduction du DMPA-SC	78
9. Distribution	84
Faire bouger le produit	84
Effets des approches de gestion de la chaîne d'approvisionnement du produit sur les coûts et les résultats du programme	85
Suivi de la distribution pour identifier et résoudre les problèmes	90
Fournitures : au-delà du DMPA-SC	91
10. Suivi et évaluation	94
Informations pour la prise de décision et l'évaluation des résultats	94
Sélection et définition des indicateurs	96
Nécessité d'un plan de suivi et de ressources de mise en œuvre	97
Méthodes de collecte des données et de rapport	100
Évaluer l'introduction du DMPA-SC : comprendre les coûts, la continuation et l'impact ..	100
11. De l'introduction au passage à l'échelle	106
Elargir l'impact à travers la mise à l'échelle	106
Facteurs de décision du passage à l'échelle	106
Quatre décisions distinctes de passage à l'échelle nationale	107
Le véritable passage à l'échelle exigera un effort beaucoup plus important — dans ces quatre pays et au-delà	108

ABRÉVIATIONS

ABBEF	Association Burkinabè pour le Bien-Être Familial
ASC	Agent de santé communautaire
BD	Becton Dickinson
CDFU	Communication for Development Foundation Uganda
CMM	Consommation moyenne mensuelle
DBC	Distribution à base communautaire
DMPA	Acétate de médroxyprogestérone en dépôt
DMPA-IM	Appellation générique de la formule intramusculaire de l'acétate de médroxyprogestérone en dépôt
DMPA-SC	Appellation générique de la formule sous-cutanée de l'acétate de médroxyprogestérone en dépôt
FP2020	Projet Family Planning 2020
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
IM	Intramusculaire
IPM	Modèle de distribution « Informed Push Model »
MdS	Ministère de la santé
MHRA	Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency
MSBF	Marie Stopes Burkina Faso
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
RHU	Reproductive Health Uganda
SIS	Système d'information sanitaire
UHMG	Uganda Health Marketing Group
UK	Royaume-Uni
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
USAID	Agence américaine pour le développement international
VHT	Village Health Team (équipe de santé villageoise)

COMMENT UTILISER CE DOCUMENT

Ce document a été conçu pour aider le ministère de la santé et les partenaires de mise en œuvre non gouvernementaux dans l'élaboration de leurs stratégies et activités d'introduction et de passage à l'échelle du DMPA sous-cutané (DMPA-SC). L'introduction de ce produit a pour but d'élargir la gamme des méthodes contraceptives et d'améliorer l'accès à la contraception. Le DMPA sous-cutané est une nouvelle méthode contraceptive injectable à moindre dose et facile à déployer, administrée dans le tissu adipeux et non dans le muscle. Sayana® Press est la marque du DMPA-SC disponible aux pays FP2020, fabriqué par Pfizer Inc. qui combine le médicament et l'aiguille dans le système d'injection Uniject™ de BD. L'offre aux femmes d'une nouvelle option de contraception injectable facilement accessible est prometteuse d'une révolution de la planification familiale, surtout dans les milieux isolés.

Le lecteur trouvera ici un guide pratique, basé sur la compilation des résultats, des données et des enseignements de l'introduction pilote du produit DMPA-SC dans quatre pays d'Afrique. Il repose principalement sur l'expérience réussie de PATH dans la coordination de l'introduction de DMPA-SC administré par les prestataires. Aucun des pays n'avait encore approuvé ou pratiqué l'auto-administration en dehors d'un contexte de recherche durant la phase pilote.

Le document peut être parcouru en intégralité ou à travers ses différentes sections. Chaque section décrit l'expérience de PATH durant l'introduction pilote ; elle en présente les résultats et des conseils d'introduction, les enseignements tirés, des études de cas, des recommandations et des ressources pratiques. Le guide offre une ressource de planification d'une phase pilote visant tout particulièrement les pays qui ont déjà décidé d'introduire DMPA sous-cutané. Cependant, il ne couvre pas le processus décisionnel en soi. Le document s'organise en 11 sections, intitulées comme suit :

1. Résumé
2. Contexte
3. Engagement des parties prenantes et coordination
4. Planifier la stratégie d'introduction et de passage à l'échelle
5. Enregistrement du produit
6. Quantification et achat
7. Formation et encadrement des prestataires
8. Générer la demande
9. Gestion de la chaîne d'approvisionnement
10. Suivi et évaluation
11. De l'introduction au passage à l'échelle

La plupart des étapes d'introduction s'appliquent à de nombreux produits et il existe de nombreuses ressources utiles pour la planification et la conduite d'une évaluation situationnelle ou pour l'organisation des activités de formation et de suivi des prestataires. Ce guide n'aborde que brièvement le processus d'introduction générique, choisissant d'approfondir plutôt les aspects uniques à l'approche pilote de la technologie contraceptive de DMPA-SC, Sayana Press.

Les expériences des premières introductions pourront être utiles à de nouvelles expériences et transitions, que ce soit dans le cadre de projets pilotes de faible envergure ou de prestations à grande échelle. Au nom de toute l'équipe PATH DMPA sous-cutané et de nos précieux partenaires, nous espérons que vous trouverez dans ce guide une source d'inspiration pratique et pertinente. Vous pouvez jouer un rôle important en offrant à plus de femmes et de familles dans le monde la possibilité d'accéder aux avantages de ce nouveau produit contraceptif.



1

Résumé

ELARGISSANT L'EVENTAILLE DE CHOIX

Dans le cadre d'une initiative novatrice coordonnée par PATH, le DMPA sous-cutané (DMPA-SC, produit de marque Sayana® Press) est disponible depuis 2014 et offert par les prestataires de services de la planification familiale au Burkina Faso, au Niger, au Sénégal et en l'Ouganda. L'introduction pilote a cherché à mieux comprendre le marché potentiel d'un injectable prérempli et à évaluer l'impact de l'introduction dans le contexte de différents pays et sous différents scénarii de distribution. L'introduction a été largement menée dans le secteur public, en étroite collaboration avec le gouvernement de chaque pays en impliquant plusieurs organisations non gouvernementales à but non lucratif. Le produit DMPA sous-cutané utilisé dans les introductions pilotes et cité dans ce document est le Sayana® Press.

Pendant les deux années de l'introduction pilote, PATH a recueilli un vaste référentiel de résultats mettant en évidence le potentiel considérable du produit à élargir la gamme de méthodes contraceptives, faciliter l'offre de l'injectable par les agents de santé

communautaire aussi bien que par les prestataires professionnels des structures de santé. De plus, ce nouvel injectable a permis de mettre en évidence son potentiel à attirer de nouvelles utilisatrices de la planification familiale et à donner aux femmes plus d'autonomie et de contrôle sur leurs décisions de planification familiale. Ce document contient les résultats les plus pertinents et les enseignements importants tirés des introductions pilotes et propose des orientations pratiques pour les prochaines initiatives d'introduction et de passage à l'échelle de DMPA-SC.

La contraception injectable constitue une option majeure de prévention de la grossesse, choisie par de nombreuses femmes du monde comme une méthode sûre, efficace, pratique et confidentielle. Les produits innovants tels que le DMPA-SC (produit de marque Sayana® Press), une formule à moindre dose du DMPA intramusculaire (DMPA-IM, produit de marque Depo-Provera®) présenté sous forme d'un dispositif « tout en un », peuvent élargir l'accès à la planification familiale. En effet, les agents de santé de niveau inférieur ont la possibilité

de l'administrer et les femmes elles-mêmes peuvent se l'administrer. L'introduction pilote a proposé la contraception injectable pour la première fois dans de nombreuses communautés, plus près du lieu de résidence des femmes. Les résultats présentés dans ce guide ont contribué à la décision de passage à l'échelle dans les quatre pays pilotes. Ils pourront éclairer aussi celle des parties prenantes dans d'autres contextes de savoir s'il convient d'inclure cette option dans leurs futurs programmes de planification familiale et de quelle manière.

Au-delà de cette introduction, la recherche sur l'auto-administration effectuée par PATH et ses partenaires gouvernementaux au Sénégal et en Ouganda laisse entendre qu'il s'agirait là d'une approche vraisemblablement faisable et acceptable. D'après les résultats disponibles à ce jour, l'auto-administration offre le potentiel convaincant d'élargir l'accès et d'autonomiser les femmes en les aidant à gérer leur santé reproductive de manière efficace et privée.

PATH, les ministères de la santé (MdS) et leurs partenaires ont acquis une expérience, des connaissances et des ressources dont pourraient bénéficier les donateurs, gouvernements et autres groupes qui travaillent à l'introduction et le passage à l'échelle du DMPA-SC ou de produits similaires. Forts des enseignements tirés par PATH et ses partenaires pendant les introductions pilotes, nous proposons ici une série de recommandations importantes, telles qu'énoncées ci-dessous.

ENGAGEMENT DES PARTIES PRENANTES ET COORDINATION

- **Établir et renforcer les relations avec ses homologues au ministère de la santé.** L'établissement et l'entretien de solides relations bilatérales avec ses homologues au MdS aident à assurer une transition harmonieuse vers le passage à l'échelle.
- **Désigner une personne ou un organisme responsable de la coordination des parties prenantes et de leurs activités.**

Une personne ou un organisme avec des responsabilités bien définies peut assurer la progression ininterrompue des activités, faciliter les échanges d'informations et de ressources et servir d'interlocuteur clair pour la communication entre tous les partenaires, y compris le MdS et les bailleurs de fonds.

- **Définir le rôle des partenaires et les mécanismes de coordination de l'introduction sous forme de plan écrit.** Étant donné la complexité de l'introduction d'un nouveau produit, il peut y avoir un risque important que la planification et la mise en œuvre piétinent, en l'absence d'un plan consensuel définissant clairement les engagements et la coordination entre le Ministère de la Santé et les organisations de la société civile.
- **Diffuser largement l'expérience et les résultats de l'introduction du produit.** De nombreuses parties prenantes, dans tous les contextes, bénéficieront des enseignements de l'introduction du produit et pourront y identifier de nouveaux créneaux d'amélioration de l'accès des femmes à la contraception.

PLANIFIER LA STRATÉGIE D'INTRODUCTION

- **Pour atteindre d'importants volumes, introduire le DMPA-SC à tous les niveaux du système de santé dans les grandes zones géographiques.** Ne pas sous-estimer le potentiel du niveau communautaire à générer la consommation d'importants volumes, surtout avec le soutien des efforts de communication et de sensibilisation.
- **Pour atteindre un plus grand nombre de nouvelles utilisatrices, privilégier la prestation au niveau communautaire et proposer l'injectable là où il n'était auparavant pas disponible.** Accroître le nombre de nouvelles utilisatrices de planification familiale peut contribuer à réduire les besoins non satisfaits et augmenter la prévalence contraceptive.

- **Prévoir de grands volumes de DMPA-SC par rapport au DMPA-IM dans les canaux de prestation communautaire.** Les données de l'introduction pilote renforcent celles de la recherche initiale sur l'acceptabilité de DMPA-SC parmi les prestataires du niveau communautaire et leurs clientes.
- **Tenir compte des occasions qu'offre le DMPA-SC pour accroître l'accès aux jeunes femmes à la contraception.** Explorer différents canaux de prestations publics et privés et considérer les activités de formation, de suivi et de communication supplémentaires requises pour soutenir et renforcer l'accès des jeunes femmes et des adolescentes.
- **Investir dans le marché total pour l'introduction dès le début de la planification et au-delà.** Les données limitées concernant l'introduction du DMPA-SC dans le secteur privé laissent entendre un excellent potentiel d'élargissement de l'accès.

ENREGISTREMENT

- **S'informer de l'état d'enregistrement du DMPA sous-cutané dans le monde.** S'assurer que la sécurité, l'efficacité et la qualité du produit ont été soigneusement vérifiées. Dans la phase d'introduction, et lors du passage à l'échelle, il peut être utile de comprendre les principaux éléments factuels des antécédents d'enregistrement du produit — comme l'enregistrement du médicament aux États-Unis et en Europe et son approbation à l'auto-administration par une autorité réglementaire rigoureuse.
- **Assurer la souplesse dans les plans d'introduction.** Le processus d'enregistrement demande souvent beaucoup plus de temps que prévu. L'enregistrement incombe au fabricant et les processus nationaux sont souvent imprévisibles.
- **Suivre le processus d'enregistrement et savoir ce qui peut être accompli, entretemps, pour faire avancer l'introduction.** Dans l'attente de l'enregistrement, il est utile de rester en contact avec le personnel clé du MdS et avec la personne-contact du fabricant, au cas où certains obstacles ou questions se poseraient et exigeraient un effort de coordination. Les activités de planification de l'introduction telles que l'élaboration/adaptation du système de suivi, du programme de formation des prestataires et des campagnes de communication peuvent être entreprises avant la finalisation de l'enregistrement.

QUANTIFICATION ET ACHAT

- **Suivre le plan d'introduction comme guide de la quantification.** L'information contenue dans le plan d'introduction doit éclairer l'exercice de quantification des besoins d'achat initiaux. Notamment : le nombre, les types et l'emplacement des prestataires à former pour l'administration du produit et le calendrier des prestations.
- **Tenir compte des données relatives aux doses administrées par prestataire en fonction des stratégies de prestation similaires.** Les données de PATH issues des pays pilotes s'étalent sur un large éventail de doses administrées par prestataire, de trois unités par mois par les prestataires communautaires au Sénégal à 14 unités par mois par ceux attachés aux structures des organisations non gouvernementales (ONG) au Burkina Faso. Il faudra prendre en compte les différentes variations selon le contexte et voir la pertinence de les considérer pour une supposée quantification dans des contextes nouveaux.
- **Considérer plusieurs sources pour obtenir une quantification plus fiable.** Outre les facteurs de prestation et de formation, le processus de quantification initial exige les planification en perspectives du fabricant, de la durée de conservation du produit et des dates de péremption, des politiques du pays et du moment de l'obtention de l'enregistrement ou l'autorisation de mise sur le marché formelle définitive.



PATH/Gabe Bienczycki

FORMATION ET SUIVI DES PRESTATAIRES

- **Commencer par évaluer le nombre de personnes à former et les sujets à couvrir à travers le système de prestation de la planification familiale.** Ne pas omettre les acteurs clés tels que les superviseurs ou les agents conseillers, qui peuvent représenter le premier point de contact des femmes avec le système même s'ils n'administrent pas les injections.
- **Pour une adoption et un déploiement rapide du produit, mettre en œuvre une formation simultanée en cascade.** Cette approche nécessite d'excellents maîtres formateurs, qui connaissent intimement le produit. Le recours aux formateurs gouvernementaux existants du pays renforcera la durabilité.
- **Concevoir la formation de manière à répondre aux besoins des agents de santé communautaire.** Dans la plupart des situations, les ASC sont parfaitement capables d'administrer le DMPA-SC dans le contexte du choix éclairé. S'assurer que le programme de formation couvre tous les sujets peu familiers aux ASC en matière de planification familiale et respecte leurs niveaux d'alphabétisation, de connaissances et de situation géographique (dans la mesure du possible).
- **Le choix éclairé doit, dans tous les cas, rester une priorité de la formation et de l'encadrement-accompagnement, quelles que soient les circonstances.** Il est particulièrement important de souligner que le DMPA-SC représente une option parmi de nombreuses autres, pour parer à l'enthousiasme (souvent bien intentionné) des prestataires à l'égard du nouveau produit. Le DMPA-SC ne convient pas nécessairement, et de loin, à toutes les femmes. Il importe d'aborder la question du choix éclairé, surtout si la formation ne couvre que le DMPA-SC ou l'administration de l'injectable.
- **Concevoir le programme de formation en fonction du contexte.** Adapter, si nécessaire, le module de formation de PATH déjà expérimenté sur le terrain, en estimant s'il convient de couvrir le DMPA-SC simplement ou la planification familiale dans son ensemble. Prêter attention au fait qu'il est aussi important de parler des données que les prestataires seront amenés à collecter.

- **Investir dans la supervision formative de qualité.** Le suivi post-formation permet de s'assurer que chaque participant aux formations maîtrise bien les compétences transmises à cette occasion et puisse les transmettre à son tour sur les lieux de travail. Définir des attentes claires quant à savoir qui doit assurer la supervision formative, à quelle fréquence et selon quelles approches.

GÉNÉRER LA DEMANDE

- **Tirer parti des compétences des partenaires et des données factuelles disponibles pour sélectionner les approches de communication.** Outre les médias traditionnels, on retiendra parmi les autres stratégies de création de la demande l'approche des groupes sociaux et religieux, la production ou l'adaptation de pièces de théâtre communautaire et l'établissement de sources d'information confidentielles faciles d'accès telles que des permanences téléphoniques gratuites et des brochures décrivant en détail chaque méthode et ses effets secondaires.
- **Utiliser la radio et les agents de santé pour les communications interpersonnelles.** L'exploitation de ces canaux exige l'élaboration d'un matériel approprié que les agents de santé peuvent utiliser pour conseiller leurs clientes sur les méthodes de planification familiale et leurs effets secondaires. Il convient aussi de programmer des émissions ou « annonces » radiophoniques de manière à apporter aux hommes et aux femmes de la communauté ou de la région un message positif sur la planification familiale.
- **Le calendrier et l'éventail d'activités de communication pour le changement comportemental doivent s'aligner sur la stratégie générale de l'introduction ou du passage à l'échelle.** Si la promotion d'un nouveau produit tel que le DMPA-SC est lancée avant que le produit ne soit disponible dans les structures de santé locales, les clientes risquent de se sentir frustrées. Si les activités de communication sont différées trop longtemps après la disponibilité du produit, les ressources du projet risquent d'être insuffisantes, ou les campagnes, faute de temps, de ne pas produire un impact durable, tel que le changement des normes sociales.

GESTION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT

- **Investir dans les systèmes de distribution pour assurer la disponibilité constante du DMPA-SC.** L'introduction d'une nouvelle technologie met en lumière les forces et les faiblesses des systèmes de distribution existants. Le potentiel d'une innovation à accroître l'accès dépend de la qualité du système de distribution. De plus grands investissements peuvent être requis pour assurer le succès de l'introduction — en particulier aux niveaux les plus périphériques (celui des agents de santé communautaire, par exemple).
- **Cartographier la chaîne d'approvisionnement.** Il convient d'étudier et de cartographier la chaîne d'approvisionnement, du dépôt central jusqu'à l'utilisatrice finale, afin d'identifier les obstacles potentiels et les organismes et personnes responsables des différentes tâches.
- **Déterminer comment mieux intégrer le DMPA-SC dans la chaîne d'approvisionnement des produits contraceptifs existante.** Cette intégration avec le système national permettra d'éviter de faire d'investissements additionnels et pourra bien positionner le produit pour le passage à l'échelle nationale. Des investissements ciblés pourraient toutefois être nécessaires pour renforcer la gestion logistique ou le système de rapportage, et pour minimiser les ruptures de stock.
- **Passer en revue les données logistiques clés telles que les mois de stock disponible (MSD) et la consommation moyenne mensuelle (CMM) pour s'assurer du stock suffisant à chaque niveau.** Les MSD et la CMM peuvent influencer les commandes au niveau des formations sanitaires et la quantification au niveau national.
- **Tenir compte de la durée de conservation des unités de DMPA-SC et de la date de péremption.** Le DMPA-SC a une durée de

conservation de trois ans. Il faut veiller à disposer d'un plan de suivi des dates de péremption et de récupération des unités avant cette date. Des stocks suffisants doivent être distribués sur le terrain avant l'arrivée de la date de péremption.

SUIVI ET ÉVALUATION

- **Commencer tôt. La conception du système de suivi doit coïncider avec la planification de la stratégie d'introduction ou de passage à l'échelle.** Les retards de mise en œuvre du système de suivi peuvent engendrer des informations incomplètes concernant l'impact du produit.
- **Avoir un consensus sur la définition des indicateurs.** La définition uniforme et soignée des indicateurs au sein des pays et d'un pays à l'autre favorise la production d'une information utile. Un nombre absolu peut donner une bonne idée de volume, mais le calcul d'un pourcentage produit parfois une information plus riche.
- **Avoir une échelle de collecte des données raisonnable et ne collecter que les données nécessaires.** S'assurer que toutes les données choisies sont pertinentes et faisable à collecter ; ceci pour éviter de pertes de coûts et d'efforts.
- **Budgétiser adéquatement la collecte des données.** Les ressources financières et le temps nécessaires à la bonne exécution du suivi sont souvent sous-estimées. Il importe de planifier et de financer adéquatement le plan de suivi à l'avance.
- **Veiller à ce que l'approche du suivi capture les contributions de plusieurs canaux périphériques.** La capacité de mesurer le composant de la distribution à base communautaire (DBC) d'un programme est perdu si la DBC est introduite mais les données intégrées au niveau de la structure de référence ne sont pas désagrégées. Lors de la conception du système et des formulaires de suivi, il convient de décomposer intentionnellement les données en fonction

de tous les nouveaux canaux de prestation (comme la DBC), afin de permettre l'analyse des innovations de prestation de service.

- **Former les prestataires aux outils et systèmes de suivi.** Il est plus rentable et stratégique de former les prestataires aux outils de suivi durant leur formation au DMPA-SC. La formation à la collecte des données durant les visites de supervision est plus coûteuse et nécessite la correction de pratiques déjà établies.
- **Voir si d'autres activités d'évaluation ou de recherche opérationnelle sont nécessaires pour obtenir des informations plus complètes.** Les données de suivi aident à comprendre les chiffres et les tendances, mais une enquête, ou une étude qualitative auprès des clientes ou des prestataires apportent une meilleure réponse à certaines questions.

DE L'INTRODUCTION AU PASSAGE À L'ÉCHELLE

- **Prendre en considération les options et les exigences de l'échelle verticale et horizontale.** Pour l'échelle verticale, le produit doit-il être intégré dans les directives ou politiques existantes (par exemple, la liste des médicaments essentiels ou autre) ? Pour ce qui est de l'échelle horizontale, l'élargissement de l'offre du DMPA-SC au-delà des structures vers le niveau communautaire nécessite-t-il des changements de politique ? L'élargissement géographique permettrait-il d'atteindre de nouveaux groupes présentant un besoin non satisfait ?
- **Collaborer étroitement avec le ministère de la santé national et avec d'autres groupes clés pour la planification du passage à l'échelle.** L'engagement des parties prenantes nationales a donné lieu à une transition relativement harmonieuse et organique de l'introduction pilote au passage à l'échelle dans les quatre pays. Mieux encore, l'implication approuvée de nombreux groupes a favorisé, pour le passage à l'échelle, le recours aux ressources de planification familiale existantes.

- **Le passage à l'échelle peut être possible avant la disponibilité de toutes les données.** Dans la plupart des pays pilotes, les décideurs ont décidé indépendamment de passer de l'introduction à l'échelle sur la base des données de suivi, avant même que les résultats d'impact ou les analyses de rapport coût-efficacité ne soient disponibles.
- **Ne pas oublier que le passage à l'échelle ne convient pas nécessairement à toutes les technologies et à tous les contextes.** Les introductions pilotes du DMPA-SC dans les quatre premiers pays se sont très bien déroulées, dans des conditions globales favorables. D'autres contextes et expériences peuvent cependant aboutir à d'autres résultats.

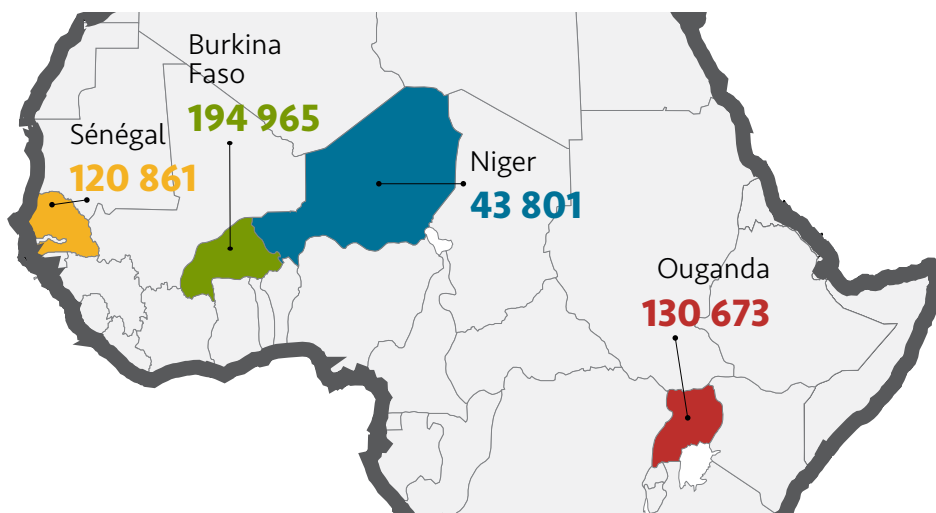
En suivant ces recommandations, on renforcera la probabilité d'un bilan positif dans les pays qui choisissent d'introduire le DMPA-SC ou de passer à l'échelle. La mise à disposition de ce produit unique aux agents de santé communautaire et à d'autres prestataires apportera à de nombreuses femmes, familles et communautés, en particulier dans les régions éloignées ou difficile d'atteinte, une nouvelle option de contraception efficace, pratique et confidentielle. L'auto-administration pourra s'avérer particulièrement utile pour surmonter les obstacles d'accès et accroître la capacité des femmes à gérer leur santé reproductive.

RESULTATS DE L'INTRODUCTION PILOTE DU DMPA-SC PAR PATH



PAYS PILOTES

Burkina Faso
Niger
Sénégal
Ouganda



DUREE DU PILOTE

Juillet 2014 – Juin 2016



PARTENAIRES PRINCIPAUX

PATH,
Ministères de la Santé,
Fonds des Nations Unies pour
la population (UNFPA)

**Près d'un
demi-million de doses
de DMPA-SC ont été
administrées dans les
quatre pays pilotes**



RÉSULTATS DU PILOTE

Doses totales administrées	490 300
Proportion des doses administrées aux femmes de moins de 25 ans	44 % (sauf Burkina Faso)
Nouvelles utilisatrices de la planification familiale	135 000
Proportion des doses administrées aux nouvelles utilisatrices de la planification familiale	29 %
Nombre de prestataires formés	7 568
Proportion des utilisatrices qui ont transféré du DMPA-IM	11 % (sauf Niger)
Proportion des injectables qui a constitué le DMPA-SC (niveau communautaire)	75 % (Sénégal, Ouganda seulement)
Proportion des injectables qui a constitué le DMPA-SC (tous niveaux).....	22 % (Sénégal, Ouganda seulement)

Le produit DMPA-SC utilisé dans les introductions pilotes est Sayana® Press



2 Contexte

L'introduction du DMPA sous-cutané (DMPA-SC, produit de marque Sayana® Press) promet d'élargir l'accès des femmes aux méthodes de planification familiale en donnant la possibilité aux agents de santé de niveau inférieur d'offrir le service, et même aux femmes la possibilité de s'auto-injecter. Les expériences des premières introductions pourront être utiles aux nouvelles initiatives et transitions, que ce soit dans le cadre de projets pilotes de petite envergure ou de prestations à grande échelle. Cette section décrit **l'historique du produit et des introductions pilotes dans les quatre pays**.

ACCOITRE L'ACCES ET L'EVENAIL DE METHODES CONTRACEPTIVES

La contraception injectable constitue une option majeure de prévention des grossesses non planifiées, choisie par de nombreuses femmes du monde pour la protection sûre, efficace, pratique et confidentielle qu'elle leur offre. Les produits innovants du futur tels que le DMPA sous-cutané, une méthode contraceptive injectable à moindre dose et facile à déployer, favoriseront un élargissement spectaculaire de l'accès à la planification familiale et permettront également d'accroître les possibilités d'administration par les agents de santé non professionnels, voire par les femmes elles-mêmes. L'information dans ce document est spécifique au Sayana Press, le produit sous-

cutané de marque qui se présente dans la seringue pré-remplie Uniject™ (Uniject).

PATH est connu depuis plusieurs décennies, comme le champion du développement et de l'apport d'un produit tel que Sayana Press, pour élargir l'accès des femmes à la planification familiale et leurs options. Cette expertise de PATH a débuté d'abord par la mise au point du système d'injection Uniject, aujourd'hui produit sous licence de Becton Dickinson (BD), puis en servant de lien entre BD et Pfizer Inc., fabricant du contraceptif injectable Depo-Provera (nom générique : DMPA intramusculaire ou DMPA-IM). Toute occasion d'introduction d'une innovation contraceptive, dans le contexte d'un choix éclairé et d'un large éventail de méthodes, peut donner lieu

à un investissement accru et susciter un gain d'attention pour le programme de planification familiale d'un pays.

Après plusieurs années de planification, dans le cadre d'une initiative dirigée par les pays et coordonnée par PATH, le produit DMPA-SC Sayana Press a été mis à la disposition des prestataires de la planification familiale au Burkina Faso, au Niger, au Sénégal et en Ouganda en 2014. Ces projets d'introduction ont proposé la contraception injectable pour la première fois dans de nombreuses

communautés, plus près du lieu de résidence des femmes. Au-delà de ces introductions, la recherche sur l'auto-administration poursuivie par PATH et ses partenaires gouvernementaux au Sénégal et en Ouganda laisse entendre qu'il s'agirait là d'une approche vraisemblablement faisable et acceptable.

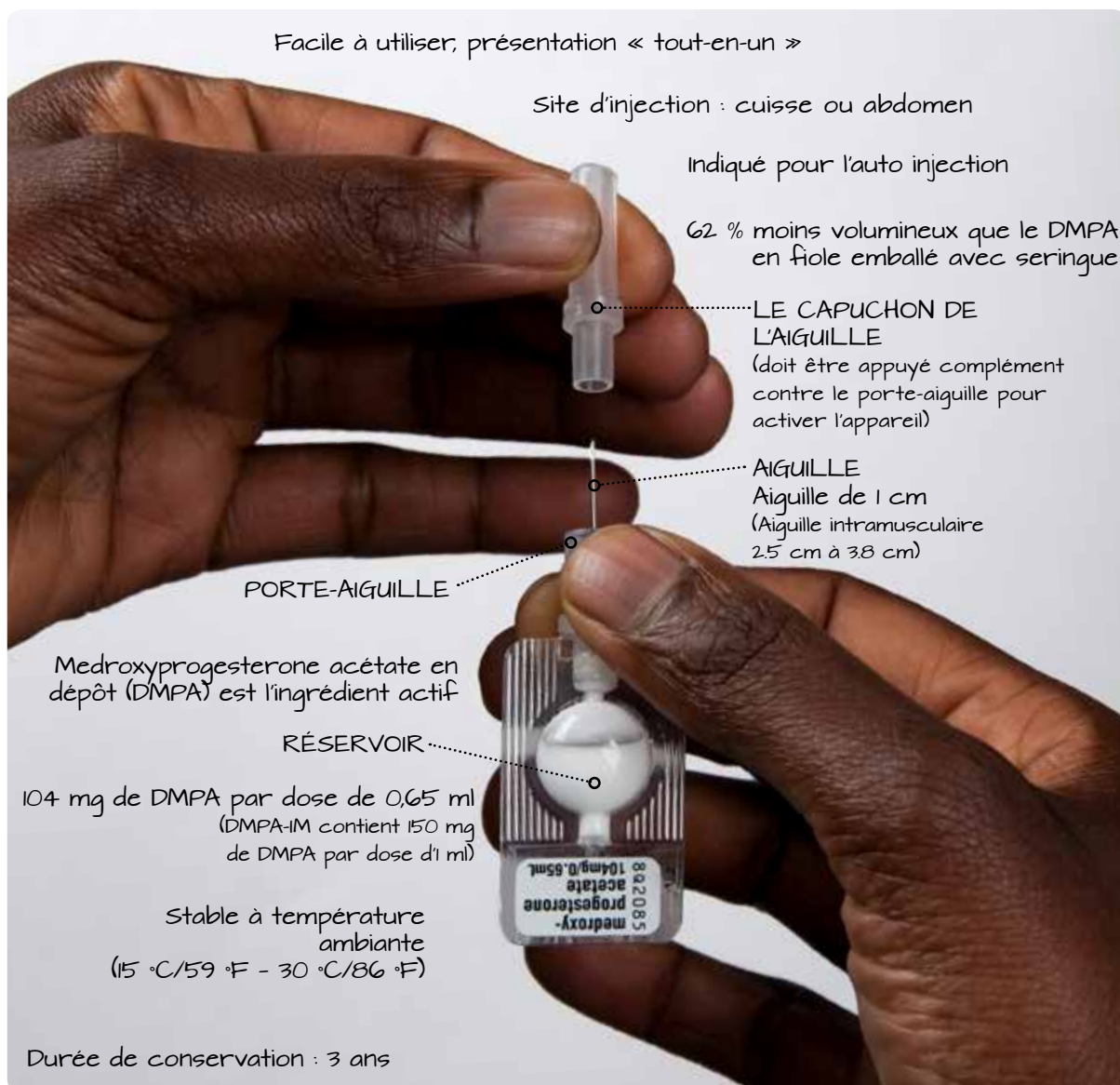
Lors de la présentation initiale de l'option DMPA-SC aux pays pilotes avant 2013, le prix de chaque dose était supérieur au coût du DMPA intramusculaire (DMPA-IM). Bien qu'intéressés par le potentiel du produit,

Prix des produits pour les clients de planification familiale dans les pays d'introduction pilote

	SECTEUR PUBLIC	SECTEUR PRIVÉ / ONG		
	Produit et consultation	Produit	Consultation	ONG / points de prestation de service
Burkina Faso	250 XOF (0,40 USD)	600 XOF (0,96 USD)	200 XOF (0,32 USD)*	Cliniques MSI
		250 XOF (0,40 USD)	Gratuit	Services mobiles MSI
		250 XOF (0,40 USD)	500 XOF (0,81 USD)*	Cliniques ABBEF
		250 XOF (0,40 USD)	300 XOF (0,48 USD)*	Centres de Jeunesse ABBEF
		250 XOF (0,40 USD)	Gratuit	Services mobiles ABBEF
Niger	Gratuit	200 XOF (0,32 USD)	Gratuit	ANIMAS-SUTURA, distribution à base communautaires et les pharmacies partenaires
Sénégal	Product 200 XOF (0,32 USD)	200 XOF (0,32 USD)	2,000-2,500 XOF (3,23-4,00 USD)	Centre ou franchise MSI
	Consultation 300-1,000 XOF (0,48-1,62 USD)	200 XOF (0,32 USD)	1,000 XOF (1,62 USD) for reinjection	Centre ou franchise MSI
		200 XOF (0,32 USD)	Gratuit	Marie Stopes Ladies et services mobiles
		Gratuit	Gratuit	Centres de Jeunesse MSI
		1,000 XOF (1,62 USD)	1,000 XOF (1,62 USD)	ASBEF
		1,200 XOF (1,94 USD)	Not offered in pharmacies	Securil Press, vendu en pharmacies
Ouganda	Gratuit	1,000 UGX (0,28 USD)	Gratuit	MSI et RHU

Remarque : ABBEF, Association Burkinabè pour le Bien-Etre Familial; ANIMAS-SUTURA, Association Nigérienne de Marketing Social; ASBEF, Association Sénégalaise pour le Bien Etre Familial; MSI, Marie Stopes International; ONG, organisation non gouvernementale; RHU, Santé Reproductive Ouganda; UGX, Code de la monnaie pour Shilling ougandais; USD, dollar américain; XOF, code monnaie de la Communauté Financière Africaine.

* À la réinjection, les clients paient pour le produit seulement (aucun frais de consultation).



PATH/Patrick McKern

diffuser, avec les résultats du projet pilote et les ressources afférentes, PATH a élaboré ce guide pratique, issue des enseignements tirés du projet d'introduction pilote de DMPA-SC

LE PRODUIT

Le DMPA sous-cutané est une nouvelle méthode contraceptive injectable à moindre dose et facile à déployer, administrée dans le tissu adipeux et non dans le muscle. Sayana® Press est la marque du DMPA-SC disponible aux pays FP2020, fabriqué par Pfizer Inc. qui combine le médicament et l'aiguille dans le système d'injection Uniject (TM) de BD. Peu encombrant et facile à utiliser, l'administration du produit ne requiert qu'une formation minimale, ce qui le rend particulièrement bien adapté à la distribution

à base communautaire (DBC) et peut-être même à l'auto-administration par les femmes. Le DMPA-SC peut améliorer l'accès à une contraception sûre et efficace, tout en accroissant l'autonomie des femmes, et par la même occasion élargir la gamme des méthodes contraceptives.

Plusieurs caractéristiques du DMPA-SC en font une option bien adaptée au contexte des pays à faible revenu, en particulier dans les milieux isolés et ruraux :

- **Facilité d'emploi.** Il peut être administré par des agents de santé de niveau inférieur formés et offre un potentiel d'auto-administration.
- **Dispositif à dose unique prérempli.** Il assure l'administration de la dose correcte,

simplifie l'achat et la logistique, élimine la nécessité de lots de flacons et seringues et évite les potentielles inadéquations des seringues et fioles au niveau des points de prestation.

- **Non réutilisable.** Minimise la transmission de pathogènes par voie sanguine par la réutilisation d'aiguille.
- **Format compact.** Facilite le transport, le stockage et l'élimination. Le DMPA-SC représente un volume de 67 pour cent inférieur à celui de la forme intramusculaire.

PATH a publié plusieurs feuilles documentaires à l'intention des donateurs, partenaires et pays désireux de s'informer sur l'introduction du DMPA-SC et la recherche afférente. Ces ressources sont accessibles sur sites.path.org/rh/?p=292#factsheets. Il s'agit entre autres de :

- Sayana Press : Dossier clinique
- Pratiques exemplaires de l'auto-administration : Ouganda
- Questions fréquentes concernant Sayana Press
- Suivi de l'introduction pilote de Sayana Press

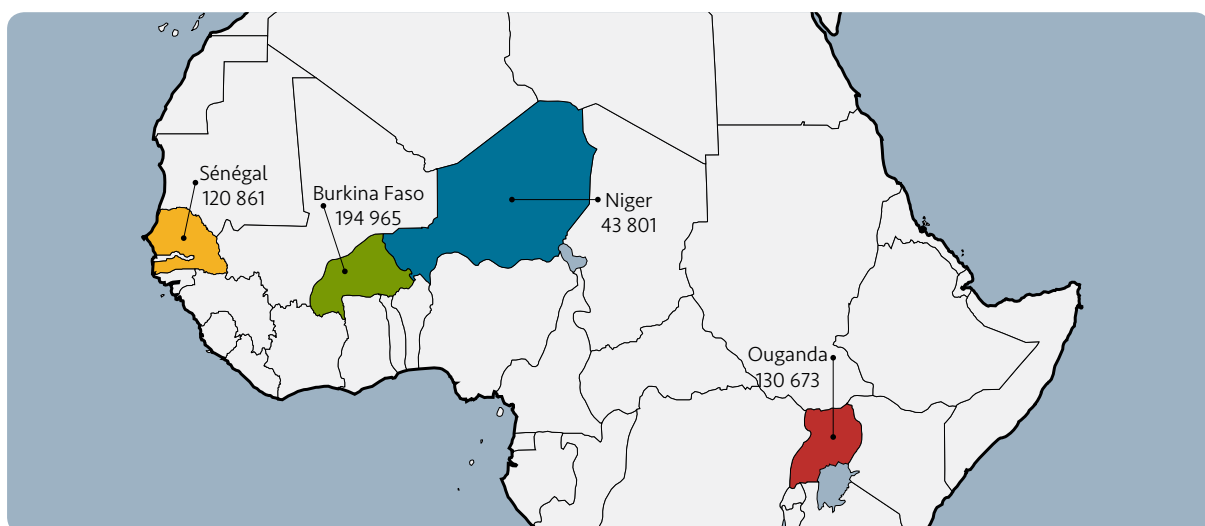
Sayana Press a reçu l'enregistrement des autorités réglementaires européennes et plus d'une vingtaine d'autres pays dans le monde. La formule sous-cutané du DMPA utilisée dans Sayana Press est également homologuée

aux États-Unis. Une notice mise à jour précisant l'indication de DMPA-SC pour l'auto-administration a reçu en 2015 l'enregistrement officiel de la rigoureuse autorité de réglementation britannique, la Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA). Pfizer fait un suivi sur cette base la mise à jour de l'enregistrement du produit en vue de la reconnaissance de l'indication d'auto-administration dans d'autres pays (voir la section 5 : Enregistrement) (Pfizer's Sayana® Press becomes first injectable contraceptive in the United Kingdom available for administration by self-injection [communiqué de presse]. Accessible sur www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/pfizer_s_sayana_press_becomes_first_injectable_contraceptive_in_the_united_kingdom_available_for_administration_by_self_injection) [en anglais]). Le Niger a approuvé la notice mise à jour en 2016, jetant ainsi les bases réglementaires d'évolutions futures de la politique et de la pratique.

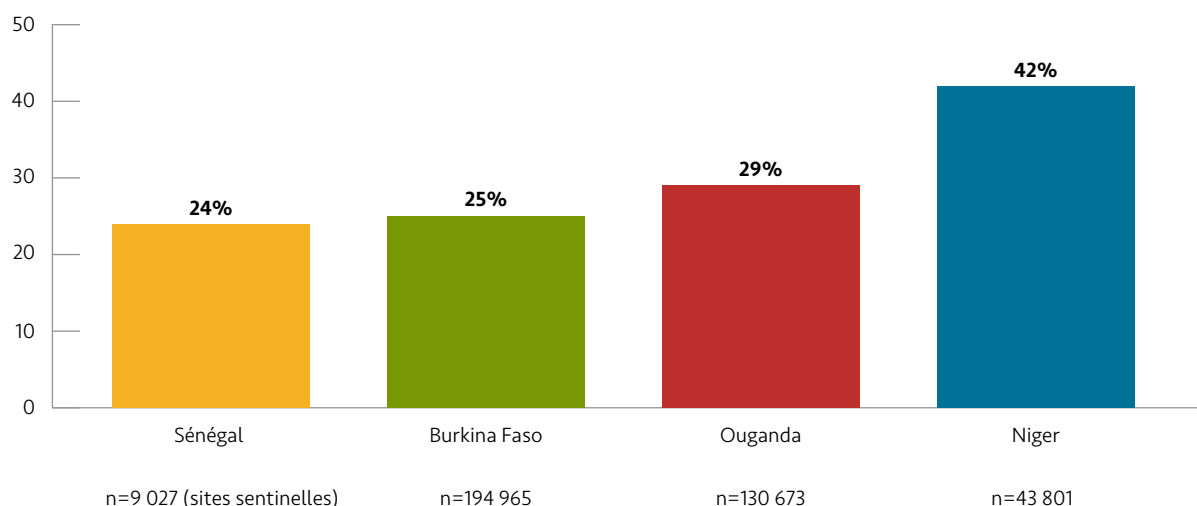
RÉSULTATS DE L'INTRODUCTION PILOTE

La période pilote des introductions du DMPA-SC (plus précisément le Sayana Press) s'est étendue de la mi-2014 à la mi-2016 dans chaque pays. Dès le début de l'année 2016, dans les quatre pays, les parties prenantes approuvaient déjà

Nombre totale de doses de DMPA-SC administrées, par pays (2014 – 2016)



Proportion des doses de DMPA-SC administrées aux nouvelles utilisatrices, par pays (2014 – 2016)



le passage à l'échelle de DMPA-SC. Les données de suivi collectées et analysées tout au long de l'introduction pilote, de même que le feedback positif de la part des responsables de la mise en œuvre, des prestataires et des clientes, ont éclairé ces décisions. Les résultats des introductions pilotes sont robustes et se rejoignent, révélant de nettes perspectives sur la valeur ajoutée de cette option contraceptive. Par exemple, dans les quatre pays :

- **De milliers de prestataires formés.** Plus de 7 500 prestataires de la planification familiale en structure de santé et de niveau communautaire ont été formés

à l'administration du DMPA-SC (plus précisément Sayana Press), y compris près de 600 prestataires appelés à devenir eux-mêmes formateurs, maîtres formateurs ou responsables de l'encadrement-accompagnement.

- **Un demi-million de doses administrées.** Les prestataires ont administré près d'un demi-million de doses de DMPA-SC (voir la carte à la page 19). Le nombre total de doses de DMPA-SC administrées a augmenté régulièrement au fil de l'introduction pilote.
- **De milliers de nouvelles clientes servies.** Plus de 135 000 femmes recourant à la



Annet, agent de santé villageois, a décidé d'être la première femme d'Ouganda à recevoir DMPA-SC lors de sa participation à une séance de formation sur la planification familiale. Elle aurait aimé être informée sur la contraception plus tôt dans sa vie. « J'ai décidé de découvrir pour moi-même ce qu'il en était », déclare-t-elle. « Je parle maintenant de mon expérience à mes clientes et je les conseille sur leurs options. »

« Sayana Press est facile à utiliser et il peut l'être en privé. Il est facile à manipuler, il ne prend pas beaucoup de temps et ne nécessite pas de se rendre à l'hôpital. J'apprécie le fait que je peux l'utiliser moi-même, en privé. »

– Cliente ougandaise de services planification familiale, 19 ans

planification familiale moderne pour la première fois (les « nouvelles utilisatrices ») ont choisi le DMPA-SC, ce qui témoigne de la capacité du produit à réduire les besoins non satisfaits et à accroître la prévalence contraceptive (voir le graphique à barres à la page 20).

- **DMPA-SC intéresse les jeunes femmes.** Environ 45 pour cent des doses administrées au Niger, au Sénégal et en Ouganda l'ont été à des femmes âgées de moins de 25 ans (les données d'âge ne sont pas disponibles pour le Burkina Faso). Les données de suivi ont fourni des informations en temps réel. L'analyse des données de suivi a contribué aux leçons et recommandations programmatiques présentées dans ce guide. Les résultats finaux du suivi du projet sont résumés dans un aperçu sommaire (Suivi de l'Introduction Pilote de Sayana Press. Disponible à www.path.org/publications/detail.php?i=2551)

Les points saillants se résument ainsi :

- **Les résultats sont liés à la stratégie d'introduction.** Pour atteindre un maximum de nouvelles utilisatrices, un pays peut privilégier la prestation au niveau communautaire ou proposer les injectables

aux endroits où auparavant ils n'étaient pas disponibles. Pour atteindre un volume maximum, un pays pourrait introduire le DMPA-SC à tous les niveaux du système de santé et former les prestataires rapidement selon une approche en cascade.

- **Les possibilités de partage de tâches augmentent.** Le DMPA-SC offre des possibilités de transfert de l'administration des injectables au niveau de la communauté, dans la mesure où les agents de santé communautaire administrent de plus grandes proportions, par rapport au DMPA-IM, lorsque les deux sont disponibles.
- **Le faible transfert d'une formule à l'autre.** Les proportions globales de doses administrées à des femmes changeant de méthode, du DMPA-IM vers DMPA-SC ne dépassent pas 16 pour cent dans un pays quelconque, dissipant les craintes initiales de remplacement intégral du DMPA-IM.

UTILISER L'INTRODUCTION DE PRODUIT POUR RENFORCER LES SYSTÈMES DE SANTÉ

Par la simplicité de sa présentation et de son administration, le DMPA-SC peut catalyser

« La recherche actuelle sur l'auto-administration établit le bien-fondé de l'offre de cette option aux femmes dans le futur. Par exemple, les participantes à l'étude en cours vivent à plusieurs kilomètres de la case ou du poste de santé le plus proche, mais beaucoup ont demandé aux infirmières si elles pourraient continuer à s'auto-administrer Sayana Press après l'étude, pour gagner du temps et éviter d'avoir à se rendre à la clinique, ce qui n'est généralement pas facile pour elles... On voit bien l'impact réel que la mise en œuvre d'une politique d'auto-administration pourrait avoir. »

– Marguerite Ndour, coordinatrice de programmes DMPA-SC au PATH en Sénégal

l'innovation, en permettant un accès à la contraception en dehors des structures de santé. En d'autres termes, les pays peuvent ainsi proposer la contraception injectable là où elle n'avait jamais encore été accessible. La facilité d'emploi du produit peut inciter les décideurs à appuyer et à établir des politiques de partage des tâches en matière d'offre de service contraceptif. Ce partage implique la prestation de la contraception selon une approche en équipe, par les agents et bénévoles du niveau communautaire en plus des prestataires qualifiés attachés aux structures de santé.

L'introduction d'une nouvelle méthode telle que le DMPA-SC peut aussi inciter les programmes à réviser et améliorer la formation et la supervision formative des prestataires de la planification familiale, la distribution des produits et les systèmes d'information sanitaire (SIS). Par exemple, la formation des agents de santé à une nouvelle méthode peut donner l'occasion d'un rafraîchissement ou de l'amélioration de leurs compétences générales en matière de planification familiale. Les logisticiens et les responsables de la chaîne d'approvisionnement bénéficient des formations de recyclage ou de perfectionnement occasionnées par l'introduction d'une nouvelle méthode. Enfin, le contact avec les équipes régionales ou de district, pour réviser et améliorer les systèmes de suivi des données et la qualité de leur collecte, contribue à renforcer leur capacité et le système sanitaire dans son ensemble.

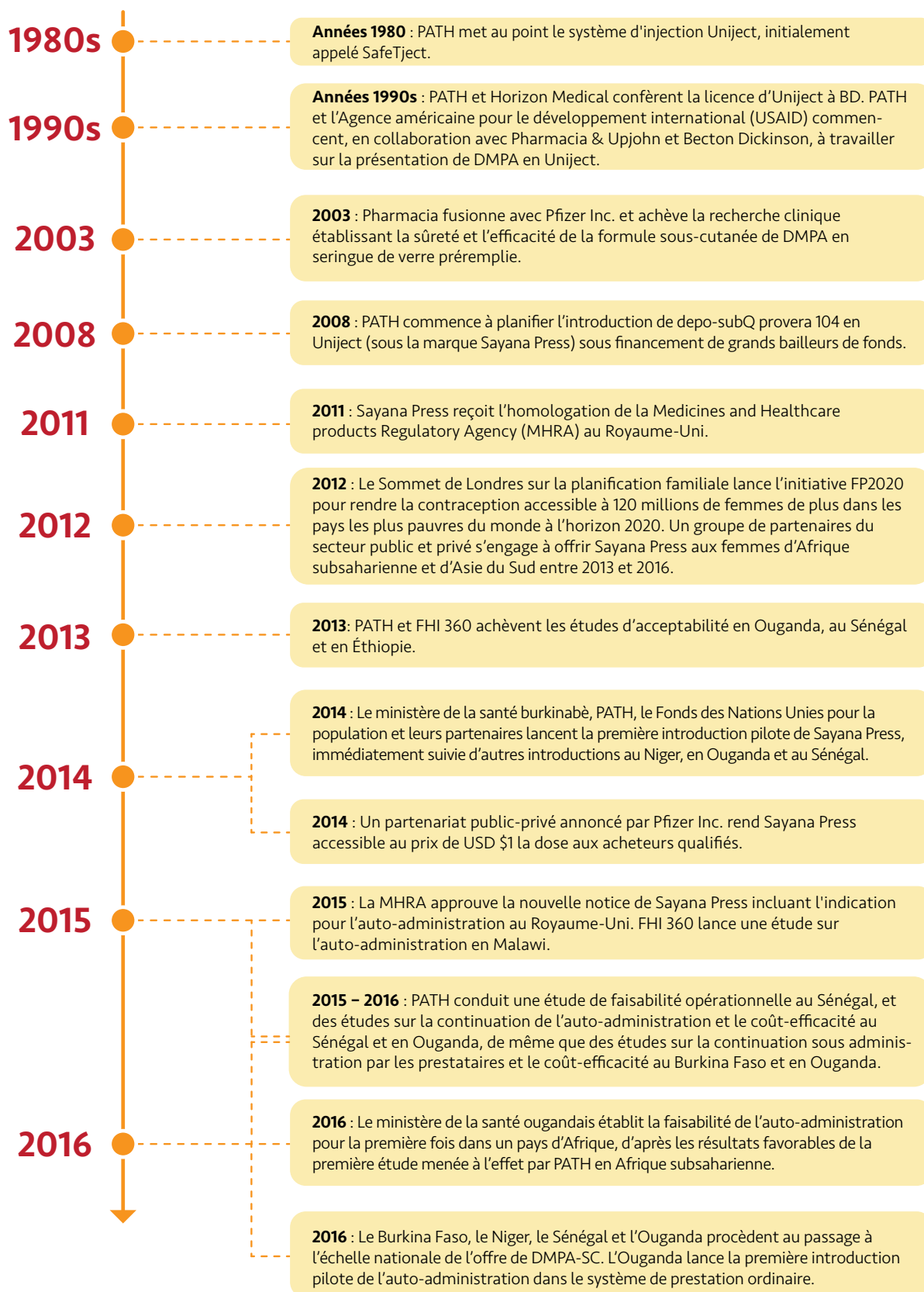
L'AUTO-ADMINISTRATION, UNE PRATIQUE ÉMERGENTE

Le développement de l'auto-administration du DMPA-SC est attendu dans le futur, dans le même temps que l'approbation réglementaire de la pratique dans d'autres pays et que l'accumulation des données de faisabilité,

d'acceptabilité et d'impact se poursuit. L'auto-administration pourrait aider à surmonter les obstacles d'accès et accroître la capacité des femmes à gérer leur santé reproductive. Les femmes qui la pratiquent bénéficieraient par exemple d'un accès en temps utile dans les endroits où les services de distribution communautaire sont sporadiques ou peu fiables. Les études effectuées à ce jour laissent entendre que l'auto-administration du DMPA-SC ou de produits similaires (DMPA-SC en seringue préremplie, par exemple) est faisable et acceptable aux yeux de nombreuses femmes.

En collaboration avec leurs partenaires, les MdS du Burkina Faso, de la République Démocratique du Congo, du Ghana, du Kenya, du Malawi, du Nigeria, du Sénégal et de l'Ouganda ont entrepris ont planifié leur recherche sur l'auto-administration, afin de déterminer comment accompagner les femmes visées et assurer ainsi une pratique sûre et efficace. Les résultats obtenus à ce jour des études de faisabilité opérationnelle de l'auto-administration menées par PATH en Ouganda et au Sénégal indiquent que la plupart des femmes peuvent s'auto-injecter de manière indépendante trois mois après une simple séance de formation individuelle (A prospective cohort study of the feasibility and acceptability of depot medroxyprogesterone acetate administered subcutaneously through self-injection. Accessible sur [www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(16\)30459-0/pdf](http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(16)30459-0/pdf)).) [en anglais]. En 2015, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié un nouveau document technique recommandant l'auto-administration dans les contextes spécifiques où les femmes bénéficient d'une information, d'une formation et d'un accompagnement pertinent (rôle des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement. Accessible sur http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181041/1/9789241549264_eng.pdf?ua=1&ua=1).

Grandes étapes : Bref historique du DMPA-SC





Idea to Impact: A Guide to Introduction and Scale. Accessible sur <https://usaid.gov/cii/guide-introduction-and-scale> [en anglais]. Ce guide offre une référence pratique aux professionnels mondiaux de la santé dans leur effort d'introduction ou de passage à l'échelle de dispositifs médicaux, diagnostics et autres produits de consommation. Il propose un modèle en quatre phases et recourt aux études de cas pour mettre en évidence les enseignements et les facteurs à considérer. Le guide s'accompagne d'un cahier d'activités et d'un référentiel.



DMPA sous-cutané introduction and research: Expanding access and options accessible sur sites.path.org/rh/?p=292. [en anglais avec quelques documents proposés en français] et **Subcutaneous DMPA background Resources and References** (accessible sur sites.path.org/rh/recent-reproductive-health-projects/sayanapress/sayanapress-resources/ [en anglais]). Ces deux pages Web proposent de nombreuses ressources pratiques relatives à DMPA-SC (feuilles documentaires, bulletins d'information, articles de blog et publications de recherche).



PATH's Framework for Product Introduction. Accessible sur www.path.org/publications/files/TS_product_intro_framework.pdf [en anglais]. Cette publication de quatre pages présente une simple mais solide approche graduelle de l'avance des produits de santé publique, de la phase conceptuelle à l'usage répandu. Elle résume par ailleurs les enseignements majeurs à observer pour maximiser l'impact du développement de produit, de l'introduction et de l'intégration.



Pratiques exemplaires de l'auto-administration : Ouganda. Accessible sur www.path.org/publications/detail.php?i=2790. Ceci est un résumé du projet de PATH, Pratiques exemplaires de l'auto-administration, qui évalue et identifie les modèles de programme optimaux pour l'auto-administration de DMPA-SC.



3 Engagement des parties prenantes et coordination

L'introduction du DMPA sous-cutané (DMPA-SC, produit de marque Sayana® Press) promet d'élargir l'accès des femmes aux méthodes de planification familiale en donnant la possibilité aux agents de santé de niveau inférieur d'offrir le service, et même aux femmes la possibilité de s'auto-injecter. Les expériences des premières introductions pourront être utiles aux nouvelles initiatives et transitions, que ce soit dans le cadre de projets pilotes de petite envergure ou de prestations à grande échelle. Cette section décrit les résultats et les enseignements tirés des projets d'introduction pilote dans quatre pays. Elle présente ensuite les recommandations proposées pour guider les efforts à venir des ministères de la santé et de leurs partenaires à la mise en œuvre concernant **l'engagement des parties prenantes et la coordination**.

LA COORDINATION ET L'ENGAGEMENT SONT GAGES DU PROGRES

L'introduction d'un produit est un processus complexe, impliquant de nombreuses activités simultanées, sous la conduite de nombreux individus et groupes distincts. L'identification des parties prenantes clés et le maintien de leur engagement tout au long du processus a assuré la progression régulière du projet et facilité l'accès à la transition vers l'échelle nationale au Burkina Faso, au Niger, au Sénégal et en Ouganda en l'espace de moins de deux ans. Les parties prenantes représentaient

dans chaque pays une multitude d'individus et de groupes divers, des responsables du ministère de la santé (MdS) aux organisations non gouvernementales (ONG) et des donateurs bilatéraux aux agents de santé.

Engager le MdS dès le début du processus de planification de l'introduction s'est avéré essentiel, la prestation des services de santé par le secteur public étant prédominante dans tous les pays sélectionnés. Dans ces quatre pays, le MdS définit la stratégie nationale de la planification familiale et oriente les ONG dans la mise en œuvre des programmes qui accompagnent cette stratégie. PATH a adopté,

tout au long du processus d'introduction, les approches d'engagement du MdS suivantes :

- **Présentation du DMPA-SC au MdS et aux partenaires**, concernant notamment les données et l'information relatives au produit et l'occasion unique qu'il offre d'élargir l'accès à la contraception (voir la section 2 : Contexte). Les pays partenaires étaient par exemple très curieux de comprendre en quoi le nouveau produit était différent de DMPA-IM (appellation générique de la formule intramusculaire de l'acétate de médorogestérone en dépôt) et comment les deux options devaient être positionnées dans le contexte de leur programme de planification familiale. Dans certains cas, ces discussions ont également permis d'identifier les informations manquantes que de nouvelles données de suivi et d'évaluation ou d'études et recherches seraient appelées à combler. Il s'agit par exemple de la question de savoir si le produit attirerait de nouvelles utilisatrices de la planification familiale, contribuant ainsi à accroître la prévalence contraceptive et à réduire les besoins non satisfaits dans le pays.
- **Estimation de l'intérêt manifesté par le gouvernement** concernant l'introduction d'une nouvelle méthode contraceptive et compréhension des objectifs et des priorités de la planification familiale, pour mieux façonner la stratégie d'introduction.
- **Identification des décideurs clés, favorables (champions)** au sein du MdS, prêts à assumer et à soutenir l'introduction du DMPA-SC sur le plan technique et administratif et son intégration dans les documents de stratégie et de planification ainsi que les rencontres des partenaires techniques.

L'approche des entreprises du secteur privé et des agences de marketing social peut être moins dépendante du soutien du gouvernement, étant donné que ces groupes opèrent souvent de manière indépendante et complémentaire aux services du secteur public. L'introduction du DMPA-SC dans le secteur privé requiert peut-être un moindre engagement direct du gouvernement, mais il n'en demeure pas moins que les entreprises privées et les organismes

de marketing social gagneraient probablement d'un échange d'information avec le MdS et d'une coordination avec les autres ONG.

IMPORTANCE D'UNE COORDINATION CENTRALISÉE AU NIVEAU DU PAYS

Pendant les introductions pilotes du DMPA-SC, l'importance de la coordination nationale des activités des parties prenantes est devenue évidente. PATH a engagé dans chaque pays un coordinateur national, dont le rôle s'est vite révélé indispensable. Dans les quatre pays pilotes, les coordinateurs ont veillé à ce que les partenaires progressent dans la même direction, parviennent à un consensus et tirent parti d'autres initiatives de la planification familiale. Ils ont par ailleurs facilité le suivi des autres grandes activités sanitaires et de la capacité des responsables de la mise en œuvre (notamment les équipes sanitaires régionales et les prestataires, les ONG) à en respecter les délais. Tout au long de l'introduction, les coordinateurs ont accompli les tâches suivantes dans chaque pays :

- Conduite des plans d'introduction du produit à travers les processus de révision et d'approbation.
- Suivi de l'enregistrement du produit, identification des obstacles et assistance à la réponse aux questions importantes.
- Collaboration avec les experts locaux pour la réalisation d'un exercice de quantification concernant les premières commandes de DMPA-SC, compte tenu des données et des informations pertinentes relatives au produit.
- Intégration du DMPA-SC dans le programme national de formation à la planification familiale et conduite d'une formation et d'un encadrement-accompagnement de qualité aux agents de santé appelés à faire l'administration et la prestation de DMPA-SC (plus précisément le Sayana Press), pour en faire des experts du produit.
- Collecte et saisie des données de suivi dans une base de données centrale ayant permis l'analyse comparative et un examen



Rôle de coordination de PATH bénéfique à tous les pays pilotes

Le personnel de PATH a assumé le leadership et les rôles techniques au niveau global et dans les quatre pays d'introduction pilote : concernant les activités cruciales de financement, d'achat, d'introduction du produit, de suivi et de recherche.

Sur le plan global, avant et pendant la première phase, PATH a convoqué régulièrement un consortium de bailleurs et acheteurs de Sayana Press. Ces rencontres ont facilité l'alignement des organisations, le suivi des flux d'achat et de financement, la mise à jour des estimations de consommation en fonction des plans d'introduction des pays et le peaufinage du programme de recherche. Elles ont aussi aidé à définir le chemin critique pour que le lancement coïncide avec l'enregistrement du produit au niveau de chaque pays, les commandes et le calendrier de production de Pfizer. PATH a par ailleurs créé un système de suivi commun, couvrant les quatre pays pour l'analyse des données.

La coordination par PATH des efforts menés dans les quatre pays s'est avérée efficace et bénéfique à plus d'un égard. Par exemple :

- Les membres du consortium de donateurs ont obtenu des données de suivi standardisées sur les pays pilotes et ont pu suivre le progrès de l'introduction.
- Les gouvernements des pays ont reçu des messages communs sur les objectifs du projet, une information clinique exacte sur le produit et des supports de formation adaptables à leur contexte particulier.
- Les quatre pays pilotes ont appris les enseignements les uns des autres et ont été tenus au courant des progrès de l'introduction grâce aux mises à jour régulières de PATH et aux rencontres intermédiaires organisées entre eux.
- PATH a traduit l'intérêt grandissant pour l'auto-administration en un programme de recherche clair, entrepris des études ciblées pour répondre aux questions cruciales et disséminé publiquement les données émergentes sur la faisabilité et l'acceptation de la pratique à mesure de leur disponibilité.

PATH a aussi assuré la mise en œuvre de la diffusion et du partage de l'information au niveau du pays, entre les pays et à l'échelle mondiale pendant la période pilote : par la publication de lettres d'information et de dossiers de suivi, la diffusion en ligne de supports de formation adaptables à la situation de chaque pays, la dissémination d'information technique (fiches documentaires et présentations de conférence) et la parution des résultats de la recherche dans la presse professionnelle. Ces activités de communication ont non seulement facilité les décisions factuelles des donateurs, elles ont également permis aux pays participants, aux programmes et à la planification familiale au sens large de profiter des enseignements de l'initiative.

plus rapide que la plupart des systèmes nationaux.

- Coordination du travail des partenaires engagés dans l'introduction du DMPA-SC et obtention du conseil technique et des approbations du MdS pendant la mise en œuvre.
- Supervision des études d'évaluation et de recherche et assurance de leur alignement sur les efforts d'introduction globaux.
- Facilitation des discussions sur le moment et les sources de financement du passage à l'échelle.

Au Burkina Faso, par exemple, le coordinateur DMPA-SC s'est joint aux visites de supervision des agents de santé fraîchement formés et a observé que certains prestataires pensaient, à tort, que le DMPA-SC ne serait disponible que pendant une période très limitée. Ils hésitaient par conséquent à proposer la méthode. Le coordinateur a non seulement dissipé le malentendu, mais il a veillé aussi à ce que l'information correcte soit répandue sur l'ensemble des régions d'introduction.

Au Niger, le coordinateur DMPA-SC s'est efforcé d'améliorer la qualité des données au sein d'un système sanitaire doté d'un très faible organe de collecte de données de suivi. Au terme de la période pilote, le projet disposait de près de deux années de données abondantes et utiles en provenance du Niger, démontrant la capacité du DMPA-SC à atteindre de nouvelles utilisatrices de la planification familiale dans les contextes isolés où la contraception injectable n'était auparavant pas disponible.

Au Sénégal, la coordinatrice DMPA-SC s'est rendu compte, dans le contexte de l'encadrement-accompagnement, que les conseillères en planification familiale, point de contact crucial pour les femmes dans les cliniques, n'étaient pas au courant de la disponibilité du DMPA-SC. Avec la permission du MdS, elle a alors organisé la formation de ces conseillères dans les régions d'introduction du Sénégal, accroissant ainsi la sensibilisation sur le produit et renforçant l'usage de DMPA-SC.

En Ouganda, la coordinatrice DMPA-SC a participé directement à la formation des agents de santé communautaire et au suivi de leur encadrement-accompagnement positif. De par son rôle de coordinatrice, elle a aussi pu partager les échos reçus des agents de santé communautaire et des clientes de la planification familiale avec les responsables gouvernementaux du MdS, sans compter les donateurs internationaux et les responsables de la mise en œuvre dans d'autres pays. Elle leur a par exemple communiqué que les communautés d'Ouganda apprécient tout particulièrement la présentation « tout en un » du DMPA-SC et que les femmes font état de moins d'effets secondaires qu'avec le DMPA-IM. Ces importants points de vue concrets n'auraient pu être captés par les systèmes de suivi ni disséminés au-delà des communautés concernées en l'absence de canaux de communication établis.

Au Burkina Faso et au Niger, les coordinateurs DMPA-SC étaient rattachés au Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) ; au Sénégal et en Ouganda, il s'agissait d'employés de PATH. Dans le cas du Burkina Faso, l'UNFPA a placé un interlocuteur au MdS, sous supervision et en

« Il est idéal de disposer d'un mécanisme clair de coordination centralisée pour éviter les conflits de leadership entre le gouvernement et toutes les organisations impliquées. On harmonise ainsi les efforts et on évite d'exécuter le programme comme s'il s'agissait de plusieurs projets indépendants. La désignation d'un coordinateur central et d'un point focal pour chaque organisme partenaire est un moyen d'établir la liaison entre les partenaires sans risque de désaccord entre les groupes de tête. »

– Alain Kaboré, coordinateur de programmes DMPA-SC du Fonds des Nations Unies pour la population au Burkina Faso

contact permanent avec le coordinateur DMPA-SC basé à l'UNFPA. La formule s'est avérée utile, en ce qui concerne en particulier la planification des rencontres et l'approbation de déplacements coordonnés sur le terrain aux fins des formations, des visites d'encadrement et de la collecte des données de suivi. La proximité entre l'interlocuteur DMPA-SC et le personnel clé de la Direction de la Santé de la famille a aidé le MdS à assimiler et assumer le projet pilote DMPA-SC. La désignation d'un interlocuteur au MdS ou le détachement du coordinateur au MdS peuvent offrir une approche efficace que certains pays envisageront peut-être pour assurer la progression de leur introduction du DMPA-SC.



CONSEIL D'INTRODUCTION

La désignation d'un interlocuteur au MdS ou le détachement du coordinateur au MdS peuvent offrir une approche efficace que certains pays envisageront peut-être pour assurer la progression de leur introduction de DMPA-SC.

MAXIMISER L'APPRENTISSAGE ET L'ÉCHANGE D'INFORMATION POUR IDENTIFIER DE NOUVEAUX CRÉNEAUX

Un composant du rôle de coordination mondial de PATH aura été de maximiser l'apprentissage et l'échange d'information entre les partenaires, comme l'UNFPA, les

MdS et les ONG de mise en œuvre. PATH et les pays partenaires se sont efforcés de maintenir les lignes de communication ouvertes, au sein même des quatre pays pilotes aussi bien qu'entre eux. Certains des efforts déployés l'ont été de manière permanente, tandis que d'autres l'ont été ponctuels, pour répondre à un besoin spécifique. Par exemple, PATH a facilité l'établissement du contact entre les organismes de marketing social du Niger et du Sénégal, et avec le fabricant du produit, afin de répondre aux questions majeures d'utilisation d'un nom de marque local ou national pour un marketing réussi de DMPA-SC.

Pour optimiser l'efficacité de la coordination lors de l'introduction d'une nouvelle méthode contraceptive, il importe de tenir des réunions de mise en œuvre régulières et d'y convier toutes les parties intéressées. Durant les introductions pilotes du DMPA-SC, PATH a parfois profité de l'existence de groupes déjà existants, comme le Groupe de travail technique sur la planification familiale sous la conduite du MdS sénégalais. Dans d'autres contextes, au Niger par exemple, un comité directeur du projet pilote a été établi. Dans d'autres encore, les deux approches ont été adoptées. Ainsi, en Ouganda, PATH a d'une part représenté l'activité relative au DMPA-SC aux rencontres mensuelles existantes du groupe Maternal and Child Health Cluster sur la santé maternelle et infantile et à celles trimestrielles du groupe de travail Family Planning Working Group convoquées par le MdS, tout en organisant d'autre part une réunion mensuelle avec les ONG partenaires de

« À la rencontre-bilan de la première année à Dakar, j'ai mieux compris en quoi les pilotes d'Afrique de l'Ouest diffèrent de ceux de mon pays. Nous avons observé certaines similarités entre notre approche et celle du Niger, qui était aussi à base communautaire, tandis que l'Ouganda surprenait par sa campagne de communication, son approche du suivi et son interaction avec le MdS, fort différentes du modus operandi des contextes francophones. Nous avons regagné nos pays respectifs avec de nouvelles idées à essayer, comme « l'école des maris » nigérienne et les ateliers de validation des données régionales au Burkina Faso. »

– Fiona Walugembe, coordinatrice de programmes DMPA-SC au PATH en Ouganda

« Créer un environnement favorable à l'auto-administration est l'une des cinq mesures prioritaires identifiées par la Division sénégalaise de la planification familiale pour satisfaire aux objectifs nationaux de 2018. La visite d'étude en Ouganda nous a aidé à clarifier comment faire de cette vision une réalité. De retour au pays, nous avons présenté le concept au Ministre de la Santé, qui s'y est montré favorable. Le MdS planifie maintenant le développement de la programmation de l'auto-administration sur les 12 prochains mois. »

– Marguerite Ndour, coordinatrice de programmes DMPA-SC au PATH en Sénégal

la mise en œuvre (DMPA-SC Partners Group). Ces groupes ont tous joué un rôle capital dans les décisions de passage à l'échelle prises fin 2015 et début 2016.

Outre les efforts continus de partage d'information et de renforcement des réseaux de communication dans chaque pays, PATH a organisé plusieurs rencontres transnationales

axées sur la maximisation de l'apprentissage et des échanges. Après la première année complète de mise en œuvre, PATH a rassemblé le personnel clé des quatre pays pilotes dans le cadre d'une réunion de bilan du projet organisée à Dakar en juin 2015. L'occasion a permis l'échange d'information sur les approches et les enseignements tirés à la date de la rencontre,

Exemples de rôles de partenaires sous-contractés par PATH

DOMAINE	ORGANISME PARTENAIRE ENGAGÉ EN SOUS-TRAITANCE	RÔLE PRINCIPAL
Distribution du produit en Ouganda	Uganda Health Marketing Group	En raison de contraintes dans les dépôts médicaux nationaux, PATH a engagé les services du groupe UHMG pour la distribution de DMPA-SC, étant donné son expertise en matière de réception, d'entreposage et de distribution de contraceptifs (voir l'étude de cas relative à UHMC dans la section 9 : Distribution).
Formation au Sénégal	ChildFund IntraHealth International	ChildFund a assuré la formation des agents de santé communautaire attachés aux cases de santé et IntraHealth International, celle des prestataires des points de prestation de service dans les zones d'intervention pilotes.
Communication pour la génération de la demande en Ouganda	Communication for Development Foundation Uganda	CDFU a assuré la mise en œuvre d'une stratégie de communication pour le changement de comportement au soutien du travail des équipes de santé villageoise (VHT) dans les communautés principalement rurales de 10 districts cibles sur une période de deux ans. Sa campagne a sensibilisé l'opinion et favorisé l'adoption de la planification familiale, y compris le DMPA-SC, par le biais d'un large éventail médiatique et d'approches interpersonnelles (voir l'étude de cas relative à CDFU dans la section 8 : Générer la demande).

Remarque: CDFU = Communication for Development Foundation Uganda ; UHMG = Uganda Health Marketing Group.



PATH / Cabe Blenczycki

tout en faisant le point entre pairs sur les activités menées dans chaque pays.

En septembre 2016, en collaboration avec le Partenariat de Ouagadougou, PATH a organisé une visite d'étude en Ouganda à l'intention des grandes parties prenantes de différents pays intéressés par l'auto-administration avec le produit DMPA-SC, Sayana Press, et les programmes de distribution à base communautaire (DBC). Pendant une semaine, des délégations originaires du Bénin, du Burkina Faso, du Niger et du Sénégal ont ainsi observé en Ouganda la recherche sur l'auto-administration et le programme DBC, rencontré les membres d'une équipe de santé villageoise (VHTs) et conversé avec leurs homologues au sein du gouvernement et des ONG partenaires. Chaque équipe nationale a profité de l'occasion pour dresser un plan d'action sur l'auto-administration et la DBC.

DÉFINIR CLAIREMENT LE RÔLE DES PARTENAIRES POUR AMÉLIORER LA COORDINATION ET LA RESPONSABILISATION

PATH a mené les évaluations initiales de terrain afin d'identifier les partenaires les mieux adaptés aux différents aspects de l'introduction du produit (distribution, formation et communication ou génération de la demande, par exemple), suivant les caractéristiques de chaque institution. Dans certains cas, suivant

les allocations budgétaires disponibles, PATH a confié certaines tâches à des organismes partenaires experts sur un plan technique particulier ou intensément présents dans une zone géographique donnée (voir le tableau à la page 30).

Cette sous-traitance a favorisé la responsabilisation dans la mesure où les organisations se sont engagées contractuellement à partager les données pertinentes et à atteindre les objectifs fixés avant de recevoir leur paiement. PATH a également collaboré de manière moins formelle avec plusieurs partenaires à l'introduction. Dans la plupart de ces partenariats officiels, la communication et les échanges de données se sont bien déroulés. Cela dit, les responsables de mise en œuvre fort occupés sont universellement plus susceptibles de privilégier leurs obligations contractuelles par rapport à celles moins formelles. De plus, dans presque tous les cas, il a fallu composer avec une certaine fluctuation du personnel dans les organismes chargés de la mise en œuvre de l'introduction pilote. Dans les cas où PATH disposait de sous-accords officiels, les conditions de la collaboration étaient bien énoncées dans un contrat, sans dépendre d'une relation individuelle particulière. La gestion des sous-contrats exige cependant une supervision administrative, financière et technique considérable, pour assurer la qualité du travail et le respect des délais.



- **Établir et renforcer les relations avec les homologues au ministère de la santé.**

L'établissement et l'entretien de solides relations bilatérales dynamiques avec les homologues au MdS aident à assurer une transition harmonieuse vers le passage à l'échelle.

- **Désigner une personne ou un organisme responsable de la coordination des parties prenantes et de leurs activités.**

Une personne ou un organisme responsable bien défini peut assurer la progression ininterrompue des activités, faciliter les échanges d'information et de ressources et servir d'interlocuteur clair pour la communication entre tous les partenaires, y compris le MdS et les donateurs.

- **Définir le rôle des partenaires et les mécanismes de coordination de l'introduction sous forme de plan écrit.**

Étant donné la complexité de l'introduction d'un nouveau produit, le risque d'enlisement est grand, au niveau de la planification et de la mise en œuvre, en l'absence d'un plan définissant clairement les engagements et la coordination.

- **Diffuser largement l'expérience et les résultats de l'introduction du produit.**

Les parties prenantes sous-nationales, nationales, régionales et internationales bénéficieront toutes des enseignements tirés de l'introduction du DMPA-SC et pourront y identifier de nouveaux créneaux d'amélioration de l'accès des femmes à la contraception.

RESSOURCES



Dossier du Plaidoyer DMPA-SC. Disponible Mai 2017 à <http://www.path.org/publications/detail.php?i=1952>. Ces résumés révèlent les observations et les recommandations issues des évaluations initiales menées au Bangladesh, en Éthiopie, au Kenya, au Malawi, au Nigeria, au Pakistan, au Rwanda et au Sénégal. PATH a évalué ces contextes en 2009 sur le plan de la prestation de services, des systèmes d'approvisionnement et des perspectives des parties prenantes concernant la faisabilité et le caractère approprié ou non de l'introduction du DMPA-SC en Uniject.



Dossier de plaidoyer du DMPA-SC. Disponible à <https://www.rhsupplies.org/activities-resources/tools/advocacy-pack-for-subcutaneous-dmpa/dossier-de-plaidoyer-du-dmpa-sous-cutane/>. Ces supports et outils s'adressent aux chercheurs et aux responsables de la mise en oeuvre programmatique chargés d'accroître l'accès à la contraception injectable et, plus précisément, l'usage du DMPA-SC.



Planifier la stratégie d'introduction

L'introduction du DMPA sous-cutané (DMPA-SC, produit de marque Sayana® Press) promet d'élargir l'accès des femmes aux méthodes de planification familiale, en donnant la possibilité aux agents de santé de niveau inférieur, d'offrir le service et même aux femmes la possibilité de s'auto-injecter. Les expériences des premières introductions pourront être utiles aux nouvelles initiatives et transitions, que ce soit dans le cadre de projets pilotes de petite envergure ou de prestations à grande échelle. Cette section décrit les résultats et les enseignements tirés des projets d'introduction pilote dans quatre pays. Elle présente ensuite les recommandations proposées pour guider les efforts à venir des ministères de la santé et de leurs partenaires à la mise en œuvre concernant la **planification de la stratégie d'introduction dans le pays**.

LE PLAN D'INTRODUCTION SERT DE FEUILLE DE ROUTE

L'introduction du DMPA-SC peut renforcer l'accès des femmes et des adolescentes à la contraception. Traditionnellement, la contraception injectable est la plus largement proposée en milieu clinique. Or l'administration du DMPA-SC ne requiert qu'une formation minime : elle est de ce fait particulièrement bien adaptée à un usage dans les contextes plus isolés et à la distribution à base communautaire (DBC).

Au début de l'effort d'introduction pilote pour le produit DMPA-SC, Sayana Press coordonné

par PATH au Burkina Faso, au Niger, au Sénégal et en Ouganda, chaque pays a dressé un plan d'introduction visant à exploiter pleinement le potentiel du produit. Ces plans ont servi de feuilles de route, donnant un aperçu des objectifs de planification familiale poursuivis par chaque pays et une approche correspondante d'intégration du produit dans son programme. Les plans d'introduction comportaient généralement les points suivants :

- Aperçu de la situation de la planification familiale dans le pays et de ses objectifs.
- Besoin ou justification de l'introduction du DMPA-SC dans le pays.

- Description de la stratégie d'introduction, y compris :
 - Canaux de prestation (par ex., secteur public ou privé ; cliniques, communautés ou pharmacies)
 - Zone géographique d'introduction
 - Partenaires et leurs rôles
 - Plans de distribution
 - Plan de formation : nombre de prestataires à former, approche et calendrier
 - Approche de la génération de la demande et de la communication
 - Plan de suivi : indicateurs, système de rapport
- État de l'enregistrement du produit et plans d'approvisionnement
- Description des activités éventuelles de recherche et d'évaluation
- Plans de passage à l'échelle



CONSEIL D'INTRODUCTION

Les éléments fondamentaux d'un plan d'introduction de DMPA-SC sont également applicables au plan de passage à l'échelle. Un plan complet peut aussi inclure des prévisions budgétaires et/ou des sources de financement.

L'élaboration des plans d'introduction de DMPA-SC avec les partenaires nationaux et la validation de ces plans avec un ensemble plus large de parties prenantes nationales de la planification familiale ont favorisé l'acceptation et le soutien, sans compter la définition d'une vision commune. Les coordinateurs du projet désignés dans chaque pays ont été chargés de la réalisation du plan. Les partenaires nationaux de la planification familiale ont passé en revue les plans d'introduction dans le cadre d'un atelier ou d'un forum. Le ministère national de la santé (Mds) a quant à lui validé les plans avant le lancement de l'introduction.

La phase de planification offre une occasion de réflexion approfondie de l'approche de suivi et d'évaluation de l'introduction pilote. Cette approche doit considérer les résultats attendus ou espérés, de même que les systèmes et ressources disponibles pour mesurer ces résultats. Pendant l'introduction pilote, tous les pays ont choisi l'offre initiale du DMPA-SC dans un espace géographique limité, pour passer ensuite à l'échelle après une année environ de mise en œuvre réussie. La collecte et l'analyse de données de suivi se sont avérées essentielles aux décisions de passage à l'échelle dans les pays pilotes. Ces données sont par ailleurs utiles aux améliorations programmatiques après l'assurance même du passage à l'échelle (voir la section 10 : Suivi et évaluation).



PATH/WILL BOASE



PATH/Patrick McKern

Rôles respectifs du DMPA-SC et du DMPA-IM

Lors de la présentation initiale de l'option DMPA sous-cutané (DMPA-SC) aux pays pilotes avant 2013, le prix de la dose était supérieur à celui du DMPA intramusculaire (DMPA-IM). Les organismes donateurs internationaux tels que l'Agence américaine pour le développement international, le Fonds des Nations Unies pour la population et la Banque mondiale, qui assurent souvent l'achat de contraceptifs pour le compte des gouvernements nationaux, n'étaient pas enthousiastes à l'idée de remplacer le DMPA-IM par une présentation plus onéreuse. De même, les gouvernements nationaux hésitaient à investir dans un produit plus coûteux. En novembre 2014, un partenariat public-privé a permis d'assurer la disponibilité du produit DMPA-SC Sayana Press au prix de USD 1 la dose aux acheteurs admis. Le DMPA-IM est généralement accessible au prix approximatif de USD 0,70 – 0,80 la dose. Ayant ainsi dissipé les profondes inquiétudes des donateurs et des pays concernant le coût, cet accord a ouvert la voie aux décisions de passage à l'échelle du produit dans les pays pilotes. Étant donné la presque équivalence des prix, les préoccupations de remplacement ont largement disparu ces deux dernières années.

Le but de l'introduction du DMPA-SC n'était de remplacer le DMPA-IM dans aucun des contextes pilotes. La plupart des pays avaient exprimé leur intérêt pour un élargissement de leur gamme de méthodes de planification familiale et voyaient dans le DMPA-SC un moyen d'attirer de nouvelles clientes à travers les filières non cliniques, itinérantes et de distribution communautaire notamment, tandis que les clientes satisfaites continueraient à utiliser le DMPA-IM. Un certain degré de changement de méthode était attendu, mais il était impossible d'en prédire l'ampleur. Les données de suivi révèlent que, cumulativement, le nombre de doses administrées aux femmes ayant choisi de remplacer le DMPA-IM par DMPA-SC varie entre 7 pour cent au Burkina Faso et 16 pour cent en Ouganda.

Dans certains cas, le biais du prestataire en faveur d'un produit ou de l'autre peut avoir influencé l'adoption du DMPA-SC. Par exemple, au début de l'introduction, de nombreux prestataires, dans tous les contextes, semblaient avoir compris, à tort, que DMPA-SC devait remplacer le DMPA-IM, donnant lieu à de plus grandes proportions de doses administrées en remplacement du DMPA-IM au début du projet (de 16 pour cent au Burkina Faso à 51 pour cent au Sénégal). L'erreur a été rapidement rectifiée dans l'effort d'encadrement-accompagnement, donnant lieu à un déclin d'abord très net puis plus graduel du changement de méthode. En revanche, au début de l'introduction sur certains sites du Burkina Faso, les prestataires se sont montrés réticents à proposer DMPA-SC aux femmes, supposant qu'un « projet pilote » se limiterait à une offre temporaire ou à court terme de la méthode. Les superviseurs ont dû rappeler à ces prestataires que DMPA-SC resterait disponible à long terme et que le terme « pilote » faisait plutôt référence à la restriction géographique de l'introduction initiale.

L'approche de l'introduction dépend des objectifs de chaque pays, suivant qu'il s'agisse de la co-prestation des deux présentations injectables, du remplacement ultime du DMPA-IM ou de l'offre ciblée de DMPA-SC dans certains canaux spécifiques. Si les volumes de DMPA-SC administrés continuent d'augmenter dans toutes les zones géographiques durant les prochaines années, et si (et quand) l'auto-administration devient plus largement disponible, les conversations entre les donateurs internationaux de la planification familiale, les ministères de la santé, les organismes de mise en œuvre et le fabricant au sujet de ces deux produits continueront sans doute à évoluer.

*DMPA : l'acétate de médroxyprogestérone dépôt

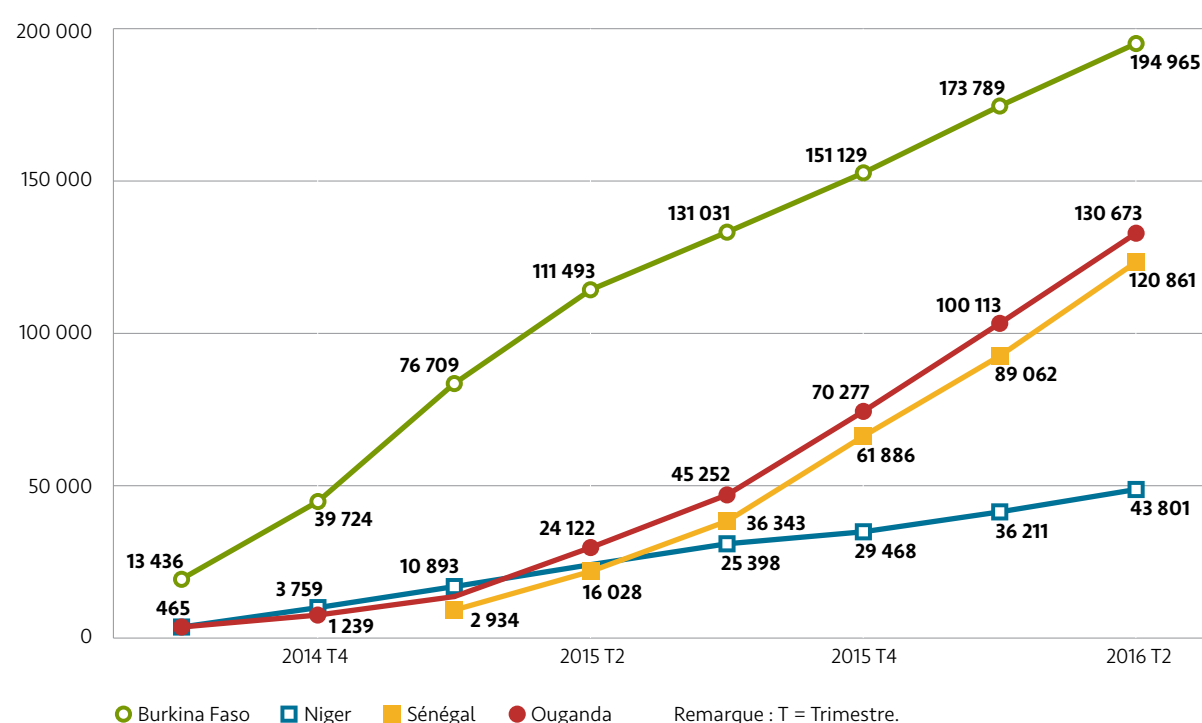
CONCEVOIR LA STRATÉGIE D'INTRODUCTION POUR OBTENIR LES RÉSULTATS DÉSIRÉS

Pendant la phase pilote, chaque pays a choisi le mode et l'endroit de l'introduction du DMPA-SC en fonction des objectifs du programme de planification familiale du pays. Tous les pays cherchaient à faire augmenter leur taux de prévalence contraceptive et à réduire le besoin de contraception non satisfait, mais chaque stratégie était aussi guidée par des priorités plus particulières (comme l'élargissement de la couverture ou l'accès à un plus grand nombre de nouvelles utilisatrices). L'analyse des données de suivi de l'introduction pilote au Burkina Faso, au Niger, au Sénégal et en Ouganda aide à illustrer la manière dont différentes stratégies d'introduction du DMPA-SC peuvent produire différents résultats, comme décrit brièvement ci-dessous.

L'introduction du DMPA-SC dans de nombreux points de prestation et à de plus hauts niveaux du système de santé aboutit à de plus grands volumes.

- **Approche :** Le Sénégal et le Burkina Faso ont introduit DMPA-SC par l'intermédiaire de points de prestation à tous les niveaux du système de santé, parallèlement au DMPA-IM. Ces pays ont par ailleurs assuré la mise en œuvre dans leurs quatre régions les plus peuplées et présentant les plus hauts taux d'intention d'utilisation de la planification familiale, d'après les données des Enquêtes démographiques et de santé nationales.
- **Résultats :** Les volumes de DMPA-SC distribués et administrés sont élevés dans les deux pays, car le produit était disponible dans tous les types de structures de santé, cliniques comprises (voir le graphique). D'importants volumes de distribution de DMPA-SC peuvent être un argument utile dans le débat mondial relatif à l'offre et à la demande du produit. Idéalement, plus la demande est forte, plus l'offre et la disponibilité du produit le seront aussi pour les femmes, y compris celles

Nombre total cumulé de doses de DMPA-SC administrées par trimestre, par pays (2014 - 2016)



qui présentent un besoin non satisfait de planification familiale.

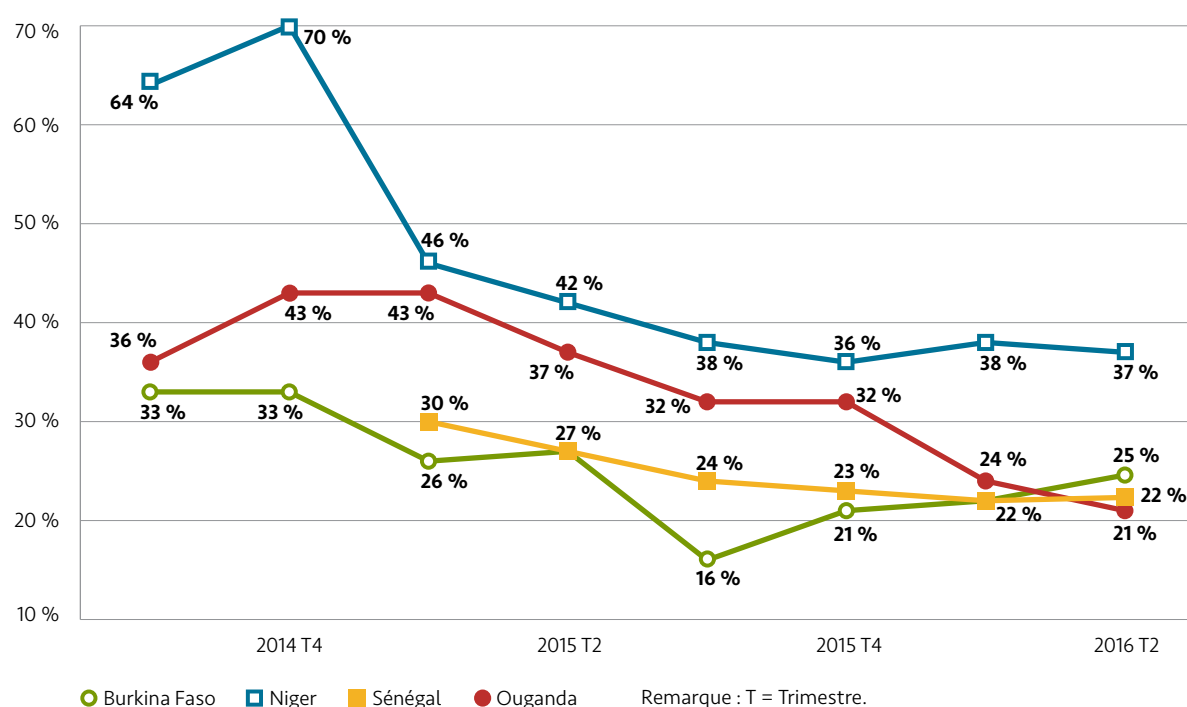
L'introduction du DMPA-SC dans les canaux plus périphériques atteint de plus grandes proportions de nouvelles utilisatrices de la planification familiale.

- **Approche :** Au Niger, face à l'indice de fécondité élevé (6,5 pour cent) et au faible niveau de besoin non satisfait (20 pour cent) imputable au désir de familles nombreuses, le MdS désirait atteindre et attirer de nouvelles utilisatrices de planification familiale et élargir l'accès géographique aux femmes des milieux isolés ou ruraux. Aussi le pays a-t-il choisi d'introduire le DMPA-SC comme première offre d'injectable seulement dans les structures les plus périphériques dans deux districts et en DBC par le biais d'un programme de marketing social en milieu rural dans deux autres districts. Autrement dit, les femmes nigériennes qui n'avaient auparavant accès qu'à la pilule et au préservatif se sont vu offrir une toute nouvelle option contraceptive. Étant donné la nouveauté de l'offre de l'injectable sur

ces créneaux, le Niger a choisi de limiter l'introduction pilote à quatre districts seulement, dans l'intention de passer rapidement à l'échelle nationale si la première année s'avérait positive.

- **Résultats :** Des quatre pays, le Niger a atteint la plus haute proportion globale de nouvelles utilisatrices (42 pour cent des doses ont été administrées à de nouvelles utilisatrices, dans l'ensemble, sur la totalité de la période pilote). Dès le début, la demande s'est révélée clairement parmi les nouvelles utilisatrices : durant le premier trimestre complet de l'introduction au Niger (d'octobre à décembre 2014 inclus), le pourcentage de doses de DMPA-SC administrées aux nouvelles utilisatrices de la planification familiale s'est élevé à non moins de 70 pour cent. La proportion de la totalité des doses administrées aux nouvelles utilisatrices a diminué et s'est stabilisée au fil du temps tandis qu'un plus grand nombre de clientes revenaient se faire administrer une nouvelle injection (voir le graphique).

Proportion de doses de DMPA-SC administrées aux nouvelles utilisatrices par pays, par trimestre (2014 – 2016)



L'introduction du DMPA-SC par distribution à base communautaire mènera probablement à un dépassement du DMPA-IM dans les canaux concernés (voir le graphique).

- **Approche :** La planification de l'introduction du DMPA-SC au Sénégal s'est effectuée parallèlement à une étude pilote réussie de la DBC du DMPA-IM. Un changement total de politique au début de l'introduction sénégalaise a permis aux agents de santé communautaire (ASC), les matrones, de proposer le DMPA-SC et le DMPA-IM.

L'Ouganda était le seul pays pilote qui disposait déjà d'une politique d'appui de la DBC du DMPA-IM au moment de l'introduction pilote de DMPA-SC. Le Mds ougandais et les partenaires de la mise en œuvre désiraient élargir le transfert de tâches à travers l'offre de prestations à base communautaire, sélectionnant 28 districts dotés d'équipes de santé villageoise (VHT) fonctionnelles mais sans offre régulière de l'injectable. Le projet pilote a assuré la formation des VHT à la planification familiale, y compris l'administration du DMPA-SC et du DMPA-IM.

- **Résultats :** Dans le cas d'une offre parallèle au niveau communautaire dans les deux pays, les volumes de DMPA-SC ont de loin surpassé ceux du DMPA-IM. Il se peut que les ASC et leurs clientes se sentent plus à l'aise avec DMPA-SC, en raison de sa facilité

d'emploi, ou qu'elles préfèrent l'injection sous-cutanée à celle intramusculaire. Au Sénégal, par exemple, la proportion de doses de DMPA-SC administrées par rapport au DMPA-IM est de 72 pour cent au niveau des cases de santé, par rapport à 14 pour cent seulement dans les structures de niveau supérieur. De même, en Ouganda, le DMPA-SC représente 75 pour cent des injectables administrés par les équipes VHT là où les deux méthodes étaient disponibles.



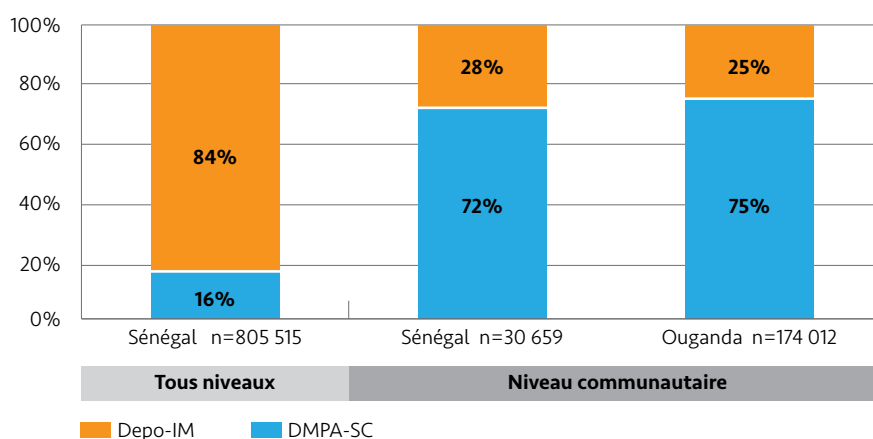
CONSEIL D'INTRODUCTION

DMPA-SC semble, dans une large mesure, obtenir la préférence des agents de santé communautaire et de leurs clientes. Il peut contribuer à l'avancement de la délégation et du partage de tâches.

L'introduction du DMPA-SC peut favoriser l'accès d'un plus grand nombre de jeunes femmes à la contraception.

- **Approche :** L'Ouganda, qui cherchait expressément à atteindre les jeunes femmes et les adolescentes par l'introduction pilote du DMPA-SC, a révisé son programme national de formation et élaboré ses stratégies de communication en

Proportions relatives d'administration de Depo-IM et DMPA-SC par pays, par niveau – Sénégal, Burkina Faso, Ouganda (2014 – 2016)



Remarque : Depo-IM = appellation générique de la formule intramusculaire de l'acétate de médroxyprogestérone dépôt.

conséquence. Le programme de formation prévoit des sessions spécifiquement conçues pour réduire la résistance à l'apport de la planification familiale aux adolescentes et des annonces radiophoniques ciblant une audience plus jeune ont été créées.

- **Résultats :** En Ouganda, les données de suivi du deuxième trimestre 2015 indiquent que 41 pour cent des clientes de DMPA-SC avaient moins de 25 ans. À titre de comparaison, l'Enquête démographique et de santé (2011) place 26 pour cent seulement des utilisatrices de l'injectable dans la tranche des moins de 25 ans. Collectées avant l'introduction du DMPA-SC, les données de l'enquête EDS concernent les clientes du DMPA-IM. Bien que les données de l'EDS datent de plusieurs années déjà, il est encourageant de constater qu'une plus grande proportion de femmes âgées de moins de 25 ans ont eu accès à DMPA-SC par rapport au DMPA-IM précédemment disponible. La tendance indique peut-être l'attraction de DMPA-SC pour les femmes plus jeunes. Il n'est pas possible de déterminer de manière concluante si c'est le produit en soi, les

approches spécifiques de la formation et de la communication, le canal de prestation à base communautaire ou les caractéristiques démographiques des zones pilotes qui ont entraîné ces résultats.

DISTRIBUTION DANS LE SECTEUR PRIVÉ

L'introduction du DMPA-SC dans ces quatre premiers pays s'est déroulée principalement dans le secteur public, où la plupart des femmes accèdent à la contraception (concernant l'injectable en particulier). Dans chaque pays, des organismes privés sans but lucratif ont également introduit DMPA-SC dans un petit nombre de points de prestation. Au Burkina Faso, par exemple, les données de suivi de PATH des 18 premiers mois de l'introduction pilote révèlent que, si la distribution d'envergure relativement faible assurée par le secteur des organisations non gouvernementales (ONG) ne représentait que 6 pour cent de l'ensemble des doses administrées, elle avait atteint une plus grande proportion de nouvelles utilisatrices

Marie Stopes complète l'introduction assurée par le secteur public au Burkina Faso

MSBF a intégré le DMPA-SC dans son offre de services de planification familiale en différents points de prestation, y compris trois cliniques, cinq équipes mobiles et un centre de conseil des jeunes dans les quatre régions pilotes. MSBF a formé 31 prestataires de santé et 32 agents de marketing familial appelés à informer les clientes et à les orienter vers les points de prestation de MSBF. En collaboration avec les équipes de gestion du district sanitaire, MSBF a mené des activités médiatiques et de communication pour le changement comportemental (émissions et annonces radiophoniques et éducation à l'orientation) ayant atteint une audience estimée à 223 000 personnes. Une activité unique aura été l'engagement d'associations féminines et masculines (de coiffeuses et de chauffeurs de taxi, notamment), appelées à servir de réseaux d'orientation des clientes. MSBF a également formé 140 responsables de groupes de culture du coton à l'orientation de clientes de la planification familiale vers ses points de prestation. Pendant la durée du projet, MSBF a administré plus de 3 500 doses de DMPA-SC, dont environ la moitié à de nouvelles utilisatrices de la contraception moderne.



(39 pour cent) par rapport au secteur public (25 pour cent). De plus, moins de doses ont été administrées dans le secteur privé à des femmes qui utilisaient auparavant le DMPA-IM ou d'autres méthodes. Ces résultats pourraient s'expliquer d'une certaine manière par le fait que les ONG utilisent les canaux de prestation tels que les agents itinérants, la distribution communautaire, les centres de jeunesse et les pharmacies. Il reste beaucoup à apprendre des contextes où la distribution du DMPA-SC est assurée par le secteur commercial privé. Dans certains des pays pilotes, la mise en œuvre dans le secteur privé a été retardée en raison de difficultés d'achat et des permissions de marque exigées pour le marketing social. Quelques exemples d'introduction dans le secteur privé :

- **ANIMAS-SUTURA au Niger.** L'UNFPA a conclu avec ANIMAS-SUTURA, un organisme local de marketing social, un contrat de distribution d'un produit renommé « SUTURA Press » au niveau de la communauté, à travers un réseau de 100 agents de santé communautaire formés, à Madarounfa et Mayahi, deux districts de la région de Maradi où près de 4 000 doses ont été distribuées (9 pour cent des doses totales administrées dans le cadre de l'introduction pilote au Niger). De plus, en mars 2015, le projet a formé 151 membres du personnel de pharmacies et cliniques privées de Niamey à la promotion et à la vente (données de distribution non disponibles).
- **ADEMAS au Sénégal.** Dans le but de la promotion d'un produit renommé « Securil Press », l'organisme de marketing social ADEMAS a formé 164 pharmaciens dans les régions pilotes, pour qu'ils puissent conseiller les clientes sur la contraception injectable et vendre le produit. Les clientes intéressées devaient emporter le produit et se le faire administrer par un autre prestataire formé. Plus de 9 000 doses avaient été vendues aux pharmacies fin juin 2016.
- **Marie Stopes Burkina Faso (MSBF).** MSBF a intégré DMPA-SC dans son offre de services de planification familiale dans les cliniques fixes et mobiles, assuré la formation de ses prestataires de santé et agents de

marketing social et mené des activités de communication pour le changement comportemental (voir l'encadré).

- **Marie Stopes Sénégal.** Après avoir surmonté d'importantes difficultés d'achat, Marie Stopes Sénégal a formé son personnel et commencé à offrir le DMPA-SC dans une clinique et un centre de jeunesse de Dakar en mai 2016. Dès juin, l'organisation lançait l'offre du produit sur tous ses canaux de distribution au niveau national à l'exception d'une région. Ces canaux comprennent des équipes itinérantes et des agents de marketing social opérant sous l'appellation de « MS Ladies », des centres de jeunesse et un réseau de franchise de marketing social composé de 55 centres de santé privés affiliés.
- **Filiales nationales de l'International Planned Parenthood Federation** au Burkina Faso (Association Burkinabè pour le Bien-Être Familial - ABBEF), au Sénégal (Association Sénégalaise pour le Bien-Être Familial - ASBEF) et en Ouganda (Reproductive Health Uganda - RHU). L'ABBEF a introduit DMPA-SC par l'intermédiaire de 11 cliniques, trois cliniques mobiles, deux centres de conseil pour les jeunes et plus de 600 agents de distribution à base communautaire. En fait, les quatre premières femmes d'Afrique à recevoir DMPA-SC dans un contexte de prestation clinique ordinaire étaient clientes d'une clinique de l'ABBEF au Burkina Faso en juin 2014. Au Sénégal, l'ASBEF a introduit le DMPA-SC, à l'échelle nationale, dans huit cliniques et à travers les programmes DBC de 17 villes et municipalités du pays. En Ouganda, RHU a intégré DMPA-SC à l'offre de l'une de ses cliniques urbaines dans le district de Gulu. Deux ans plus tard, RHU procède actuellement à l'intégration dans son offre contraceptive nationale.

AMÉLIORER L'ACCESS AUX INJECTABLES AU : **BURKINA FASO**

INTRODUCTION PILOTE DE BURKINA FASO EN CHIFFRES : JUIN 2014 – JUIN 2016

1 908

Nombre des prestataires formés pendant le pilote

194 965

Doses administrées pendant le pilote

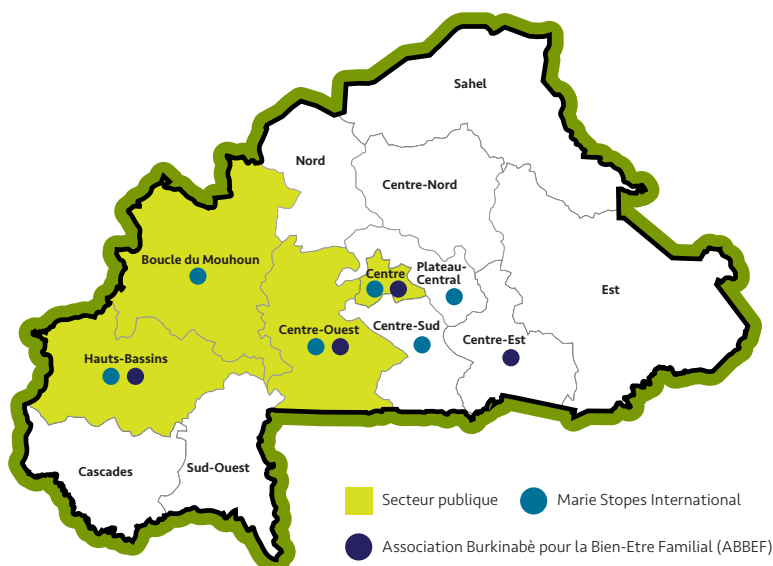
25 %

Proportion des doses administrées aux nouvelles utilisatrices



VUE D'ENSEMBLE

- Population : 19 millions
- Taux de prévalence contraceptive, méthodes modernes, toutes les femmes : 21.5 %
- Injectables comme proportion de la gamme de méthodes, femmes en union : 31 %
- Méthode la plus utilisée : implants (45 %)



PORTÉE GÉOGRAPHIQUE DU PILOTE

Plus de 680 points de prestation publiques répartis dans les quatre régions les plus peuplées (23 districts) ont participé au projet pilote. Le DMPA-SC a été offert en parallèle avec le DMPA-IM à tous les niveaux du système de santé. Des partenaires organisations non gouvernementales ont offert des services de proximité clinique et mobile.



INNOVATION

L'Introduction pilote du DMPA-SC constitue le premier offre des injectables au niveau communautaire à travers la stratégie avancée. Les agents de santé au niveau des centres de santé les plus périphériques – déjà actifs dans les campagnes routines de vaccination – offrent le DMPA-SC lors de visites mensuelles aux communautés.



PASSAGE À L'ÉCHELLE

Décision de passer à l'échelle réalisée en novembre 2015. Grappe de 35 maîtres-formateurs nationaux de 9 régions formés en mai 2016, suivi d'une formation en cascade simultanée de prestataires dans 9 régions supplémentaires et 47 districts avant fin juin 2016.



STATUT DE L'AUTO-INJECTION

En attente de l'approbation d'une nouvelle notice du produit indiquant l'auto-administration. Aucune recherche d'auto-injection n'est actuellement en cours. L'intérêt pour une phase pilote auto-injection émergeant.



PARTENAIRES

Ministère de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), Marie Stopes Burkina Faso (MSBF), Association Burkinabè pour le Bien-Être Familial (ABBEF), Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ).

Sources: Enquêtes Démographiques et de Santé, Performance Monitoring and Accountability (PMA2020); Suivi de l'introduction Pilote de Sayana Press de PATH: Résultats finaux du projet pilote

AMÉLIORER L'ACCESS AUX INJECTABLES AU : NIGER

INTRODUCTION PILOTE DE NIGER EN CHIFFRES : SEPTEMBRE 2014 – JUIN 2016

371

Nombre de prestataires formés pendant le pilote.

43 801

Doses administrées pendant le pilote.

42 %

Proportion des doses administrées aux nouvelles utilisatrices

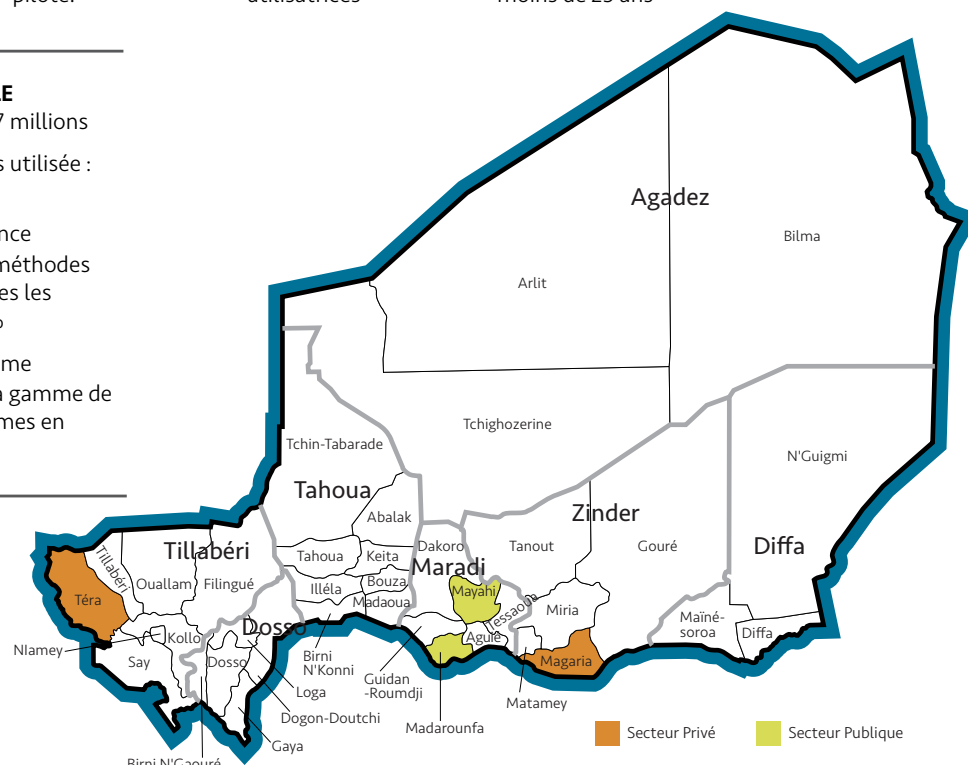
50 %

Proportion des doses administrées aux femmes de moins de 25 ans



VUE D'ENSEMBLE

- Population : 19,7 millions
- la méthode plus utilisée : pilules (47 %)
- Taux de prévalence contraceptive, méthodes modernes, toutes les femmes : 12,6 %
- Injectables comme proportion de la gamme de méthodes, femmes en union : 35 %



PORTÉE GEOGRAPHIQUE DU PILOTE

211 cas de santé communautaires publiques dans 2 districts (Téra et Magaria) de 2 régions (Tillabéri et Zinder). ANIMAS-SUTURA a fait la promotion de la marque de social marketing Sutura Press par la distribution communautaire dans 50 villages de 2 districts (Madarounfa et Mayahi) de la région de Maradi et dans les pharmacies et les cliniques privées autour de Niamey.

INNOVATION

L'introduction pilote du DMPA-SC représente le premier offre d'injectables dans les cas de santé, le niveau le plus périphérique du système de santé nigérien.

PASSAGE À L'ÉCHELLE

Décision de passer à l'échelle réalisée en juin 2015. Des partenaires, y compris Pathfinder et EngenderHealth, ont formé des agents de santé dans 661 cas de santé au-delà des 211 cas impliqués dans l'introduction pilote, sur 2 500 au pays.



STATUT DE L'AUTO-INJECTION

La nouvelle notice indiquant le produit pour l'auto-injection a été approuvée en juin 2016. Le futur potentiel de l'introduction de l'auto-injection ou de recherche à ce propos est inconnu.



PARTENAIRES

Ministre de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), Association Nigérienne pour le Bien-Etre Familial (ANBEF), Association Nigérienne de Marketing Social (ANIMAS-SUTURA).

Sources: Enquêtes Démographiques et de Santé, Rapports de pays de Performance Monitoring and Accountability 2020 (PMA2020); Suivi de L'introduction Pilote de Sayana Press de PATH: Résultats finaux du projet pilote

AMÉLIORER L'ACCESS AUX INJECTABLES AU : SÉNÉGAL

INTRODUCTION PILOTE DE SENEGAL EN CHIFFRES : JANVIER 2015 – JUIN 2016

2 023

Nombre des prestataires formés pendant le pilote

120 861

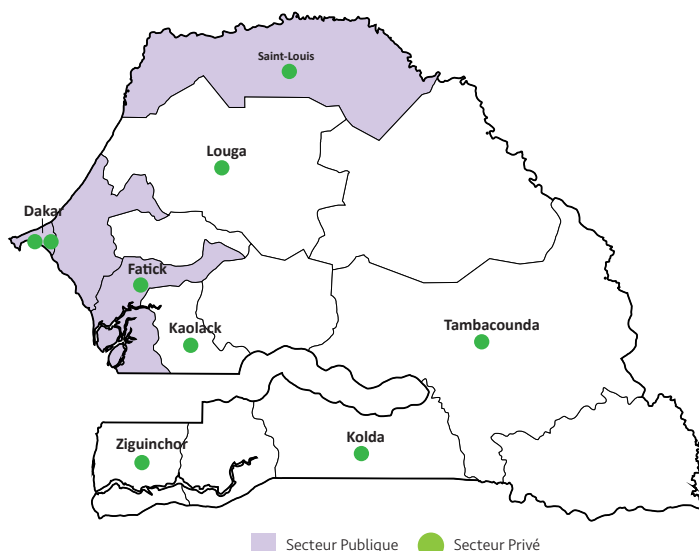
Doses administrées pendant le pilote

24 %

Proportion des doses administrées aux nouvelles utilisatrices

35 %

Proportion des doses administrées aux femmes de moins de 25 ans



VUE D'ENSEMBLE

- Population : 15 millions
- Taux de prévalence contraceptive, méthodes modernes, femmes en union : 20,3 %
- Injectables comme proportion de la gamme de méthodes, femmes en union : 39 % (méthode la plus utilisée)



PORTÉE GEOGRAPHIQUE DU PILOTE

268 centres de santé et 637 cases de santé dans les quatre régions les plus peuplées, à tous les niveaux du secteur public et aux côtés du DMPA-IM. Marie Stopes Sénégal a offert le DMPA-SC à travers un réseau de 55 cliniques et d'équipes mobiles dans les zones pilotes, et l'Association Sénégalaise pour le Bien-Etre Familial (ASBEF) a travaillé à travers 8 cliniques et la distribution communautaire dans 17 villes du pays. L'Agence pour le Développement du Marketing Social (ADEMAS) a distribué un produit de marque, Sécuril Press, à vendre en pharmacie.



INNOVATION

Le DMPA-SC et le DMPA-IM ont été introduits en parallèles au niveau des cases de santé pour la première fois pendant le pilote.



PASSAGE A L'ECHELLE

Décision de passer à l'échelle réalisée en mars 2016. Des équipes de supervision régionales ont été formées en mai et juin 2016. Le déploiement progressif de la formation des prestataires dans 10 régions non pilotes a débuté en juin 2016 et s'est poursuivi au début de 2017.



STATUT DE L'AUTO-INJECTION

Une étude de faisabilité opérationnelle de l'auto-injection a été achevée en juin 2016. Des études sur le coût-efficacité et la continuation seront achevées en 2017. La mise-à-jour de la notice est en cours. Il y a une intention claire de piloter l'auto-injection.



PARTENAIRES

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, ChildFund International, IntraHealth International, Agence pour le Développement du Marketing Social (ADEMAS), Marie Stopes Sénégal (MSS), Agence Sénégalaise pour le Bien-Etre Familial (ASBEF).

Sources: Enquêtes Démographiques et de Santé, Rapports de pays de Performance Monitoring and Accountability 2020 (PMA2020); Suivi de l'introduction Pilote de Sayana Press de PATH: Résultats finaux du projet pilote

AMELIORER L'ACCESS AUX INJECTABLES AU : OUGANDA

INTRODUCTION PILOTE D'OUGANDA EN CHIFFRES : OCTOBRE 2014 – JUIN 2016

2 284

Nombre des prestataires formés pendant le pilote

130 673

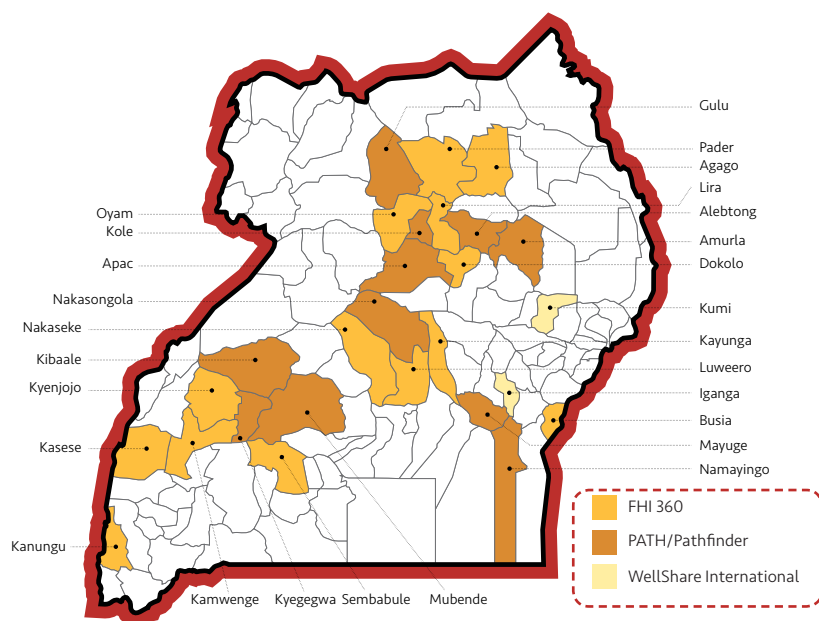
Doses administrées pendant le pilote

29 %

Proportion des doses administrées aux nouvelles utilisatrices

44 %

Proportion des doses administrées aux femmes de moins de 25 ans



VUE D'ENSEMBLE

- Population : 36,6 millions
- Taux de prévalence contraceptive, méthodes modernes, toutes les femmes : 27,5 %
- Injectables comme proportion de la gamme de méthodes, femmes en union : 56,4 % (la méthode plus utilisée)



PORTEE GEOGRAPHIQUE DU PILOTE

Distribution communautaire par des équipes de santé villageoises (Village Health Teams) dans 28 districts sur 112 : 10 ont été gérés par PATH et Pathfinder, 16 par FHI 360 ; et 2 par WellShare International. L'organisation non-gouvernementale Reproductive Health Uganda (RHU) a atteint la jeunesse par le biais de leur site clinique à Gulu, au nord de l'Ouganda.



INNOVATION

L'introduction pilote a élargi l'engagement du pays à la stratégie du partage de tâches en formant de nombreux agents de santé communautaires et des équipes sanitaires villageoises (VHTs) dans l'administration du DMPA-SC et du DMPA-IM.



PASSAGE A L'ECHELLE

En avril 2016, le ministère de la Santé a annoncé son engagement dans la couverture nationale du DMPA-SC. A la fin de l'année, plusieurs partenaires avaient lancé des activités de formation dans de districts supplémentaires et un plan national coordonné était en cours d'élaboration.



STATUT DE L'AUTO-INJECTION

Les études de faisabilité opérationnelle de l'auto-injection ont finies en décembre 2016. Des études sur le coût-efficacité et la continuation seront achevées en mi-2017. A la fin de 2016, l'offre de l'auto-injection du DMPA-SC a été mise à l'essai dans le district de Mubende en Ouganda, la première fois que la pratique est disponible en Afrique subsaharienne en dehors des études de recherche. La nouvelle notice indiquant le produit pour l'auto-injection a été approuvée en début 2017.



PARTENAIRES

Ministère de la Santé, Pathfinder International, WellShare International, FHI 360, Groupe Ougandais pour le Marketing de Santé, (UHMG), Fondation pour la Communication pour le Développement en Ouganda (CDFU), Santé Reproductive Ouganda, Makerere Université.

Sources: Enquêtes Démographiques et de Santé, Rapports de pays de Performance Monitoring and Accountability 2020 (PMA2020); Suivi de L'introduction Pilote de Sayana Press de PATH: Résultats finaux du projet pilote



- **Pour atteindre d'importants volumes, introduire DMPA-SC à tous les niveaux du secteur public (ou public-privé) dans les grandes zones géographiques.** Ne pas sous-estimer le potentiel du niveau communautaire à générer également d'importants volumes, surtout avec le soutien des efforts de communication et de sensibilisation.
- **Pour atteindre un plus large nombre de nouvelles utilisatrices, privilégier la prestation au niveau communautaire et proposer l'injectable là où il n'était auparavant pas disponible.** Accroître le nombre de nouvelles utilisatrices de la planification familiale peut contribuer à réduire les besoins non satisfaits et augmenter la prévalence contraceptive.
- **Attendre de hauts volumes de DMPA-SC par rapport au DMPA-IM dans les canaux de prestation communautaire.** Les données de l'introduction pilote renforcent celles de la recherche initiale sur l'acceptabilité et la préférence du DMPA-SC parmi les prestataires au niveau communautaire et leurs clientes.
- **Tenir compte de l'opportunité qu'offre le DMPA-SC d'accroître l'accès aux jeunes femmes.** Explorer différents canaux de prestation publics et privés et considérer les activités de formation, de suivi et de communication supplémentaires requises pour soutenir et renforcer l'accès des jeunes femmes et des adolescentes.
- **Investir dans l'introduction sur le marché total dès le début de la planification et au-delà.** Les données relatives à l'introduction du DMPA-SC dans les canaux du secteur privé sont encore limitées mais celles disponibles indiquent un excellent potentiel d'élargissement de l'accès.



Résumé du plan d'introduction de Sayana Press en Ouganda. Accessible sur sites.path.org/rh/recent-reproductive-health-projects/sayanapress/sayanapress-resources/#uganda [en anglais]. Ce résumé présente les éléments centraux du plan d'introduction pilote ougandais, concernant les objectifs de la planification familiale dans le pays, le processus d'enregistrement du produit, les partenaires de DMPA-SC et leur rôle, la couverture géographique et les plans de formation, de communication avec l'utilisateur final et de suivi.



Provision of Injectable Contraception Services through Community-Based Distribution. Accessible sur www.fhi360.org/resource/provision-injectable-contraception-services-through-community-based-distribution [en anglais]. Publié par FHI 360 et Save the Children USA, ce guide explique, pas à pas, l'introduction de la contraception injectable — telle que le DMPA-SC — dans un programme de distribution à base communautaire existant.



Community-Based Access to Injectable Contraceptives Toolkit. Accessible sur www.k4health.org/toolkits/cba2i [en anglais]. Cette ressource exhaustive offre une plateforme de travail aux organismes et organisations vouées à la planification, la mise en œuvre, l'évaluation, la promotion et le passage à l'échelle de programmes d'accès communautaire aux injectables et au plaidoyer pour le changement de la politique et des directives de prestation nationales.



Les agents de santé communautaire peuvent administrer des contraceptifs injectables en toute sécurité et efficacité : Conclusions d'une consultation technique. Accessible sur www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/WHO_CBD_brief.pdf. Ce résumé de quatre pages présente les conclusions d'une consultation technique d'experts tenue en 2009. Le groupe a examiné les nombreuses données disponibles et conclu dans ses recommandations que la prestation communautaire de la contraception injectable par des agents de santé communautaire formés est sûre et efficace. Le document met en valeur les questions relatives à l'orientation des programmes et aux aspects opérationnels, ainsi que les priorités identifiées pour la recherche à venir.



L'introduction du DMPA sous-cutané (DMPA-SC, produit de marque Sayana® Press) promet d'élargir l'accès des femmes aux méthodes de planification familiale en donnant la possibilité aux agents de santé de niveau inférieur d'offrir ce service, et même aux femmes la possibilité de s'auto-injecter. Les expériences des premières introductions pourront être utiles aux nouvelles initiatives et transitions, que ce soit dans le cadre de projets pilotes de petite envergure ou de prestations à grande échelle. Cette section décrit les résultats et les enseignements tirés des projets d'introduction pilote dans quatre pays. Elle présente ensuite les recommandations proposées pour guider les efforts à venir des ministères de la santé et de leurs partenaires à la mise en œuvre concernant **l'enregistrement du produit**.

AUTORISATION D'ACHAT, D'IMPORTATION ET D'USAGE DU PRODUIT DANS UN PAYS

L'enregistrement d'un nouveau produit tel que Sayana Press (produit DMPA-SC de marque Pfizer) par les autorités réglementaires des médicaments pertinentes d'un pays est essentiel à son introduction. L'autorité nationale est souvent une division du ministère de la santé (Mds), établie pour assurer la sécurité de tous les médicaments introduits sur le marché. Cette structure surveille, pour la santé publique, la qualité et l'efficacité de tous les médicaments ; elle supervise l'octroi sous licence, le commerce et la publicité des médicaments ; et il assure la conformité aux

normes juridiques internationales en matière de réglementation des médicaments.

PROCESSUS D'ENREGISTREMENT ET RESPONSABILITÉ

L'enregistrement influence beaucoup les étapes suivantes du processus d'introduction. Dans la plupart des cas, l'autorité réglementaire d'un pays évalue, d'après l'examen des données cliniques disponibles, la sécurité, l'efficacité et la qualité du produit. À l'issue de la revue, elle délivre l'autorisation d'importation et de distribution du produit. L'enregistrement (autorisation de mise sur le marché) est

requis pour l'achat et l'importation du produit ; elle régit les modifications ultérieures concernant la façon dont le produit est utilisé.

En sa qualité de fabricant du produit, Pfizer Inc. doit assumer la responsabilité de l'enregistrement de Sayana Press. En d'autres termes, Pfizer doit préparer, présenter et suivre les soumissions réglementaires ; déterminer les marchés sur lesquels le produit doit (ou peut) être homologué, compte tenu des priorités sanitaires mondiales et de la demande du pays ; et évaluer combien de dossiers d'enregistrement peuvent être préparés, présentés et suivis durant un temps donné. Pfizer doit peser les coûts de l'enregistrement d'un produit tel que Sayana Press sur un nouveau marché par rapport à ses avantages, mesurés en termes de revenu, profit, position concurrentielle et/ou avantage potentiel pour les femmes et demande de leur part.



CONSEIL D'INTRODUCTION

Le fabricant du produit, Pfizer Inc., dirige le processus d'enregistrement de Sayana Press.



CONSEIL D'INTRODUCTION

Sayana Press a reçu la rigoureuse approbation réglementaire du Royaume-Uni — y compris pour l'auto-administration — point de référence clé pour l'enregistrement dans d'autres pays.



PATH/WILL BOASE

Grandes étapes de l'enregistrement de Sayana Press

Depuis 2007, la sécurité, l'efficacité et la qualité de Sayana Press et du médicament contenu dans Sayana Press (DMPA-SC [appellation générique de la formule sous-cutanée de l'acétate de médroxyprogestérone dépôt]) ont été soigneusement vérifiées au fil des multiples étapes du processus d'enregistrement.

- **2007 : Sayana reçoit l'approbation réglementaire rigoureuse de la MHRA britannique.** Sayana est le même médicament que celui utilisé dans Sayana Press, mais il est conditionné en seringue en verre préremplie, pour administration par un agent de santé. Cet enregistrement auprès de la MHRA en a permis d'autres en Europe, par effet de « cascade » vers les autres États membres de l'Union Européenne liés par un accord de reconnaissance mutuelle des enregistrements réglementaires de médicaments auprès de la MHRA.
- **2011 : Sayana Press reçoit l'approbation réglementaire rigoureuse de la MHRA britannique,** par amendement à l'enregistrement original de Sayana. L'amendement demandait l'approbation réglementaire d'un changement de contenant : Sayana dans le système d'injection Uniject™ (précédemment connu sous l'appellation depo-subQ en Uniject, aujourd'hui Sayana Press).
- **Depuis 2013 : Sayana Press reçoit l'approbation réglementaire nationale du Burkina Faso, du Sénégal, du Niger, d'Ouganda et au-delà.** Une fois obtenue l'approbation rigoureuse de la MHRA, Pfizer a déposé la demande d'autorisation de mise sur le marché de Sayana Press dans d'autres pays individuels, y compris les quatre pays pilotes. Les critères de soumission, délais et processus d'évaluation et d'approbation de chaque pays étaient différents.
- **2015 : Auto-administration de Sayana Press approuvée par la MHRA britannique.** Sur la base d'un intérêt commercial et de santé mondiale, Pfizer a préparé une documentation réglementaire supplémentaire concernant la sécurité et l'efficacité de l'auto-administration, faisant référence aux études entreprises aux États-Unis et au Royaume-Uni. Pfizer a soumis une nouvelle demande à la MHRA, pour la mise à jour de la notice de Sayana Press pour ajouter l'auto-administration comme voie d'administration additionnelle. La demande a été approuvée en 2015.
- **Depuis 2016 : Approbation de la notice incluant l'auto-administration de Sayana Press par les autorités réglementaires nationales du Niger, d'Ouganda et au-delà.** L'approbation par la MHRA de Sayana Press de la notice incluant l'auto-administration facilite désormais la soumission, l'évaluation et l'approbation de nouvelles demandes de mise à jour de la notice au niveau des pays individuels. Le Niger est le premier pays à avoir obtenu l'approbation réglementaire de la nouvelle notice.

Une question fréquemment soulevée par les parties prenantes mondiales et nationales durant la phase pilote concerne la nécessité ou non de préqualification de Sayana Press par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). À l'instar d'une rigoureuse approbation réglementaire, la préqualification de l'OMS facilite parfois les processus d'enregistrement nationaux. Les organismes d'achat de produits de santé reproductive n'exigent généralement pas la préqualification OMS des produits internationalement reconnus par une autorité réglementaire rigoureuse.

Dans certains cas, dans l'attente de l'enregistrement officielle, Sayana Press a

été introduit dans un pays sous dérogation, forme d'approbation réglementaire provisoire accordée pendant une période de temps limitée parallèlement au plein processus d'enregistrement réglementaire. Les dérogations sont souvent demandées dans le but spécifique d'un projet pilote ou d'un essai de petite envergure. Par exemple, la disponibilité initiale de Sayana Press a été accordée sous dérogation au Malawi, dans le cadre d'une étude sur l'auto-administration, et en République démocratique du Congo, en raison des complexités et des longs délais associés au processus d'enregistrement réglementaire dans le pays.



CONSEIL D'INTRODUCTION

Une dérogation peut être envisagée dans les pays où le processus d'enregistrement risque de ralentir considérablement l'introduction du produit.

IMPRÉVISIBILITÉ DES DÉLAIS D'ENREGISTREMENT

L'enregistrement du produit pour les quatre premières introductions pilotes de Sayana Press s'est avéré complexe et exigeante en temps. Étant donné que la demande d'autorisation de mise sur le marché incombe à Pfizer et qu'elle dépend des processus réglementaires du pays, il s'agit de la partie de l'introduction sur laquelle les organisations chargées de la mise en œuvre ont le moins de contrôle. L'étape de la préparation des dossiers réglementaires peut exiger des ressources considérables. Par exemple, après le Sommet de Londres sur la planification familiale en juillet 2012 et l'engagement de ressources de donateurs à l'introduction pilote de Sayana Press, il a fallu environ six mois pour que Pfizer prépare de multiples demandes réglementaires simultanées conformes aux exigences diverses des pays. Les demandes ont été présentées aux autorités nationales du Burkina Faso, du Niger, du Sénégal et d'Ouganda début 2013.

Dans les quatre pays pilotes, le délai écoulé entre la soumission réglementaire et l'approbation nationale réglementaire a varié de six semaines à plus d'un an. En présence de mécanismes de coordination efficaces, la planification de l'introduction peut se poursuivre pendant le processus d'enregistrement du produit. Par exemple, PATH a continué à réviser les

modules de formation sur le DMPA-SC avec le MdS et a engagé les partenaires locaux dans la planification de la formation des prestataires et des activités de communication de création de la demande. De plus, l'équipe de coordination PATH et d'importants représentants ministériels ont contribué, dans une certaine mesure, au suivi de chaque étape du processus d'enregistrement, à l'identification des goulots d'étranglement et à l'assurance de l'avancement du processus.

La mise en œuvre finale de certaines activités au niveau du pays n'en a pas moins été retardée étant donné l'incertitude des dates d'arrivée du produit dans le pays. La souplesse des plans de travail et la persévérance ont été essentielles à la mise en œuvre réussie du projet. Ainsi, la formation des prestataires a pu être planifiée mais non inscrite au calendrier tant que le produit n'était pas dans le pays et prêt à être distribué. Les activités de lancement ont été planifiées sans dates officielles fixées dans l'attente de l'enregistrement réglementaire définitive et de la certitude de l'arrivée du produit dans le pays. La navigation réussie de ces aspects imprévisibles du projet pilote reflète la valeur d'une coordination apte à tenir les parties prenantes informées et à assurer la progression continue des activités.



CONSEIL D'INTRODUCTION

Bien que les responsables de la mise en œuvre ne sont pas impliqués directement dans le processus d'enregistrement du produit, ils peuvent s'informer auprès des autorités sur l'état d'avancement du dossier. Aussi, il arrive parfois que ces responsables puissent contribuer à la résolution de problèmes dont les parties prenantes ou les autorités réglementaires n'auraient peut-être pas connaissance.



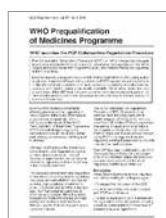
- **S'informer de l'état d'enregistrement de DMPA-SC dans le monde.** S'assurer que la sécurité, l'efficacité et la qualité du produit ont été soigneusement vérifiées. La compréhension des principaux éléments factuels des antécédents d'enregistrement du produit peut être utile à la navigation des nombreuses étapes du processus d'introduction. Par exemple, il est utile de savoir que le médicament est approuvé aux États-Unis et en Europe par une autorité réglementaire rigoureuse, y compris pour l'auto-administration.
- **Assurer la souplesse dans les plans d'introduction.** Le processus d'enregistrement demande souvent beaucoup plus de temps que prévu. L'enregistrement incombe au fabricant et les processus nationaux sont souvent imprévisibles.
- **Suivre le processus d'enregistrement et savoir ce qui peut être accompli, entretemps, pour faire avancer l'introduction.** Dans l'attente de l'enregistrement, il est utile de rester en contact avec le personnel clé du MdS et avec la personne-contact du fabricant, au cas où certains obstacles ou questions se poseraient et exigeraient un effort de coordination. Les activités de planification de l'introduction telles que la conception du système de suivi, la révision ou l'élaboration d'un programme de formation des prestataires et la conceptualisation des campagnes de communication peuvent être entreprises avant la décision finale de autorisation de mise sur le marché.



Portail d'information - Médicaments essentiels et produits de santé de l'OMS. Accessible sur <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/>. Ce portail propose une collection d'articles intégraux relatifs à tous les aspects de l'enregistrement international des médicaments et produits de santé.



Access to Medicines and Drug Regulation in Developing Countries: A Resource Guide for DFID. Accessible sur apps.who.int/medicinedocs/documents/s18246en/s18246en.pdf [en anglais]. Ce document présente un aperçu du débat sur la manière dont les organismes de réglementation des médicaments sont financés dans les pays en développement et la mesure dans laquelle ils devraient renforcer leur capacité locale ou se fier aux organismes réglementaires des pays industrialisés.



WHO Launches the PQP Collaborative Registration Procedure. Accessible sur apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js21317en/ [en anglais]. Ce résumé de la procédure d'enregistrement collaborative de l'OMS décrit les avantages du programme ainsi que les expériences et enseignements tirés lors du lancement de l'activité en 2012.



WHO Collaborative Registration Procedure for Medicines in Developing Countries. Mémoire de maîtrise. Accessible sur dgra.de/media/pdf/studium/masterthesis/master_haas_s.pdf [en anglais]. Ce mémoire présente une revue approfondie des principales procédures dirigées par l'Organisation mondiale de la Santé pour l'enregistrement des médicaments dans les pays en développement, concernant notamment la préqualification, la notion de médicaments essentiels et l'enregistrement collaboratif.



PATH/Fiona Walugembe

L'introduction du DMPA sous-cutané (DMPA-SC, produit de marque Sayana® Press) promet d'élargir l'accès des femmes aux méthodes de planification familiale en donnant aux agents de santé de niveau inférieur la possibilité d'offrir ce service, et même aux femmes la possibilité de s'auto-injecter. Les expériences des premières introductions pourront être utiles aux nouvelles initiatives et transitions, que ce soit dans le cadre de projets pilotes de petite envergure ou de prestations à grande échelle. Cette section décrit les résultats et les enseignements tirés des projets d'introduction pilote dans quatre pays. Elle présente ensuite les recommandations proposées pour guider les efforts à venir des ministères de la santé et de leurs partenaires à la mise en œuvre concernant la **quantification et l'achat**.

ACHETER LA BONNE QUANTITE DU PRODUIT

Il s'agit du processus d'achat ou de commande d'un produit. La quantification, qui consiste à estimer la quantité de produit requis, en constitue une étape essentielle. Des exercices réguliers de quantification, en vue d'estimer les besoins de produits de planification familiale, sont généralement effectués sous la conduite du ministère de la santé (Mds), avec l'aide des partenaires et des donateurs. Les résultats entrent dans le processus d'achat de produits de chaque pays. PATH et ses partenaires ont entrepris une version de cet exercice de quantification pour l'introduction pilote de DMPA-SC au Burkina Faso, au Niger, au

Sénégal et en Ouganda, de manière conforme aux processus des pays, pour satisfaire aux conditions d'achat des donateurs et produire une estimation des besoins initiaux en fonction des hypothèses d'utilisation du produit.

PATH et les pays partenaires — au niveau le plus central, le MdS, car ces premières introductions représentaient essentiellement un effort du secteur public — ont travaillé en collaboration étroite avec les bureaux nationaux du principal organisme partenaire aux achats, le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), aux premières quantifications de DMPA-SC. Les partenaires pertinents du MdS de chaque pays ont examiné, précisé et

approuvé les quantifications proposées pour les commandes initiales de DMPA-SC avant de les soumettre officiellement au siège de l'UNFPA à Copenhague et lancer ainsi effectivement le processus d'achat.

Les plans d'introduction élaborés pour chacun des quatre pays d'introduction pilote précisait les emplacements géographiques choisis, les canaux de prestation et les plans de formation (voir la Section 4 : Planifier la stratégie d'introduction). Cette information était essentielle à la quantification de la commande initiale de DMPA-SC de chaque pays. D'autres facteurs, au-delà du plan d'introduction en soi, ont dû être considérés dans la quantification du produit :

- **Moment de l'enregistrement dans le pays.** Le plan d'introduction et la quantification de chaque pays reflètent les hypothèses concernant la date officielle de l'enregistrement. Les changements de date, dans chaque pays, ont également entraîné des changements d'hypothèse concernant l'adoption et la quantification (voir la section 5 : Enregistrement).
- **Dates de fabrication et durée de conservation.** DMPA-SC est homologué pour une durée de conservation de trois ans. La date de fabrication de certaines unités dont Pfizer disposait pour l'introduction pilote remontait à 2012. Comme les introductions pilotes n'ont pas commencé avant 2014, après l'enregistrement du produit, la durée de conservation de chaque lot a dû être assortie aux dates projetées de déploiement de la formation et de l'adoption, influençant dès lors la quantification finale utilisable.
- **Politiques des pays.** Chaque pays avait une politique distincte concernant la durée de conservation minimum restante des produits achetés pour les programmes de planification familiale du secteur public. Ces politiques ont dû être prises en compte dans le processus de quantification. Par exemple, le Sénégal exige au moins 66 à 80 pour cent de durée de conservation restante au moment de la livraison d'un médicament dans le pays. En collaboration avec les pays

partenaires, PATH a documenté ces politiques dans le processus de quantification.



CONSEIL D'INTRODUCTION

Déterminer la durée de conservation minimum d'un produit requise par le gouvernement et par l'organisme d'achat, tel que le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) ou l'Agence américaine pour le développement international (USAID), avant la négociation avec le fabricant.

QUANTIFICATION : DE QUELLE QUANTITÉ DE PRODUIT FAUT-IL DISPOSER POUR L'INTRODUCTION PILOTE ?

Le DMPA-SC (plus précisément Sayana Press) était un nouveau produit dans les quatre pays d'introduction pilote, sans historique de données de consommation disponibles pour éclairer les estimations de quantification initiales. Cependant, les données d'utilisation historique et actuel d'autres formes de contraception injectable — notamment le DMPA intramusculaire (DMPA-IM)— sont extrêmement utiles à l'estimation de la consommation potentielle du DMPA-SC. PATH et ses partenaires ont commencé par consulter les ressources techniques disponibles et examiner les données d'utilisation de la contraception injectable de chaque pays. Ces ressources ont facilité le cadrage de la réflexion de PATH concernant les variables à considérer dans l'estimation de la consommation et la quantification du DMPA-SC.



CONSEIL D'INTRODUCTION

Examiner les données d'utilisation de la contraception injectable existant pour faciliter la quantification du DMPA-SC.



Consommation estimée pour la quantification vs consommation réelle en Ouganda

PATH a développé un modèle de la consommation potentielle de DMPA-SC en Ouganda en préparation à l'estimation de la quantification. Le modèle reflétait la stratégie d'introduction pilote du DMPA-SC dans 28 districts à travers les équipes de santé villageoise (VHT) formées d'agents de santé communautaire bénévoles. Le modèle de PATH incorporait les détails de formation obtenus des organismes alors désignés pour la formation des VHT : Pathfinder International, FHI 360 et PATH.

D'autres hypothèses tenaient compte des estimations suivantes :

- Nombre de nouvelles clientes et de clientes assidues.
- Taux de retention des agents VHT dans le programme pilote, par trimestre.
- Remplacement/transfert du DMPA-IM (pour les agents VHT déjà formés à la prestation du DMPA-IM).
- Nombre maximum de nouvelles clientes par VHT.

Le modèle projetait ensuite l'accroissement de l'adoption de DMPA-SC au fil du temps d'après le nombre de VHT formés par trimestre. Il a estimé la formation de 2 300 VHT avant la fin de 2014. Selon l'estimation initiale, 298 860 unités de DMPA-SC étaient nécessaires jusqu'à la fin du quatrième trimestre 2015, et 331,000 doses ont été commandées. La consommation effective de DMPA-SC en Ouganda au quatrième trimestre 2015 était de 68 909. Ainsi la consommation réelle était en-deçà de l'estimation. Les raisons suivantes expliquent cette divergence :

- Période des formations. La formation des prestataires a commencé plus tard et duré plus longtemps que ne l'avait estimé le modèle de quantification, donnant lieu au début tardif des prestations.
- Capacité des VHT. Les hypothèses modélisées sur l'accroissement de clientèle et la retention se sont révélées inexactes. Les modèles avaient prévu que chaque VHT compterait 22 à 27 clientes de DMPA-SC par trimestre. Or les résultats des données de suivi de PATH indiquent l'administration d'une moyenne de 18 doses par trimestre et par VHT en Ouganda à la mi-2016. Chaque VHT aura donc eu, en moyenne, moins de clientes de DMPA-SC que les estimations initiales ne l'avaient prévu.

Malgré le net écart observé entre les valeurs de consommation estimées et réelles en Ouganda, le pays n'a pas été surapprovisionné. La consommation a augmenté régulièrement au fil des deux années pilotes. À la mi-2016, la plupart des 331 000 doses initiales commandées pour l'Ouganda avaient été consommées ou distribuées aux points de prestation sur le terrain. Basé sur l'exercice de quantification suivant, une nouvelle commande de 548 000 unités a été livrée en juin 2016.

PATH a soutenu les exercices de quantification de manière différente dans chaque pays, suivant le contexte. Au Burkina Faso et au Niger, les programmes nationaux de l'UNFPA opéraient déjà en collaboration étroite avec le Mds au soutien de l'estimation globale des produits de contraception, y compris la quantification pour la phase pilote du DMPA-SC. Dans ces deux cas, les pays partenaires ont élaboré leur quantification initiale de DMPA-SC soumise au siège de l'UNFPA sur la base des plans d'introduction. PATH a soutenu les processus burkinabè et nigérien par le suivi et la globalisation des quantifications des quatre pays puis la coordination de la communication multinationale avec le siège de l'UNFPA et, plus spécifiquement, la section des achats à Copenhague.

Pour le Sénégal et l'Ouganda, PATH a élaboré un modèle Excel d'estimation de la consommation de DMPA-SC comme élément clé de la quantification nationale. Ces modèles ont été construits selon un processus ascendant, par incorporation de l'information suivante :

- Nombre d'agents de santé à former, emplacements géographiques, couverture géographique et calendrier prévu des formations.
- Estimations du nombre d'unités de DMPA-SC que chaque agent de santé formé serait censé administrer aux femmes par trimestre (voir l'encadré).

- Hypothèses du nombre de clientes se présentant à la réinjection, de nouvelles clientes et d'abandons.
- Estimations du nombre de femmes utilisant le DMPA-SC par trimestre (soit le nombre estimé d'unités de DMPA-SC devant être consommées) d'après, en partie, les données d'études d'acceptabilité antérieures.

Cette information s'est avérée plus accessible en Ouganda, où la distribution à base communautaire (DBC) des injectables était déjà en cours, et plus rare au Sénégal, dont l'expérience de la DBC des injectables était limitée. Il en a résulté une estimation modélisée de la consommation du produit au fil du temps, modifiable suivant la variation des hypothèses et des calendriers. Ces estimations ont servi de base aux quantifications du Sénégal et d'Ouganda.

Les tendances de la consommation servent de base aux exercices de quantification qui, à leur tour, deviennent la base des ordres d'achat. La première commande d'unités de DMPA-SC passée dans chaque pays pilote s'est avérée variable suivant le contexte du pays, soit 100 000 doses pour le Niger, 250 000 doses pour le Burkina Faso, 331 000 doses pour l'Ouganda et 448 600 doses pour le Sénégal. Les commandes ultérieures ont été passées semestriellement, suivant les données de consommation émergentes et les stocks disponibles restants dans chaque pays.

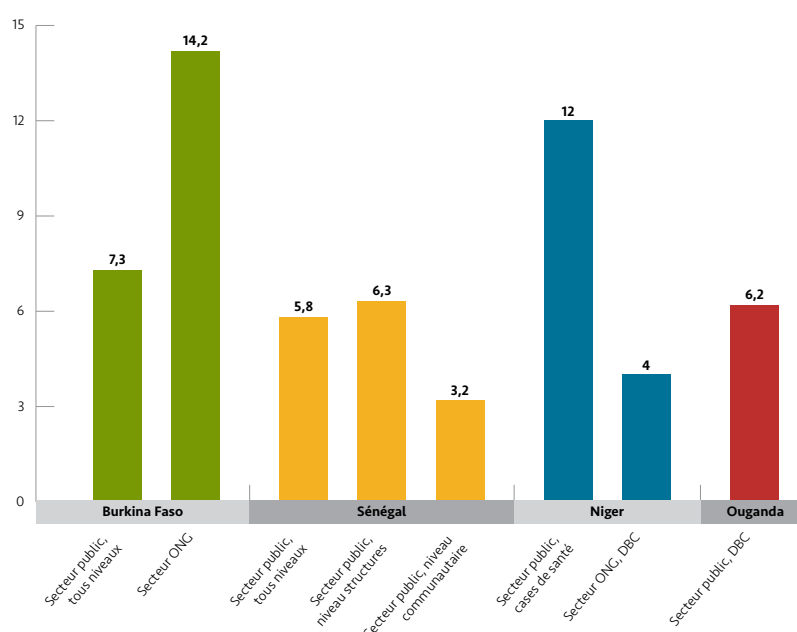


PATH/Siri Wood

Combien de doses ont été administrées mensuellement par les agents de santé durant les introductions pilotes ?

PATH a estimé le nombre moyen de doses de DMPA-SC administrées par prestataire, par mois, dans différents canaux de prestation des quatre pays. Après la phase de formation initiale, le nombre de doses administrées par prestataire a augmenté graduellement à mesure de la progression de l'introduction, ou fluctué pour cause de ruptures de stocks. Pour la représentation graphique ci-dessous, PATH a sélectionné le mois affichant le plus grand nombre de doses administrées par prestataire aux fins de la comparaison entre les pays et les canaux de prestation. Le graphique reflète le potentiel de nombre de doses administrées par prestataire mensuellement, à l'absence de défis contextuels tels que les ruptures de stock. Le mois « de pointe » entre mars 2015 et mars 2016 a varié d'un pays à un autre. Ces données peuvent être utiles aux nouvelles quantifications dans les pays qui planifient des stratégies d'introduction similaires à celles du Burkina Faso, Niger, Sénégal, ou de l'Ouganda.

Nombre maximum mensuel de doses de DMPA-SC administrées par prestataire formé durant l'introduction pilote – Burkina Faso, Sénégal, Niger et Ouganda (2015 – 2016)



Remarque : DBC = distribution à base communautaire ; ONG = organisation non gouvernementale.

Étant donné l'importante variation des contextes nationaux et des stratégies d'introduction, il n'est pas réaliste de comparer le nombre moyen de doses administrées par prestataire formé hors considération contextuelle soignée. La moyenne élevée attribuée aux prestataires de Marie Stopes International et de l'Association Burkinabè pour le Bien-Être Familial au Burkina Faso, par exemple, s'explique vraisemblablement par l'intensité de leurs stratégies avancées/ de proximité. De même, considérant que le Niger est le seul pays à n'avoir pas introduit DMPA-SC parallèlement au DMPA-IM, il est logique d'y voir les prestataires des cases de santé du secteur public administrer un nombre de doses relativement supérieur, pendant un mois donné, comparé au Sénégal, où les deux formules étaient offertes. Aussi est-il plus utile de considérer le nombre potentiel de doses administrées par prestataire formé durant un mois donné pour les stratégies d'introduction individuelles, compte tenu du contexte local. Ces facteurs, de même que l'éventail de méthodes disponibles et les points d'accès à la prestation de services de planification familiale (exemple : DBC et/ou cliniques fixes) sont important à prendre en compte (voir la section 4 : Planifier la stratégie d'introduction).

RECOMMANDATIONS : QUANTIFICATION ET ACHAT

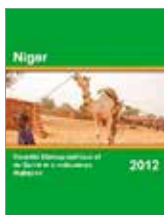
PATH/Sin Wood



- **Suivre le plan d'introduction comme guide de la quantification.** L'information contenue dans le plan d'introduction doit éclairer l'exercice de quantification des besoins d'achat initiaux de DMPA-SC. Notamment : le nombre, les types et l'emplacement des prestataires à former pour l'administration du produit et le calendrier des prestations.
- **Tenir compte des données relatives aux doses administrées par prestataire en fonction de stratégies de prestation similaires.** Les données de PATH issues des pays pilotes s'étalent sur un large éventail de doses administrées par prestataire, de trois unités par mois par les prestataires communautaires au Sénégal à 14 unités par mois par ceux attachés aux structures des organisations non gouvernementales (ONG) au Burkina Faso. Ces différences doivent être prises en compte pour déterminer leur pertinence aux hypothèses de quantification dans les nouveaux contextes.
- **Considérer plusieurs sources pour obtenir une quantification plus fiable.** Outre les facteurs de prestation et de formation, le processus de quantification initial exige la considération des horizons de planification du fabricant, la durée de conservation du produit et les dates de péremption, les politiques du pays et du moment de l'obtention de l'enregistrement formelle définitive. Tous ces facteurs affectent le processus de quantification et d'achat, de même que la date de première mise à disposition du produit aux clientes.



A Forecasting Guide for New and Underused Methods of Family Planning. Accessible sur www.k4health.org/toolkits/NUMs-forecasting-guide [en anglais]. Cette ressource offre un guide aux responsables de programme chargés de la prévision de nouvelles technologies contraceptives ou de méthodes sous utilisés, dans le cadre d'un passage à l'échelle. Le guide identifie les écueils fréquents de la prévision et recommande les stratégies qui permettent de les éviter.



Programme des Enquêtes démographiques et de santé (EDS). Accessible sur www.dhsprogram.com/. Le programme EDS publie les données collectées dans le cadre de vastes enquêtes de ménage menées régulièrement dans plus de 80 pays. Les données sont disponibles sous forme de rapports de pays ainsi que dans le cadre d'applications mobiles, d'un référentiel de données spatiales et compilateur statistique, un programme qui permet aux utilisateurs de dresser leurs propres tables personnalisées sur la base de milliers d'indicateurs démographiques et de santé.



Quantification des Produits de Santé: Guide de Prévision et de Planification de la Fourniture pour l'Approvisionnement. Disponible sur www.jsi.com. Ce guide a été élaboré pour aider les conseillers techniques, les gestionnaires de programmes, les gestionnaires d'entrepôts, les agents d'approvisionnement et les prestataires de services à estimer les besoins et les coûts totaux des produits pour le succès de la mise en œuvre des stratégies et des objectifs des programmes nationaux de santé. Le guide aide également ces personnes à identifier les besoins de financement et les écarts pour obtenir les produits nécessaires, et planifier les approvisionnements et les calendriers de livraisons pour assurer un approvisionnement des produits de santé soutenu et efficace.



Site-web des publications chez le Reproductive Health Supplies Coalition : Disponible sur www.rhsupplies.org/activities-resources/publications/. Le site web est un référentiel pour de nombreuses ressources, y compris la Calculatrice d'Impact pour la Réduction des Ruptures de Stock, Voie Stratégique de la Sécurité des Produits de Santé Reproductive, l'Optimisation des Chaînes d'Approvisionnement pour une Performance Améliorée, Ruptures de Stock Contraceptives : un Examen de la Littérature Publiée et Grise, et Le Rôle de la Formation Préalable.



7 Formation et suivi des prestataires

L'introduction du DMPA sous-cutané (DMPA-SC, produit de marque Sayana® Press) promet d'élargir l'accès des femmes aux méthodes de planification familiale en donnant aux agents de santé de niveau inférieur la possibilité d'offrir ce service, et même aux femmes, la possibilité de s'auto-injecter. Les expériences des premières introductions pourront être utiles aux nouvelles initiatives et transitions, que ce soit dans le cadre de projets pilotes de petite envergure ou de prestations à grande échelle. Cette section décrit les résultats et les enseignements tirés des projets d'introduction pilote dans quatre pays. Elle présente ensuite les recommandations proposées pour guider les efforts à venir des ministères de la santé et de leurs partenaires à la mise en œuvre concernant la **formation et le suivi des prestataires**.

LA FORMATION ET LA SUPERVISION ASSURENT LA QUALITÉ

La formation des prestataires de santé et leur suivi et encadrement post-formation sont au cœur de tout processus d'introduction d'un produit. Ces activités ont contribué aux introductions réussies de DMPA-SC dans les pays pilotes. La qualité de la formation et de l'encadrement-accompagnement influencent fortement la manière et l'accès ou non d'un produit ou d'une innovation à ses utilisateurs. Une formation et un encadrement-accompagnement efficaces exigent une

planification suffisante, un personnel engagé et des ressources financières, contribuant tous de manière intégrante à la réussite du programme. Les initiatives de formation des prestataires ensuite appelés à former les femmes à l'auto-administration viennent d'être lancées dans quelques pays, mais un bon nombre de questions similaires relatives au haut niveau de formation resteront applicables.

Au cours de l'introduction pilote, PATH et ses partenaires ont formé plus de 7 500 personnes à l'administration du DMPA-SC et du DMPA-IM (appellation générique de

Facteurs à considérer lors de la planification de la formation des prestataires

Durant le processus de planification de l'introduction pilote, PATH s'est associée, en collaboration étroite, au MdS de chaque pays pour évaluer les besoins et formuler la meilleure approche stratégique de la formation des prestataires. L'évaluation a identifié les points suivants :

- Quelles entités financeraient la formation.
- Quelle entité dirigerait la formation (et fournirait les formateurs) : MdS ou ONG.
- Nombre et type(s) de prestataires à former et à quel niveau, et évaluation de la formation à la planification familiale déjà reçue par ces prestataires.
- Approches de la formation et calendriers.
- Apport de produit et fournitures adéquats pour la formation et la pratique de l'injection.
- Sujets à couvrir lors de la formation des prestataires.
- Processus et calendrier de l'adaptation des supports de formation sur le DMPA-SC au contexte local et intégration de ces supports dans le programme de formation à la planification familiale existant.

la formule intramusculaire de l'acétate de méthoxyprogestérone en dépôt). Bien qu'uniques au contexte de chaque pays, le cadre de prestataires formés et l'approche de la formation ont en tout cas renforcé la philosophie du choix éclairé et du droit de la cliente à sélectionner la méthode de planification familiale qui répond le mieux à ses besoins.

Eu égard aux diverses approches de mise en œuvre de la formation des prestataires dans les contextes pilotes, PATH et ses partenaires ont récolté d'utiles enseignements sur les différents aspects de la formation et le suivi — concernant notamment l'offre efficace d'une nouvelle méthode dans le contexte d'un choix éclairé.

ÉVALUATION DES BESOINS DE FORMATION

Dans la plupart des contextes, PATH et ses partenaires ont évalué les besoins de formation afin d'éclairer les stratégies et les plans afférents. En collaboration avec les MdS et les organisations non gouvernementales (ONG) partenaires, PATH a cherché à identifier et déterminer les partenaires à former et au regard de, leur niveau d'éducation, leurs caractéristiques sociodémographiques et la formation à la planification familiale qu'ils avaient déjà reçue. Les prestataires qualifiés

de la planification familiale ne nécessitaient qu'une formation sur le DMPA-SC et une séance de recyclage sur la contraception injectable. Pour le cas des agents de niveau inférieur, comme les agents de santé communautaire en Ouganda (membres des équipes de santé villageoise [VHT]), une formation complète sur le conseil au choix éclairé et la totalité des méthodes de planification familiale disponibles était nécessaire.

Les évaluations des besoins de formation ont été effectuées de manière complète et instructive, requérant cependant une certaine souplesse à la mise en œuvre en même temps que l'identification de nouveaux besoins pendant ou après les formations. Par exemple, au début de l'introduction pilote en Ouganda, la distribution à base communautaire (DBC) des injectables était une politique nationale approuvée. PATH pensait que de nombreux agents VHT posséderaient déjà une bonne expérience de la planification familiale et sauraient comment administrer le DMPA-IM. Cependant, dès le début des formations, il est clairement apparu que beaucoup de nouveaux agents VHT n'avaient aucune expérience de la prestation de contraception. Aussi, a-t-il fallu consacrer plus de temps de formation afin de s'assurer des compétences complètes, chez les agents VHT, pour offrir des services de haute qualité sur la gamme de méthodes, y compris la contraception

orale et le préservatif masculin et féminin, en plus de l'injection intramusculaire et sous-cutanée. Au Sénégal, après l'achèvement présumé de la formation, l'équipe d'introduction a découvert que, dans de nombreuses structures, les conseillers en planification familiale représentant le premier point de contact des clientes ne savaient rien du DMPA-SC. PATH, le MdS et les équipes régionales ont organisé une seconde série de formations pour assurer l'inclusion du DMPA-SC dans l'éventail de méthodes présenté par ces conseillers lors des rencontres initiales avec les clientes.



CONSEIL D'INTRODUCTION

Dans la mesure du possible, former plus d'un prestataire par site pour assurer la continuité du service aux clientes en cas d'absence ou de transfert d'un prestataire vers une autre structure.

LA FORMATION DÉTERMINE LES RÉSULTATS DE L'INTRODUCTION

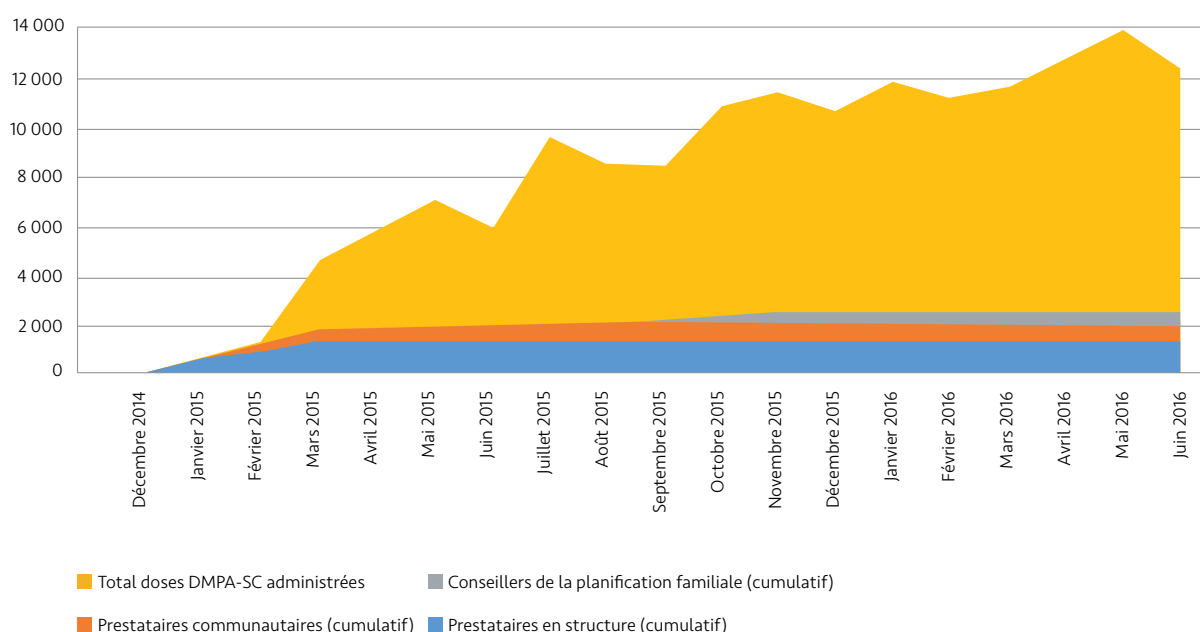
Les stratégies d'introduction ou de passage à l'échelle, y compris les canaux de prestation et les types de prestataires formés, déterminent les stratégies de formation, qui déterminent à leur tour les résultats. Par exemple, les MdS du Burkina Faso et du Sénégal ont adopté une approche de formation efficace et utile à l'introduction du DMPA-SC à tous les niveaux du système de santé et sur des espaces géographiques relativement grands. Les gouvernements ont organisé des formations centralisées à l'intention des maîtres formateurs, suivies de formations régionales des formateurs, puis d'une approche en cascade simultanée pour la formation des prestataires de district dans chaque région d'introduction pilote. Au Burkina Faso et au Sénégal, toutes les formations de prestataires déjà



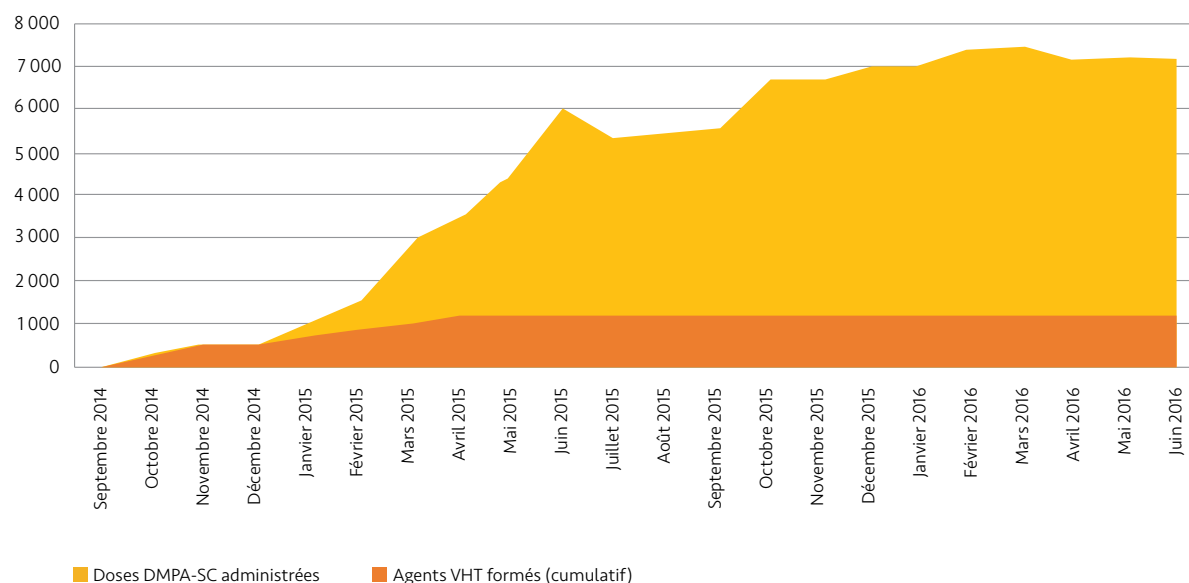
CONSEIL D'INTRODUCTION

Travailler en collaboration avec les formateurs régionaux et de district existants du MdS pour améliorer le rapport coût-efficacité la durabilité de la formation.

Nombre cumulatif de prestataires formés, par type, et nombre total de doses de DMPA-SC administrées, par mois – Sénégal (Décembre 2014 – Juin 2016)



Nombre cumulé de prestataires formés et nombre total de doses de DMPA-SC administrées, par mois – Ouganda (Septembre 2014 – Juin 2016)



Conseils de formation des agents de santé communautaire

L'introduction du DMPA-SC offre à de nombreux pays l'occasion de renforcer et d'étendre la DBC de la contraception. Lors de la formation au niveau communautaire, les équipes des pays ont découvert que la nécessité d'une formation plus complète et plus vaste des ASC peut exiger plus de ressources ou une approche plus progressive. De plus, comme les ASC sont souvent dispersés dans des endroits plus isolés, la formation impose un temps de déplacement considérable aux formateurs comme aux ASC. Différentes approches ont été adoptées :

- **Prendre le temps nécessaire à la compréhension et à la maîtrise.** Au Niger et au Sénégal, le MdS a prévu quatre jours de formation sur le DMPA-SC pour les agents de santé communautaire : deux jours de théorie et deux jours de stage pratique. En Ouganda, les agents VHT ont suivi sept jours de formation complète à la planification familiale, dont quatre jours consacrés à la théorie et trois jours de stage pratique.
- **Séparer les formations pour minimiser le risque de confusion et l'éloignement du service.** Le Sénégal a mené les formations relatives au DMPA-IM et au DMPA-SC en deux sessions séparées de deux mois, afin d'éviter toute confusion entre les deux types de techniques d'injection.
- **Faciliter au maximum la tâche des ASC.** PATH a également constaté en Ouganda et dans d'autres contextes que la formation sur site/résidentielle aide les stagiaires à se concentrer et à atteindre de meilleurs résultats que lorsqu'ils doivent se déplacer chaque jour vers un lieu de formation extérieur. Les coûts additionnels de logement et d'indemnité journalière sont compensés par l'efficacité et les gains de temps (en commençant la journée plus tôt et en évitant les absences et les arrivées tardives, par exemple).

Les ASC se sont adaptés pour administrer Sayana Press très rapidement - c'est le cas par exemple, des VHT en Ouganda et des agents de sensibilisation des structures de santé au Burkina Faso sont expérimentés dans la réalisation de campagnes de vaccination et dans l'administration de vaccins.

expérimentés en matière d'injection ont couvert l'administration du DMPA-IM et de DMPA-SC, pendant deux journées consacrées à la théorie, la pratique sur des modèles d'injection et un stage pratique effectif. Les ONG ont formé leurs propres prestataires. Cette approche a permis la formation d'un grand nombre d'agents de santé dans les délais les plus courts. L'utilisation du produit a d'ailleurs commencé à augmenter dans ces deux pays relativement vite après le début des formations (voir le graphique du Sénégal à la page 63).



CONSEIL D'INTRODUCTION

L'approche de formation en cascade requiert de solides maîtres formateurs dotés d'une excellente compréhension du DMPA-SC.

En Ouganda, par contre, la formation a été menée par les ONG, selon l'approche du district par district, sur près de 30 districts. L'introduction ougandaise s'est déroulée

exclusivement par l'intermédiaire des agents de santé communautaire. Leur formation, plus longue (sept jours), a été assurée de manière moins centralisée (voir l'encadré sur la formation des agents de santé communautaire [ASC]). L'Ouganda a formé le plus grand nombre de personnes à l'administration du DMPA-SC (2 100 agents VHT) sur une période approximative de huit mois. La consommation du produit a augmenté progressivement, en même temps que le déploiement de la formation, sur une plus longue période de temps (voir le graphique de l'Ouganda).

DÉCISIONS DE CURRICULUM ET CONTENU

Les pays qui introduisent le DMPA-SC peuvent choisir de former les prestataires à une méthode seulement, ou à la contraception au sens large du terme. Ainsi, l'introduction d'un nouveau produit peut donner aux programmes l'occasion de reconsidérer et d'actualiser leur programme global de formation sur la planification familiale, ainsi que d'offrir des formations de recyclage aux

Programme de formation sur le DMPA-SC accessible en ligne

Inaugurés en 2012, les supports de formation PATH sur le DMPA-SC (sites.path.org/rh/?p=436#francais) ont alors servi à former les prestataires en structure et au niveau communautaire sur l'utilisation de DMPA-SC (anciennement appelé depo-subQ en Uniject) dans le cadre d'études d'acceptabilité dirigées par PATH et FHI 360 au Sénégal et en Ouganda. Ces études ont révélé que le programme avait permis aux prestataires d'administrer le DMPA-SC de manière sûre et efficace, même au niveau des agents de santé communautaire qui n'avaient jamais administré d'injections. Les supports ont ensuite été mis à jour d'après l'information obtenue des études et modifiés aux fins de formations hors contexte de recherche.

Disponibles en français et en anglais, ces supports abordent des aspects essentiels à l'instruction des prestataires appelés à offrir le DMPA-SC, y compris une description complète du produit et de son administration et les aptitudes à la sélection et au conseil des clientes. Les méthodes de formation incluent des présentations, des jeux de rôle, des discussions et des exercices pratiques. La formation sur le DMPA-SC est censée prendre un à deux jours, bien que la durée puisse varier suivant le contexte, les antécédents et l'expérience des participants.

Les supports de formation de PATH sont conçus en vue de leur adaptation au contexte local et de leur intégration dans le programme plus large de formation des prestataires de la planification familiale dans les pays intéressés. À ce jour, les supports ont été adaptés et utilisés dans au moins huit pays. Ils ont servi à la formation de plus de 7 500 prestataires de la planification familiale à l'administration du DMPA-SC — y compris près de 600 prestataires formateurs, maîtres formateurs ou superviseurs — dans les quatre pays d'introduction pilote initiale.

« Les agents itinérants de santé (AIS) n'offrent généralement pas de services de planification familiale. Pour la plupart, il s'agissait ici de leur première formation sur la contraception. Comme nous ne désirons pas limiter la promotion à Sayana Press, il est important de former les AIS à la présentation de toutes les méthodes lors des sessions de conseil et d'information. »

– Alain Kaboré, coordinateur de programmes DMPA-SC au Fonds des Nations Unies pour la population au Burkina Faso

catégories d'agents de santé existants. L'approche dépend du temps et des ressources disponibles, ainsi que du contexte du pays. Certains compromis doivent en revanche être considérés : une formation plus complète exige plus de temps et de fonds mais elle consolide aussi le choix éclairé en renforçant le conseil des prestataires sur toutes les méthodes contraceptives.

Lors de l'introduction du DMPA-SC en Ouganda, le Mds a choisi d'adapter les supports de formation élaborés par PATH (voir l'encadré) et de les intégrer dans sa formation à la planification familiale existante de 10 jours à l'intention des équipes VHT. Le programme de formation de 10 jours à ensuite été révisé, réduit à sept jours et enrichi d'un module sur les services amis des jeunes. Le Burkina Faso, le Niger et le Sénégal ont adapté les supports de formation de PATH à leur propre contexte et choisi de limiter la formation des catégories d'agents de santé existants à la nouvelle méthode seulement. Au Sénégal et au Burkina Faso, les partenaires n'ont intégré la formation sur le DMPA-SC dans le programme national de formation à la planification familiale qu'après la

réalisation de la phase pilote et la décision prise par le Mds de passer à l'échelle nationale.

Quelle qu'ait été l'envergure de la formation, PATH et ses partenaires ont mis l'accent sur l'intention d'élargir, avec le DMPA-SC, l'éventail de méthodes disponibles pour les femmes et de proposer la méthode en tant que nouvelle option dans le contexte d'un choix éclairé. Le DMPA-SC n'est destiné à remplacer ou supplanter aucune autre méthode de planification familiale. Dans la plupart des contextes pilotes, le DMPA-SC a été proposé de manière parallèle au le DMPA-IM. Dans le cas du Niger, le DMPA-SC était la seule forme de contraception injectable disponible dans les postes de santé, mais les prestataires ont été formés à l'administration du DMPA-IM comme méthode d'appoint, en cas de ruptures de stocks.

Certains agents de santé peuvent être enclins à promouvoir ou préférer le DMPA-SC à d'autres options pour différentes raisons, d'enthousiasme pour un nouveau produit ou de malentendu concernant la nécessité de le promouvoir spécifiquement, par exemple.

Évaluation post-formation : critères de compétence

De manière générale, seuls les stagiaires qui avaient réussi l'épreuve théorique de la formation sur le DMPA-SC ont été admis à l'exercice d'administration de la méthode puis au stage pratique. Une note minimale de 80 pour cent était initialement recommandée pour la réussite de l'évaluation post-formation. Dans la pratique, toutefois, tous les participants à la formation n'ont pas atteint cette cote. Les pays ont par conséquent adapté leurs critères minimum d'admission suivant la catégorie de prestataires et le contexte local. En Ouganda, par exemple, certains participants à la formation prometteurs en tant que membres d'équipe VHT n'ont pas obtenu la note minimale de 80 pour cent. PATH a alors évalué la mesure dans laquelle les agents VHT avaient amélioré leur cote par rapport à la base. Ceux qui avaient des difficultés à maîtriser le contenu ont eu l'occasion de passer à l'exercice, mais sous surveillance plus étroite pendant le stage.

DMPA sous-cutané



Liste de vérification pour la pratique de l'injection du DMPA sous-cutané

Les formateurs et les participants à la formation utilisent cette liste de vérification durant la pratique d'injection sur les mannequins. Les formateurs l'utilisent lorsqu'ils évaluent si un participant peut administrer une injection de Sayana® Press (générique: DMPA sous-cutané) selon les normes de performance. À la fin de la séance de formation, chaque participant doit démontrer au formateur qu'ils peuvent administrer une injection du DMPA sous-cutané de manière compétente.

Étapes	Observations		
	1	2	3
1. Placer la boîte de sécurité et les cotons-tiges (facultatif) à portée de main.			
2. Se laver les mains (au cours de la formation, cette étape peut être dite à haute voix au lieu de se laver vraiment les mains).			
3. Choisir l'endroit d'injection (et nettoyer si nécessaire).			
4. Ouvrir l'emballage de l'Uniject™ en déchirant l'entaille.			
5. Vérifier la date d'expiration et assurez-vous que le DMPA est à une température ambiante.			
6. Tenir l'Uniject par le porte-aiguille pendant que vous le mélanger.			
7. Mélanger le DMPA en le secouant vigoureusement pendant 30 secondes.			
8. Vérifier pour s'assurer que le DMPA est bien mélangé et qu'il n'y a aucun problème avec l'Uniject.			
9. Tenir l'Uniject en pointant l'aiguille vers le haut pendant l'activation.			
10. Tenir l'Uniject par le porte-aiguille pendant que vous l'activer.			
11. Fermer l'espace entre le capuchon de l'aiguille et le porte-aiguille pour activer et préparer l'Uniject à l'utilisation.			
12. Pincer la « peau » du mannequin pour former une tente.			
13. Tenir le porte-aiguille de l'Uniject en insérant l'aiguille.			
14. Insérer l'aiguille dans la « tente formée par la peau » par le pouce et l'index.			
15. Insérer l'aiguille à un angle vers le bas.			
16. Insérer l'aiguille entièrement afin que tout le porte-aiguille soit complètement en contact avec le modèle.			
17. Déplacer les doigts du porte-aiguille vers le réservoir toujours en pinçant la peau.			
18. Presser le réservoir lentement pour injecter le contraceptif—pendant environ 5 à 7 secondes.			
19. Enlever l'Uniject du mannequin.			
20. Libérer les doigts utilisés pour pincer la peau pour créer la tente.			
21. Jeter l'Uniject utilisé dans une boîte de sécurité immédiatement sans replacer le capuchon de l'aiguille.			

Légende

√ = Satisfaisant	PS = Pas satisfaisant (tenté mais pas à la norme)	PA = Pas applicable (ex : lavage des mains, nettoyage de l'endroit)
------------------	---	---

Sayana Press est une marque déposée de Pfizer, Inc. Uniject est une marque déposée de BD.



Technique d'injection : l'excellence passe par la pratique

Pendant la phase du stage pratique, les participants à la formation administrent généralement la contraception injectable sous la surveillance d'un prestataire qualifié, à des clientes qui ont choisi la méthode suite à un counseling conforme au principe du choix éclairé. La technique d'injection des participants est de nouveau évaluée selon les critères de la liste d'observation ; les superviseurs les aident à maîtriser cette technique. Pendant l'introduction pilote, le nombre requis d'injections pratiquées sous surveillance avant la certification des prestataires stagiaires a différé suivant le pays. En Ouganda, un minimum de cinq injections réussies de DMPA-SC et du DMPA-IM étaient requises pendant le stage. Dans les autres pays, et dans les formations de prestataires qualifiés dotés d'une expérience antérieure de l'injection, le nombre d'injections effectives requis était moindre.

Dans le cas des équipes VHT ougandaises, les participants devaient maîtriser la technique sur modèle avant de passer au stage pratique. Pour accomplir leur stage, les membres de VHT ont été postés dans les structures de santé où, sous la surveillance d'un prestataire qualifié (généralement une infirmière ou une sage-femme), ils étaient appelés à présenter un exposé sur la santé communautaire, à apporter un counseling général de planification familiale aux clientes et à administrer correctement cinq injections de DMPA-SC et cinq autres de DMPA-IM, conformément aux critères de la liste d'observation, avant de recevoir la certification les autorisant à offrir la planification familiale dans leur communauté.

Lors des toutes premières formations au Burkina Faso, les participants à chaque session de formation de district étaient trop nombreux (en moyenne 30). Beaucoup n'ont par conséquent pas pu pratiquer un nombre suffisant d'injections pendant la phase de stage faute de mobilisation suffisante de clientes prêtes à recevoir l'injection et permettre ainsi aux stagiaires d'acquérir l'expérience pratique voulue de l'administration du DMPA-SC. D'autres pays ont rencontré des difficultés similaires de nombre de clientèle suffisant.



CONSEIL D'INTRODUCTION

Planifier les séances de stage pratique pendant les périodes de hautes fréquentations de clientes dans les établissements, pour assurer aux stagiaires la possibilité d'acquérir une expérience suffisante de l'injection dans l'intervalle de temps prévu et s'assurer que les clientes ne soient pas orientées à choisir le DMPA-SC pour les besoins du stage pratique.

Planifier à l'avance la disponibilité suffisante d'unités de DMPA-SC pour la formation et la pratique des injections.

Il est crucial, pour le succès de la formation, de prévoir un nombre suffisant d'unités de DMPA-SC disponibles pour la pratique des injections. Lors de la planification des achats de produit, le personnel doit anticiper la quantité d'unités nécessaires à la formation aussi bien qu'à l'administration d'injections aux clientes. Des systèmes d'injection Uniject™ remplis d'eau ont été utilisés lors de plusieurs formations des introductions pilotes, mais PATH recommande désormais l'usage d'unités de DMPA-SC effectives à ces fins. L'achat de dispositifs remplis d'eau (de Becton Dickinson [BD], le fabricant d'Uniject, par exemple) peut être onéreux et exiger un exercice de quantification, d'achat et de distribution supplémentaire susceptible de compliquer la planification. Qui plus est, la solution saline n'a pas la même apparence ni viscosité (épaisseur) que le DMPA et doit donc être manipulée soigneusement pour éviter les fuites. Les prestataires seront mieux préparés à administrer les injections s'ils y ont été formés à l'aide du produit réel. Certains formateurs ou prestataires se montreront peut-être hésitants à l'idée de « gaspiller » le produit réel lors des exercices pratiques. Aussi convient-il d'encourager la restriction d'usage du produit au seul nombre d'exercices requis pour assurer la compétence.



CONSEIL D'INTRODUCTION

Étant donné le coût et la complexité de l'obtention d'unités placebo, utiliser de véritables unités de DMPA-SC lors des formations des prestataires et à l'auto-administration.

De plus, les agents de santé moins qualifiés, comme les ASC, se sentent parfois plus à l'aise à administrer une injection sous-cutanée, plus simple que l'injection intramusculaire. Il est par conséquent important, lors de la formation initiale, de mettre l'accent sur le plein éventail de méthodes disponibles et d'enseigner les techniques de counseling qui favorisent le choix éclairé des clientes.

ÉVALUATION DE LA COMPÉTENCE DES PRESTATAIRES APRÈS LA FORMATION

La formation sur le DMPA-SC dans les quatre pays pilotes a couvert la théorie, un exercice pratique d'injection sur un modèle et un stage pratique sous surveillance durant lequel les participants à la formation ont acquis une expérience réelle auprès de clientes de la planification familiale. PATH et ses partenaires ont évalué la connaissance théorique aussi bien que les aptitudes de prestation contraceptive afin de déterminer la compétence des prestataires. Les connaissances théoriques concernaient généralement l'approche initiale de



CONSEIL D'INTRODUCTION

Les formateurs peuvent se familiariser avec l'évaluation pré- et post-formation afin d'assurer le renforcement constant des points importants pendant la formation sur le DMPA-SC.

la méthode contraceptive, les contre-indications, les effets secondaires, le calendrier de réinjection et la sécurité de l'injection. Elles ont été évaluées dans le cadre d'une évaluation avant et après la formation (proposée parmi les supports PATH de formation sur le DMPA-SC sur sites.path.org/rh/?p=436#eval).

La maîtrise de la technique d'injection est généralement une question de pratique et d'accompagnement, pendant la formation comme pendant le stage pratique. Lors de l'exercice sur un modèle, la technique d'injection des participants a été évaluée suivant une liste d'observation relative à la détermination de la compétence (voir exemple,

page suivante). Les participants ont été encouragés à répéter l'exercice autant de fois que nécessaire pour maîtriser la technique et gagner en confiance. L'étape de la formation théorique et de l'exercice pratique franchie avec succès, les participants ont effectué un stage pratique de terrain. Les exigences du stage variaient suivant le contexte du pays, d'après le type de prestataires formés, les méthodes contraceptives couvertes et les objectifs spécifiques de la formation (voir l'encadré).

FORMER LES PRESTATAIRES À COLLECTER LES DONNÉES DE SUIVI

Comme il s'agissait d'un projet pilote, PATH a formé tous les prestataires à la collecte de données de suivi sur des formulaires ensuite recueillis et saisis dans une base de données centralisée (voir la section 10 : Suivi et évaluation). La qualité des données de suivi dépend partout de celle de la formation des prestataires à leur collecte, ainsi que de l'encadrement-accompagnement assuré après la formation. Dans tous les contextes, il s'est avéré plus efficace de former les agents de santé à la collecte et la gestion des données de suivi en même temps que leur formation sur le counseling et l'administration du DMPA-SC. La collecte de données a fait l'objet d'un module de formation distinct.

Pour assurer la qualité des données, il a fallu consacrer un créneau de temps suffisant à la question, de façon à en couvrir les aspects théoriques aussi bien que pratiques par jeux de

rôle. L'enthousiasme suscité par l'apprentissage de l'administration d'un nouveau produit s'accompagne parfois d'une tendance à négliger le suivi. Cela sans compter que les programmes de formation sont souvent conçus de telle sorte que les modules de suivi en sont prévus à la fin : tout retard du programme risque par conséquent de limiter le temps normalement affecté au suivi. Les investissements consentis par PATH et ses partenaires pour assurer la familiarisation des prestataires formés avec les formulaires de suivi et la façon de les remplir — en particulier les ASC peu expérimentés dans ce domaine — ont renforcé la capacité du projet à obtenir en temps opportun des données de bonne qualité.



CONSEIL D'INTRODUCTION

Consacrer suffisamment de temps pendant la formation initiale des prestataires à la collecte et la gestion des données de suivi, afin de mettre en évidence l'importance de ces aspects.

L'AUTO-ADMINISTRATION : FORMER LES PRESTATAIRES À FORMER LEURS CLIENTES

À l'heure actuelle, les injections de DMPA-SC doivent principalement être obtenues de prestataires formés, mais l'auto-administration du produit DMPA-SC Sayana Press est sous considération réglementaire, politique et

Extrait du livret illustré d'auto-injection du client

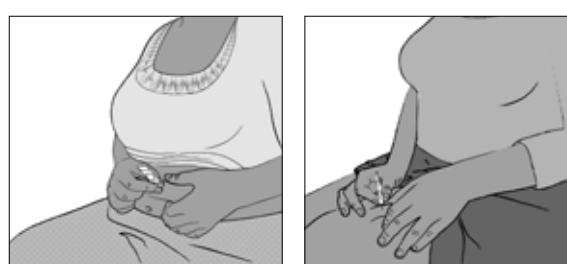
ETAPE 7. Pincer doucement la peau au site d'injection

- Formez un grand pli au niveau de la partie de la peau à injecter.



ETAPE 8. Insérer l'aiguille par un angle vers le bas

- Continuez à tenir le dispositif **par le porte-aiguille** et enfoncez l'aiguille dans la peau, en direction du bas.
- Enfoncez toute l'aiguille jusqu'à ce que le dispositif touche la peau pour garantir l'insertion à la bonne profondeur.



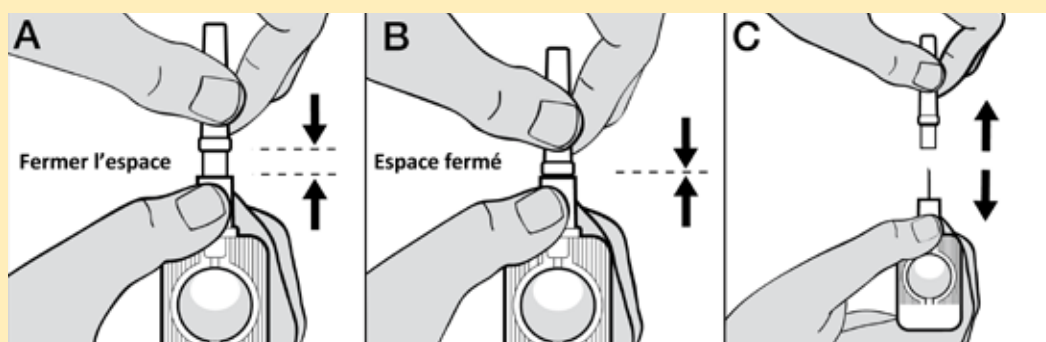
La technique d'injection correcte du DMPA-SC implique quelques étapes cruciales.

L'expérience PATH de la formation dans plusieurs contextes de pays montre que les prestataires et les clientes à niveaux d'éducation et d'alphabétisme variables peuvent être formés à l'administration réussie du produit DMPA-SC Sayana Press. Bien que la durée de la formation varie suivant l'expérience et la compétence des participants, cinq étapes cruciales doivent être exécutées pour une administration réussie :

1. Choisir un bon site d'injection et le nettoyer si nécessaire.
2. Mélanger le liquide en agitant vigoureusement le dispositif (pendant environ 30 secondes).
3. Bien enfoncer le capuchon contre le porte-aiguille pour fermer l'espace et activer le dispositif.
4. Pincer la peau au site d'injection pour former un grand pli.
5. Presser le réservoir lentement pour injecter le produit — pendant environ 5 à 7 secondes.

D'après les résultats de la recherche, les étapes les plus susceptibles d'erreur concernent le mélange de la solution, l'activation du dispositif et la lenteur de la pression sur le réservoir. Il importe d'insister sur toutes ces étapes et de les pratiquer lors de toutes les sessions de formation, des prestataires comme des utilisatrices. La procédure est décrite en détails sur sites.path.org/rh/?p=436#français.

Activez le Uniject



programmatique dans un nombre grandissant de pays. La recherche de PATH sur l'auto-administration indique à ce jour qu'une bonne formation des prestataires et des clientes peut assurer l'auto-administration correcte des femmes, aux dates de réinjection appropriées, avec l'aide d'outils de rappel. Pour préparer les prestataires de santé à conseiller et former leurs clientes sur l'auto-administration de DMPA-SC (plus précisément le Sayana Press), PATH a mis au



CONSEIL D'INTRODUCTION

Vérifier que tous les prestataires ou auto-administratrices de DMPA-SC apprennent bien les cinq étapes cruciales de l'injection et veiller à ce que les formateurs soulignent l'importance de l'activation. Même les médecins extrêmement qualifiés omettent cette étape s'ils n'y sont pas formés.

point un module de formation des prestataires. En l'espace d'environ deux heures, cette formation consiste en une présentation, un jeu de rôle et un exercice pratique avec l'aide d'une brochure d'instructions principalement visuelles destinées à la cliente (voir l'image). Ce mode d'emploi est conçu à l'usage des femmes sous forme d'aide-mémoire visuel et textuel pour l'administration à domicile. Il est disponible en anglais, en français et dans plusieurs autres langues nationales

parlées au Sénégal et en Ouganda. La brochure est accessible en ligne sur sites.path.org/rh/recent-reproductive-health-projects/sayanapress/home-and-self-injection-with-sayana-press/ (PATH 2016. *Pour les clientes : Auto-administration de Sayana® Press - Mode d'emploi*). Elle fait partie du programme PATH de formation sur le DMPA-SC, conçu en vue de son adaptation et de son intégration dans les programmes de formation des prestataires de la planification familiale (voir l'encadré ci-dessus concernant le programme de formation en ligne).

Dans les études de faisabilité opérationnelle de l'auto-administration effectuées par PATH en Ouganda et au Sénégal, il est apparu qu'environ 98 pour cent des femmes estimaient qu'une séance de formation individuelle avec exercice pratique sur un modèle les préparait adéquatement à l'auto-administration indépendante. Pendant ces études, les infirmières ont formé les femmes à l'aide du mode d'emploi, ont évalué leur compétence selon les critères de la liste de contrôle pendant l'exercice pratique et ont ensuite supervisé leur auto-administration. En moyenne, les femmes se sont exercées environ trois fois sur le modèle avant de procéder à leur première auto-administration. En Ouganda, par exemple, les infirmières ont ensuite assuré le suivi des clientes pour déterminer si elles pouvaient démontrer la technique correcte de l'auto-administration trois mois plus tard, et si elles y avaient procédé dans la fenêtre d'une semaine avant ou après leur date de réinjection prévue. En Ouganda, 96 pour cent des femmes se sont servies du mode d'emploi pour procéder à leur auto-administration indépendante et 88 pour cent ont fait preuve de compétence dans leur technique d'injection trois mois après la formation. Au total, 95 pour cent s'étaient administré la nouvelle dose de produit dans le délai imparti, avec l'aide du calendrier et des outils de rappel reçus du prestataire.



CONSEIL D'INTRODUCTION

D'après les études de PATH sur la faisabilité de l'auto-administration, les clientes de la planification familiale doivent en moyenne pratiquer trois fois l'injection sur un modèle avant de maîtriser la technique.

Le module de formation à l'auto-administration actuel de PATH est modélisé sur cette approche. Il invite les prestataires à rencontrer individuellement chaque cliente, pour l'orienter sur la façon d'administrer l'injection et de calculer sa date de réinjection, à l'aide de la brochure et d'un calendrier. Des activités de recherche et d'évaluation approfondies sont en cours, afin de déterminer s'il sera possible de rationaliser les approches de l'auto-administration sans compromettre les résultats fondamentaux de compétence à l'injection, d'acceptabilité et d'accessibilité pour la plupart des femmes.

VALEUR DU SUIVI APRÈS LA FORMATION

Sans surprise, lors des introductions pilotes, le suivi post-formation s'est avéré aussi important que la formation initiale des prestataires à l'assurance d'un service de qualité. En particulier, les approches d'accompagnement positives, qui mettent en valeur le travail d'équipe, le dialogue et le renforcement des compétences, ont assuré un counseling axé sur le choix éclairé et une bonne technique d'injection, la rectification des malentendus et le soutien des prestataires dans la collecte des données de prestation et la gestion des stocks. L'accompagnement régulier et concret s'est révélé particulièrement important dans les contextes tels que l'Ouganda, où de nombreux ASC proposaient les injectables (et la contraception au sens large) pour la première fois. Les grands enseignements tirés de l'expérience pilote sur le suivi se résument ainsi :

- Rechercher les approches efficaces de suivi des prestataires, qui peut sinon être coûteux : En Ouganda et au Sénégal, le personnel de PATH a associé les visites d'encadrement-accompagnement à la collecte des données de suivi. Cette stratégie a contribué à l'économie des ressources en permettant au personnel de récolter régulièrement les données et en assurant par la même occasion le suivi des prestataires.

Au Burkina Faso et au Niger, le personnel du MdS a intégré le DMPA-SC dans le système d'encadrement périodique existant de la région

au district et des districts aux structures de santé. Dans les deux pays, les coordinateurs de DMPA-SC se sont régulièrement joints aux visites d'accompagnement afin de renforcer les leçons apprises du projet.

Le besoin d'un encadrement-accompagnement fréquent diminue au fil du temps. L'accompagnement régulier s'est avéré particulièrement important durant la phase initiale de la période pilote, sous disponibilité de ressources spéciales de consolidation des connaissances et compétences des prestataires. Selon les observations de PATH, l'approche idéale est de commencer par un programme d'encadrement-accompagnement conjoint plus intensif puis de le réduire, avec transition progressive vers un système durable sous la conduite du MdS.

- Vérifier si les prestataires offrent aux femmes un choix éclairé au sein d'un vaste éventail de produits. Lors des visites d'encadrement-accompagnement, PATH a constaté que de nombreux prestataires tendent à préférer le DMPA-SC et sa facilité d'emploi et qu'il était donc important, à l'occasion de ces visites d'encadrement après la formation, de souligner la nécessité de promouvoir la gamme complète de méthodes. Le biais du prestataire peut affecter l'éventail de méthodes proposé aux clientes. Il est parfois détectable à l'examen des données de suivi et des tendances d'adoption des méthodes ou, simplement, lors des conversations avec les prestataires lors des visites d'encadrement et de la consultation de leurs registres de patientes. Dès le début de l'introduction au Burkina Faso, par exemple, les superviseurs ont observé dans les données examinées et en parlant avec les prestataires que certains pensaient, à tort, que le DMPA-SC était introduit dans le but de remplacer le DMPA-IM. D'autres n'incluaient pas le DMPA-SC dans leur conseil car ils pensaient que le produit ne serait disponible qu'à court terme, pendant l'approche « pilote » de l'introduction.
- Inclure les superviseurs dès la formation initiale. Pour assurer la formation dans le

groupe des agents de santé, les superviseurs doivent eux-mêmes être bien informés et formés. La plupart des pays ont choisi d'inviter leurs superviseurs à une journée de la formation des prestataires, afin d'assurer leur propre information et pour qu'ils puissent aider à répondre aux formulaires de suivi, répondre aux questions techniques relatives au délai de réinjection, par exemple, et établir l'état des stocks lors des visites de site.

La présence active des points focaux de la planification familiale (en Ouganda) ou des coordinateurs régionaux de la santé reproductive (au Sénégal) lors de la formation leur a permis d'assurer l'encadrement-accompagnement continu des ASC. En Ouganda, par exemple, le personnel de PATH a rencontré les superviseurs (points focaux) et les ASC lors de leurs visites, afin de renforcer la relation entre eux et de faciliter la résolution participative des problèmes rencontrés.



CONSEIL D'INTRODUCTION

Encourager et soutenir de solides liaisons entre les ASC et les structures de santé, au profit d'une communication et d'une collaboration efficaces, ainsi que d'un esprit d'équipe dans l'approche du partage de tâches entre les prestataires des structures fixes et dans les communautés.

Au-delà de la durée de vie d'un projet, la capacité à long terme d'un gouvernement à poursuivre l'encadrement-accompagnement est souvent inconnue. La question se pose particulièrement dans un contexte tel que l'Ouganda où le gouvernement envisage de transformer le programme de santé communautaire de manière à remplacer les ASC bénévoles par un moindre nombre d'agents sanitaires rémunérés. Il reste à savoir comment de telles évolutions affecteront la trajectoire de l'introduction et de l'intégration du produit.

RECOMMANDATIONS : FORMATION ET SUIVI DES PRESTATAIRES

- **Commencer par évaluer les personnes à former et les sujets à couvrir à travers le système de prestation de la planification familiale.** Ne pas omettre les acteurs clés tels que les superviseurs ou les agents itinérants, qui peuvent représenter le premier point de contact des femmes avec le système même s'ils ne peuvent pas administrer les injections.
- **Pour une adoption et un déploiement rapides du produit, mettre en œuvre une formation simultanée en cascade.** Cette approche nécessite d'excellents maîtres formateurs, qui connaissent intimement le produit. Le recours aux formateurs gouvernementaux existants d'un pays renforcera la durabilité.
- **Concevoir la formation de manière à répondre aux besoins des agents de santé communautaire.** Dans la plupart des contextes, les ASC sont parfaitement capables d'administrer le DMPA-SC dans le contexte du choix éclairé. Assurer que le programme couvre tous les sujets peu familiers aux ASC en matière de planification familiale et respecte leurs caractéristiques, en termes d'alphabétisme, de connaissances et de situation géographique (dans la mesure du possible).
- **Le choix éclairé doit en tout cas rester une priorité de la formation et de l'encadrement-accompagnement, quelles que soient les circonstances.** Il est particulièrement important de souligner que le DMPA-SC représente une option parmi de nombreuses autres, pour parer à l'enthousiasme (souvent bien intentionné) des prestataires à l'égard du nouveau produit. Le DMPA-SC ne convient pas nécessairement, et de loin, à toutes les femmes. Il importe d'aborder la question du choix éclairé, surtout si la formation ne couvre que le DMPA-SC ou l'administration de l'injectable.
- **Concevoir le programme de formation en fonction du contexte.** Adapter, s'il y a lieu, le programme éprouvé de PATH en déterminant s'il convient de couvrir le DMPA-SC ou la planification familiale dans son ensemble. Considérer aussi les données que les prestataires seront appelés à collecter.
- **Investir dans un encadrement-accompagnement de qualité.** L'encadrement-accompagnement permet d'assurer que chaque participant aux formations de groupe, maîtrise bien les compétences transmises à cette occasion et peut les transmettre à son tour sur les lieux du travail. Définir de claires attentes quant à savoir qui doit assurer l'encadrement-accompagnement, à quelle fréquence et selon quelles approches. Considérer la combinaison de l'encadrement-accompagnement avec d'autres activités ou son intégration dans les systèmes existants.



GATHER Guide to Counseling. Accessible sur www.k4health.org/sites/default/files/j48.pdf [en anglais]. Le modèle GATHER de conseil sur la planification familiale est appliqué avec succès depuis près de 20 ans. Il repose sur les éléments décrits dans cette éminente publication, riche en conseils, illustrations, techniques et graphiques.



Training for Mid-Level Managers (MLM). Module 4: Supportive Supervision. Accessible sur www.who.int/immunization/documents/MLM_module4.pdf [en anglais]. Cette ressource fait partie d'une série de modules de formation sur la vaccination publiés par l'Organisation mondiale de la Santé. L'accompagnement/suivi implique la collaboration entre superviseurs et agents de santé, pour résoudre les problèmes et améliorer les performances. Ce module en présente les étapes principales et différentes stratégies de mise en œuvre.



The Balanced Counseling Strategy Plus: A Toolkit for Family Planning Service Providers Working in High HIV/STI Prevalence Settings. Accessible sur www.popcouncil.org/research/the-balanced-counseling-strategy-plus-a-toolkit-for-family-planning-service [en anglais]. Ce référentiel se compose d'un manuel du formateur, d'un guide de l'utilisateur, de fiches de conseil et d'autres ressources cliniques d'information et supports utiles à l'offre d'un conseil sur la planification familiale de haute qualité dans les régions à haute prévalence du VIH et autres infections sexuellement transmissibles.



8 Création de la demande

L'introduction du DMPA sous-cutané (DMPA-SC, produit de marque Sayana® Press) promet d'élargir l'accès des femmes aux méthodes de planification familiale en donnant aux agents de santé de niveau inférieur la possibilité d'offrir ce service, et même aux femmes, la possibilité de s'auto-injecter. Les expériences des premières introductions pourront être utiles aux nouvelles initiatives et transitions, que ce soit dans le cadre de projets pilotes de petite envergure ou de prestations à grande échelle. Cette section décrit les résultats et les enseignements tirés des projets d'introduction pilote dans quatre pays. Elle présente ensuite les recommandations proposées pour guider les efforts à venir des ministères de la santé et de leurs partenaires à la mise en œuvre concernant la **création de la demande**.

CREATION DE LA DEMANDE POUR UNE NOUVELLE OPTION CONTRACEPTIVE

La communication pour le changement comportemental est un processus qui motive l'adoption de comportements ou de modes de vie sains. Parce que les choix de planification familiale s'effectuent dans le contexte plus large des normes sociales et de genre, les efforts de sensibilisation exigent plus qu'une simple information, éducation et communication. Encourager les femmes à accéder à la planification familiale et susciter un cadre socioculturel favorable sont deux éléments importants d'une stratégie de communication et de génération de la demande lors de l'introduction

d'un produit ou du passage à l'échelle. Une communication efficace, les campagnes de proximité et la sensibilisation à l'existence d'un nouveau produit peuvent contribuer à accroître l'usage de la contraception moderne, le DMPA-SC compris. La communication peut aussi faciliter la compréhension et le dialogue dans les communautés, renforcer la confiance à l'égard des interventions de santé et parer à la désinformation.

Les activités de communication peuvent être de large envergure si l'on veut encourager l'accès des femmes à la planification familiale et son renforcement socioculturel. Elles peuvent aussi se concentrer plus spécifiquement sur un

produit et être de nature plus informative ou promotionnelle. Les deux types conviennent idéalement à la sensibilisation de l'opinion à la nouvelle option contraceptive offerte par le DMPA-SC et pour dissiper les croyances et la désinformation. Les supports de communication spécifiques à la méthode peuvent aider les femmes à poursuivre l'usage de leur méthode choisie en leur expliquant les effets secondaires normaux et en répondant aux questions souvent posées à son sujet. Lors de l'introduction pilote, beaucoup des stratégies de changement comportemental se sont concentrées sur la promotion d'un mode de vie qui préfère les méthodes de planification familiale modernes aux pratiques traditionnelles ou à l'absence de contraception lorsque les femmes désirent retarder ou espacer leurs grossesses. Les supports et messages spécifiques sur le DMPA-SC ont été intégrés dans les stratégies globales de promotion des services de planification familiale en général.

Utilisés stratégiquement, les médias tels que la radio et la télévision peuvent communiquer à de grands nombres d'auditeurs une information cruciale et des messages persuasifs. Les approches de communication interactives telles que les visites à domicile, le théâtre communautaire et les discussions de groupe peuvent encourager le dialogue au sein des communautés et influencer ainsi les normes sociales, gagner le support de dirigeants influents et de confiance et ouvrir la voie à un accès plus large à la planification familiale. Les approches interactives en particulier permettent l'adaptation des messages et de l'information aux besoins précis de l'utilisateur final.



CONSEIL D'INTRODUCTION

De fréquentes annonces à la radio ont été associées à des niveaux relativement plus élevés de nouvelles utilisatrices de la planification familiale désireuses d'essayer le DMPA-SC au Niger et en Ouganda.

Dans l'ensemble, le projet d'introduction de DMPA-SC ne disposait pas d'un budget

ETUDE DE CAS



Création de la demande au Burkina Faso : GIZ

Pendant les deux premières années de l'introduction du DMPA-SC, GIZ a dirigé un projet d'élaboration et de mise en œuvre d'activités plurielles de communication médiatique et interpersonnelle dans les quatre régions pilotes, dans le but de générer la demande du produit. Les points saillants de la campagne auront été :

- Conduite de 38 511 discussions de groupe éducatives, estimées avoir atteint près d'un million de personnes.
- Organisation de 1 083 projections de film, de 387 représentations théâtrales interactives et de 12 609 visites à domicile, atteignant collectivement plus de 320 600 personnes.
- Diffusion de 4 312 et 860 annonces, respectivement, à la radio et à la télévision, atteignant près de quatre millions d'auditeurs et de téléspectateurs.

Le projet de GIZ a également renforcé la capacité des ONG locales de plaider et d'éducation sur la planification familiale, par le biais d'une formation et d'un encadrement-accompagnement intenses. Les supports du projet ont inclus des messages ciblant les hommes en tant que grands défenseurs de la planification familiale et mettant du reste en valeur les systèmes d'orientation pour que les membres de la communauté sachent où et comment accéder aux services.

« Ma femme et moi avons pris la décision d'utiliser la planification familiale parce qu'il m'était difficile de subvenir aux besoins de base de mes enfants, comme l'éducation, les vêtements et la nourriture. Un jour, ma femme et moi écoutions la radio et nous avons entendu une annonce sur Sayana Press sur Divine FM. L'annonce disait que c'était facile et sûr et de s'adresser à l'équipe VHT la plus proche. Nous sommes allés le voir et il nous a donné plus de renseignements et de conseils sur Sayana Press. Ma femme s'est décidée et elle a commencé à l'utiliser. »

– Mari d'une cliente de services planification familiale en Ouganda

important consacré au soutien d'activités de communication et de génération de la demande dans les pays pilotes. Chaque pays a fixé ses propres objectifs et cibles de communication concernant l'introduction et déterminé la meilleure méthode à suivre. PATH a constaté que l'approche la plus utile était celle où chaque organisme partenaire aux communications évaluait ses programmes et déterminait les méthodes et canaux les plus efficaces en fonction du contexte du pays. Différents exemples illustrent l'approche et le déroulement des efforts de génération de la demande pendant les introductions pilotes. Au Burkina Faso, la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) a reçu les fonds nécessaires à la mise en œuvre de nombreuses activités de communication appelées à susciter la demande de services de planification familiale et à sensibiliser l'opinion sur le DMPA-SC dans les régions pilotes (voir l'encadré). De même, en Ouganda, PATH a conclu avec la fondation Communication for Development Foundation Uganda (CDFU) un accord de mise en œuvre d'une vaste campagne dans quelques districts pilotes sélectionnés (voir l'encadré). Dans tous les pays, PATH et ses partenaires ont eu recours à une combinaison de stratégies de communication médiatique et interpersonnelle, ciblant du reste différents segments du public.

Dans beaucoup de pays, la loi n'autorise pas la promotion d'une marque spécifique de produits pharmaceutiques dans les médias. Il n'a pas été facile de déterminer les types de promotion admis dans chaque pays. Au Niger, le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) s'est adressé aux responsables du

MdS au niveau du district afin de déterminer comment mentionner, dans les campagnes diffusées à la radio, le DMPA-SC comme l'une des options de planification familiale proposées aux femmes aux postes de santé locaux. Cette mention s'est avérée acceptable aux partenaires gouvernementaux car il ne s'agissait pas simplement d'une promotion de marque et les campagnes étaient limitées aux zones pilotes. Au Sénégal, PATH et d'autres organisations non gouvernementales (ONG) vouées à la mise en œuvre de la planification familiale ont bénéficié d'une campagne nationale diffusée sous le slogan Moytu Nef, « éviter les naissances peu espacées ».

GUIDE DE COMMUNICATION À L'INTENTION DES PARTENAIRES DE L'INTRODUCTION DU DMPA-SC

PATH a publié un guide complet à l'intention des partenaires de la mise en œuvre chargés de mettre au point les stratégies et activités de communication relatives à l'introduction de Sayana Press. Publié en 2014, le Guide de communication pour l'introduction du DMPA-SC est accessible en français et en anglais sur <http://sites.path.org/rh/?p=436>. Son contenu repose sur un examen exhaustif de la littérature publiée sur la communication et les stratégies de changement des comportements, en vue d'accroître le recours aux méthodes de planification familiale. L'accent est mis tout particulièrement sur la contraception injectable et sur les quatre pays sélectionnés pour l'introduction initiale.

Campagne de communication à multiples facettes sur le DMPA-SC en Ouganda

En Ouganda, la fondation CDFU a contribué à la sensibilisation de l'opinion à la planification familiale et au produit DMPA-SC Sayana Press dans certains districts d'introduction pilote. La stratégie visait à accroître la sensibilisation sur la disponibilité de la contraception injectable auprès des équipes VHT.

La CDFU a entrepris diverses activités de communication entre 2014 et 2016. Notamment :

- Organisation de formations de prestataires sur le rôle des équipes VHT dans l'éducation et la sensibilisation, au-delà de la simple offre de services de contraception.
- Formation des préposés exerçant à la permanence d'information sur la planification familiale, pour qu'ils puissent répondre aux questions relatives au DMPA-SC.
- Conduite de plus de 150 discussions communautaires sur la contraception, le DMPA-SC et les mythes et idées reçues, atteignant plus de 3 000 personnes.
- Diffusion de 42 émissions interactives et de 4 680 annonces radiophoniques.
- Production et distribution de plus de 2 000 affiches destinées aux structures de santé et aux communautés, et de 5 000 brochures visant les leaders d'opinion.
- Réalisation d'une évaluation finale de la campagne de communication.

Le résultat ? Les membres de la communauté, y compris les utilisatrices du DMPA-SC, sont le plus susceptibles d'avoir entendu parler du nouveau produit à la radio ou de la part des équipes VHT. Comme le déclare une jeune femme du district d'Apac : « J'ai commencé à utiliser Sayana Press après en avoir entendu parler sur Voice of Lango FM. ... Je l'utilise maintenant depuis neuf mois. » Les agents VHT ont, eux aussi, manifestement joué un rôle important. Comme le dit une autre jeune femme du district de Kyegegwa : « Les VHT ont vraiment fait l'effort de rencontrer les gens dans leurs groupes de jeunesse, pendant leurs réunions, et parfois aussi personnellement, pour parler de la planification familiale. »

S'il est certes coûteux en ressources d'atteindre un grand nombre de personnes par une stratégie de dialogue communautaire, il est possible que ces activités aient permis d'éviter une opposition majeure à la nouvelle option ou à la formation des VHT à la contraception. Les dialogues communautaires se sont par exemple avérés un mécanisme clé d'engagement des hommes et des dirigeants religieux et d'encouragement de l'échange sur leur rôle au soutien de la planification familiale.

La permanence de la CDFU a reçu entre 81 et 326 appels relatifs à la contraception par trimestre, avec un nombre variable de questions concernant le DMPA-SC. Il est intéressant de noter qu'il s'agissait pour la plupart d'appels d'hommes. Dans certains cas, les agents VHT — qui avaient été formés pour faire la publicité de la permanence auprès de leurs clientes — s'en servaient eux-mêmes comme source d'information.

La consommation du DMPA-SC a augmenté régulièrement tout au long de la période d'introduction pilote. Il est difficile d'évaluer les contributions des différentes activités de génération de la demande aux résultats du suivi.



CONSEIL D'INTRODUCTION

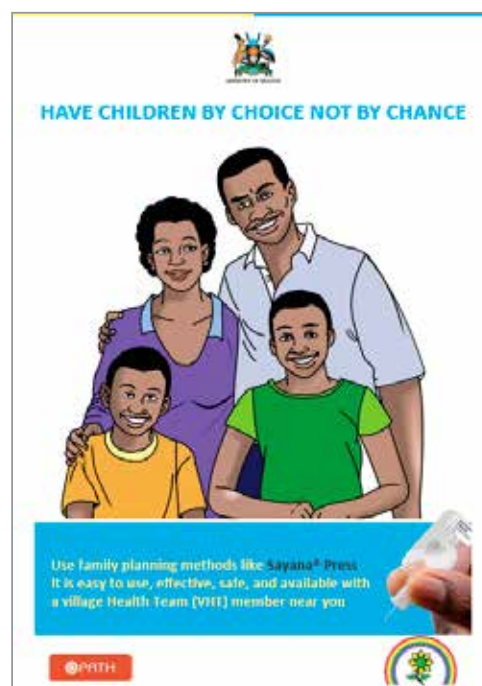
En Ouganda, les agents de santé communautaire étaient considérés comme une source d'information fiable, au-delà de l'apport de produits et services.

Outre une présentation générale du DMPA-SC et des efforts pilotes, le guide passe en revue les stratégies de communication, les audiences et les messages clés recommandés pour une introduction réussie. Il recommande aussi l'usage des canaux de communication liés aux succès passés. GIZ en a fait la base de sa stratégie de communication pour le changement comportemental, dans le cadre de l'introduction du DMPA-SC au Burkina Faso. De même, la CDFU s'est servie du document comme guide à ses activités pour le changement comportemental au soutien de l'introduction. Les suggestions du guide incluent la concentration sur le changement comportemental et non le simple apport d'information, l'identification des besoins des utilisatrices finales et la réponse aux besoins de planification familiale en général, sans se limiter au ciblage d'une seule méthode (voir l'exemple de l'affiche de la CDFU).



CONSEIL D'INTRODUCTION

Même si la sensibilisation est spécifique sur le DMPA-SC, veiller à y renforcer l'importance et les avantages de la contraception au sens large.





Recrutement de nouvelles utilisatrices en zones rurales au Niger

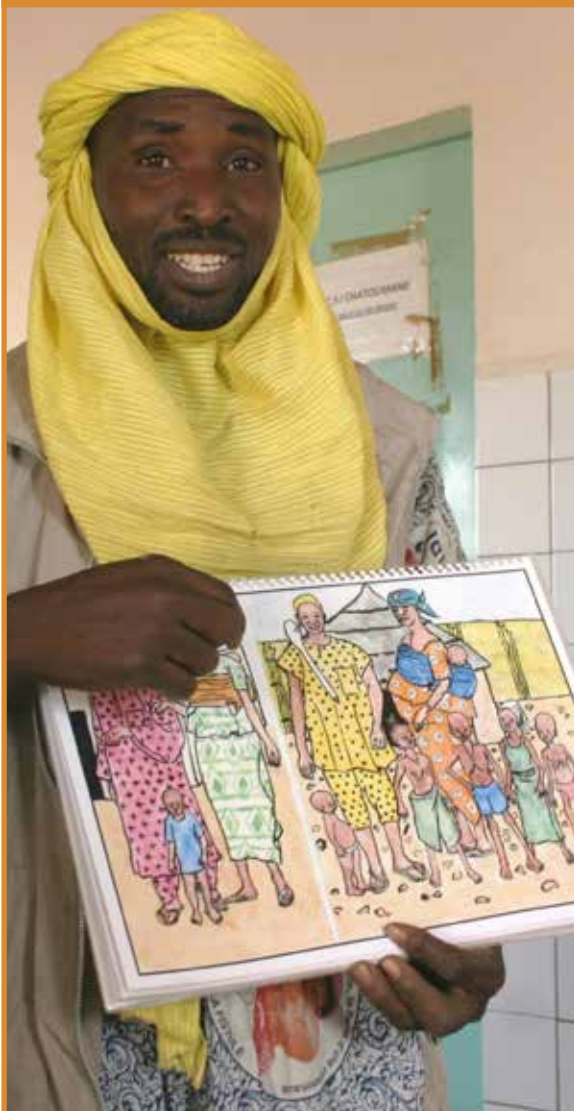
Au début de l'introduction pilote du DMPA-SC au Niger, l'UNFPA a assuré, en collaboration avec les autorités sanitaires de district des deux zones pilotes, le lancement d'activités de sensibilisation intensive. Notamment :

- Envoi de « caravanes d'information » dans des dizaines de villages, avec petites représentations théâtrales, groupes de discussion et débats. La troupe avait été formée à la planification familiale, sous surveillance des équipes de gestion sanitaire du district.
- Formation des annonceurs de sept stations de radio communautaires et d'une station privée, atteignant 161 villages du district de Téra pour la diffusion de messages relatifs à la planification familiale et au DMPA-SC en particulier. Les messages ont été diffusés trois fois par jour dans cinq langues nationales pendant plus de six mois.
- Campagne radiophonique à travers cinq stations de radio dans le district de Magaria et formation de deux animateurs par station, ensuite chargés de produire et de diffuser avec les communautés avoisinantes une série de 20 « magazines » radiophoniques.
- Engagement contractuel du groupe théâtral de l'Office de la radio-télévision nigérienne dans la région de Zinder pour la conduite de 40 visites de villages dans huit communautés du district de Magaria.
- Mobilisation communautaire et visites de porte à porte par les Écoles des Maris dans le district de Magaria et aux alentours de Goundey, Dargol et Chatoumane dans le district de Téra.

La radio est extrêmement populaire dans les milieux ruraux du Niger. Plus de la moitié des ménages nigériens possèdent une radio et plus du tiers de la population nigérienne déclare écouter la radio au moins une fois par semaine. Malgré l'absence de données d'évaluation aptes à démontrer leur impact, il est plausible que les campagnes radiophoniques intenses et prolongées à Téra et Magaria aient contribué à la découverte et à la demande en DMPA-SC par de nombreuses femmes aux postes de santé locaux. Comme le reflètent les données de suivi du projet, le pourcentage de nouvelles utilisatrices atteintes au Niger est nettement plus élevé que dans les autres pays.

RECOMMANDATIONS : CREATION DE LA DEMANDE

PATH/Siti Wood



- **Tirer parti des forces des partenaires et des données factuelles disponibles pour sélectionner les approches de communication.** Les partenaires responsables de la communication doivent être invités à évaluer leurs programmes existants et à décider des méthodes et des canaux qui leur paraissent les plus efficaces dans leur contexte particulier. Outre les médias traditionnels, on retiendra parmi les autres stratégies de génération de la demande qui peuvent mériter un certain investissement de temps et de

ressources, l'approche des groupes sociaux et religieux, la production ou l'adaptation de pièces de théâtre communautaire et l'établissement de sources d'information confidentielles faciles d'accès telles que permanences téléphoniques gratuites et brochures décrivant en détail chaque méthode et ses effets secondaires.

- **Utiliser la radio et les agents de santé pour les communications interpersonnelles.**

Les données existantes révèlent deux filières particulièrement efficaces en termes de génération de la demande de services de planification familiale : (1) la communication interpersonnelle entre les agents de santé et les patientes et (2) les feuillets et émissions de radio ciblés sur les hommes comme sur les femmes. L'exploitation de ces filières exige l'élaboration de supports appropriés que les agents de santé des cliniques et des communautés puissent utiliser pour conseiller leurs clientes sur les méthodes de planification familiale et leurs effets secondaires. Il convient aussi de programmer des émissions de radio (émissions en direct ou brèves annonces d'intérêt public) apportant aux hommes et aux femmes de la communauté ou de la région un message positif sur la planification familiale.

- **Le calendrier et la gamme d'activités de communication pour le changement comportemental doivent s'aligner sur la stratégie générale de l'introduction ou du passage à l'échelle.** Si la promotion d'un nouveau produit tel que DMPA-SC est lancée avant que le produit ne soit disponible dans les structures de santé locales, les clientes risquent de se sentir frustrées. Si les activités de communication sont différées trop longtemps, les ressources du projet risquent d'être insuffisantes ou les campagnes, faute de temps, de ne pas produire un impact durable, tel que le changement des normes sociales.



Guide de communication pour l'introduction de Sayana® Press.

Accessible sur <http://sites.path.org/rh/?p=436>. PATH a publié ce guide début 2014 pour aider les partenaires chargés, dans les contextes des pays en développement, des activités de communication appelées à soutenir l'introduction de Sayana Press. Le document présente les approches stratégiques et tactiques recommandées, les critères d'identification des audiences prioritaires, les principaux messages suggérés et le choix des canaux de communication.



A Field Guide to Designing a Health Communication Strategy.

Accessible sur ccp.jhu.edu/documents/A%20Field%20Guide%20to%20Designing%20Health%20Comm%20Strategy.pdf [en anglais]. Ce guide exhaustif offre une ressource complète pour l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de communication sur les questions de santé, avec outils, exemples, études de cas et feuilles d'exercice.



9 Distribution

L'introduction du DMPA sous-cutané (DMPA-SC, produit de marque Sayana® Press) promet d'élargir l'accès des femmes aux méthodes de planification familiale en donnant aux agents de santé de niveau inférieur la possibilité d'offrir ce service, et même aux femmes, la possibilité de s'autoinjecter. Les expériences des premières introductions pourront être utiles aux nouvelles initiatives et transitions, que ce soit dans le cadre de projets pilotes de petite envergure ou de prestations à grande échelle. Cette section décrit les résultats et les enseignements tirés des projets d'introduction pilote dans quatre pays. Elle présente ensuite les recommandations proposées pour guider les efforts à venir des ministères de la santé et de leurs partenaires à la mise en oeuvre concernant la **gestion de la chaîne d'approvisionnement**.

FAIRE BOUGER LE PRODUIT

La gestion de la chaîne d'approvisionnement représente le processus de déplacement des produits, au départ d'une structure d'entrepôt centrale jusqu'aux clientes du système sanitaire. Ceci inclut la gestion de logistique et inventaire, l'entrepôt et le transport. Le but de la distribution est de rendre les produits largement disponibles à la consommation : dans le cas du DMPA-SC, il s'agit de mettre l'unité à la disposition de la personne chargée de l'administration de l'injectable (un agent de santé ou une cliente même de la planification familiale, en cas d'auto-administration).

Les praticiens de la planification familiale et les experts en santé publique à la tête des stratégies d'introduction d'un produit ne sont pas toujours au courant ou à l'aise concernant le fonctionnement des systèmes logistiques associés à sa distribution. Il s'agit néanmoins d'une fonction essentielle, qui assure la continuité de l'accès des femmes et des adolescentes aux nouveaux produits contraceptifs. Il y a dans chaque pays des experts en distribution et en logistique dont l'engagement dans l'introduction du DMPA-SC est possible et encouragé.

Par exemple, il peut être utile de budgétiser la formation des agents de santé concernant la distribution du DMPA-SC et la gestion de l'offre, ou de mener une formation spéciale sur la question à l'intention des personnes-ressources pertinentes (par exemple, les logisticiens) — non seulement au niveau central, mais aussi dans les entrepôts de district ou régionaux et/ou dans les structures qui servent de points de distribution et de prestation clés. Pendant la phase pilote, les responsables de la mise en oeuvre au Niger et au Burkina Faso ont organisé des formations d'une journée à l'intention des personnes chargées de la logistique et de la gestion des stocks de contraceptifs. Sans cette orientation, les logisticiens et les gestionnaires des dépôts pharmaceutiques n'auraient pas eu l'occasion de se familiariser avec le conditionnement et les conditions de stockage requises du DMPA-SC, les rapports et les outils de suivi de la réapprovisionnement et la destination géographique dans les régions pilotes.



CONSEIL D'INTRODUCTION

Tenir compte des besoins de formation en réapprovisionnement parmi les agents de santé et les logisticiens dans le cadre de la planification de l'introduction.

Pendant la phase d'évaluation initiale, PATH a étudié soigneusement la chaîne d'approvisionnement existante et identifié les mesures complémentaires requises pour assurer au maximum le potentiel de durabilité et de sécurité de l'offre. L'élaboration d'une carte représentant la chaîne d'approvisionnement de chaque pays s'est avérée utile à cette évaluation, révélant l'organisme ou la personne responsable du mouvement du produit en différents points ainsi que le moment et l'endroit où les données sont collectées et transmises.

EFFETS DES APPROCHES DE GESTION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DU PRODUIT SUR LES COÛTS ET LES RÉSULTATS DU PROGRAMME

La manière dont les formations sanitaires se réapprovisionnent des produits dépend du système en vigueur. Dans de conditions idéales, les quantités à commander sont basées sur la consommation historique récente et l'utilisation est déterminée en fonction du niveau d'inventaire normal bien défini. Dans quelques instances, les prestataires au niveau des formations sanitaires font de rapports sur

Chaîne de distribution du DMPA-SC dans le secteur public du Sénégal



« L'introduction d'une nouvelle méthode contraceptive telle que le DMPA-SC peut présenter une occasion utile d'investissement dans la formation et le recyclage du personnel chargé du traitement des stocks à tous les niveaux. Dans le cadre d'une introduction pilote ou lors de la conduite d'une recherche opérationnelle en particulier, il importe d'investir dans le renforcement de la chaîne d'approvisionnement, de manière à éviter le biais négatif de ruptures de stocks sur les résultats du programme. »

– Sara Tifft, directrice du projet PATH DMPA-SC



Le Burkina Faso fait appel au système de distribution national dès le début

Le Burkina Faso a commencé à intégrer le produit DMPA-SC, Sayana Press, dans le système national de distribution des produits de santé y compris les contraceptifs dès le début de l'introduction pilote. Durant le premier trimestre, le coordinateur de DMPA-SC a assisté à un atelier, avec le MdS et les représentants de l'initiative USAID | DELIVER PROJECT, sur la logistique et les systèmes d'information relatifs aux contraceptifs. Les parties prenantes ont pu valider ainsi l'intégration du DMPA-SC dans les outils existants de collecte de données et de supervision de la chaîne d'approvisionnement des contraceptifs. Outre la formation des prestataires à l'administration du DMPA-SC, le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) a également aidé le MdS à intégrer DMPA-SC lors d'un atelier plus large, sur la gestion des produits de santé reproductive essentiels au logiciel Web CHANNEL. Cette formation a été bénéfique pour les intervenants individuels de la chaîne logistique des dépôts de médicaments au niveau national et régional (Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques et des Consommables médicaux).

Durant les neuf premiers mois de l'introduction pilote au Burkina Faso, l'offre du DMPA-SC dans les zones pilotes est restée constante. Il y a ensuite eu une période de consommation en baisse, faute de livraison opportune du produit du niveau central au niveau régional puis aux structures du district. Sur la durée de la période pilote, des ruptures de stocks ont atteint jusqu'à 67 pour cent des structures, compromettant ainsi, le potentiel d'accès accru offert par le produit. A cause de ces ruptures de stocks, les prestataires ont par exemple privilégié l'offre d'autres méthodes en stock dans les structures aux utilisatrices de l'injectable, réduisant dès lors le nombre de doses administrées aux nouvelles utilisatrices.

Autre facteur ayant contribué aux difficultés de l'offre au Burkina Faso, le stock initial de DMPA-SC importé fin 2013 avait été fabriqué en 2012, pour une durée de conservation de trois ans. La formation n'ayant été achevée qu'en juillet 2014, il ne restait qu'une année avant la date de péremption. Les ruptures de stocks ont aussi été exacerbées au Burkina Faso par les faiblesses générales du système de surveillance nationale des stocks de produits de santé reproductive, partiellement responsables de l'épuisement des stocks de plusieurs produits. Ces ruptures impactent la confiance des clientes et des prestataires concernant la disponibilité ininterrompue des contraceptifs, comme le reflète souvent la lenteur du retour aux niveaux d'usage précédents ou aux proportions de nouvelles recrues après une période d'épuisement des stocks.

Lors de leur rencontre en novembre 2015 et de leur décision d'offrir le DMPA-SC à l'échelle nationale, les parties prenantes nationales ont identifié les conditions préalables à un passage à l'échelle efficace : concernant notamment la nécessité pour le MdS de continuer à inclure le DMPA-SC dans les cycles d'approvisionnement et de distribution de médicaments essentiels existants, d'assurer la surveillance hebdomadaire des produits de santé reproductive et de surveiller activement le système de suivi de la pharmacovigilance. Pour assurer la sécurité de la chaîne d'approvisionnement, les parties prenantes ont également insisté sur la participation des agents de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques et des Consommables, en particulier aux rencontres régionales de validation des données.



Système de distribution privé en Ouganda

En Ouganda, le MdS a avisé le projet dès le début, que le DMPA-SC devrait être distribué par le groupe de distribution auxiliaire privé Uganda Health Marketing Group (UHMG). La raison était en partie due au fait que l'espace géographique de l'introduction pilote était réduit (28 sur 112 districts) et que le produit était absent de la liste nationale des médicaments essentiels.

PATH a financé la distribution dans 10 des 28 districts pilotes par le biais d'un sous-accord conclu avec UHMG, donnant lieu à des coûts additionnels pour le projet par rapport à l'intégration directe du produit dans le système de distribution national. UHMG a assuré la distribution du DMPA-SC depuis son dépôt national jusqu'aux structures, ensuite responsables de l'étape de distribution finale aux agents de santé communautaire/VHT. D'autres partenaires, tels que FHI 360 et Wellshare International, ont été inscrits sur une liste de partenaires admis à obtenir le produit d'UHMG pour gérer ensuite leur propre distribution dans les 18 districts bénéficiant du financement de leurs donateurs. L'avantage principal de la distribution privée par UHMG aura été la réduction au minimum des ruptures de stocks. Le suivi des données de l'Ouganda reflète un accroissement régulier de la consommation. L'inconvénient principal en aura été le coût.

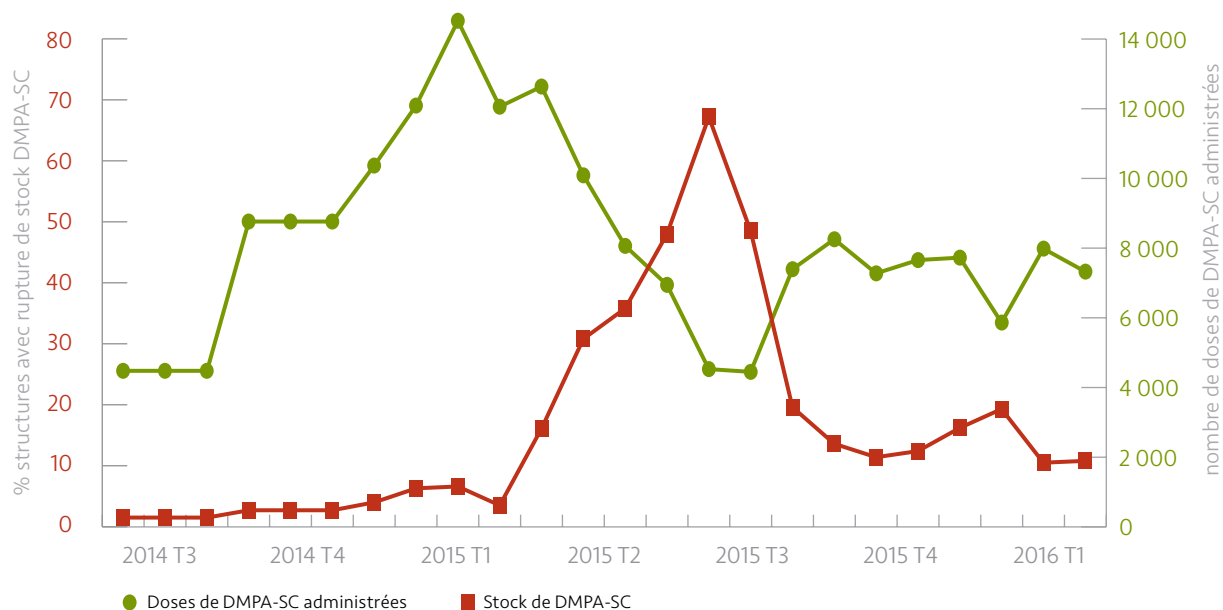
En 2016, lorsque le gouvernement ougandais a approuvé de nouvelles formations de prestataires en vue du passage à l'échelle, les ressources se sont avérées insuffisantes pour continuer cette approche privée de la distribution au niveau des structures. L'Ouganda n'était cependant pas encore prêt à inclure le produit dans le système national étant donné la portée géographique encore limitée. En guise d'étape intermédiaire, PATH a financé la distribution jusqu'au niveau du district, oeuvrant ensuite avec le leadership du district pour inclure le DMPA-SC dans ses systèmes de distribution établis. En collaboration avec le distributeur, PATH a également formé, dans chaque district, les responsables logistiques à la gestion de l'offre et à la distribution du nouveau produit. Une date de mise à terme claire de ce système parallèle a été fixée à mars 2017. En préparation à la transition, PATH, l'UNFPA et le MdS ont cherché, ensemble, à faire inscrire le produit sur la liste des médicaments essentiels et à l'intégrer au niveau du Dépôt national des médicaments.

le stock utilisé dans la période (consommation) et le niveau de stock restant (inventaire) et utilisent une formule standardisée pour calculer leurs commandes aux niveaux supérieurs de façon ponctuelle. Dans d'autres systèmes, les agents de santé enchainent ces données à un niveau supérieur de la hiérarchie sanitaire où les commandes sont aussi calculées. Pour assurer la disponibilité de produits contraceptifs, des procédures standardisées

doivent être en place à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement.

L'organisation du système dictera la manière que les formations sanitaires se réapprovisionnent de produits. Dans certains cas, le niveau district ou régional utilise les données pour déterminer la quantité des commandes et se chargent de la distribution aux formations sanitaires. Dans d'autres

Proportion des structures affectées par une rupture de stock de DMPA-SC et nombre de doses administrées, par mois – Burkina Faso (2014 – 2016)



Remarque : T = trimestre

Utilisation des données de consommation moyenne mensuelle

La consommation moyenne mensuelle (CMM) est le nombre moyen d'unités contraceptives distribuées en l'espace d'un mois, généralement calculé sur la base des quantités distribuées sur une période de trois à six mois. Le recul utilisé pour déterminer la CMM varie largement selon l'historique du produit, les tendances de saison, les ruptures de stock ou d'autres facteurs. La CMM est utilisée au niveau national pour déterminer la situation des stocks nationale et faire des ajustements au processus d'approvisionnement, et au niveau des dépôts et les établissements sanitaires pour déterminer les quantités à commander.

Le calcul de la CMM est normalement basé sur la consommation réelle au niveau des formations sanitaires. Si les données de ces centres ne sont pas disponibles à une fréquence régulière, la CMM peut se baser sur les quantités de doses distribuées depuis les dépôts de médicaments centraux vers les dépôts régionaux, ou des derniers vers les districts, ou bien des districts vers les établissements.

Lorsque le calcul de la CMM utilise des quantités émanant des points de distribution, les données devraient provenir du niveau le plus bas ayant de données fiables, afin de fournir une estimation aussi proche que possible pour les quantités réelles administrées aux utilisateurs.

Pour aider à surveiller les niveaux de stock, la CMM est comparée aux stocks disponibles pour calculer le nombre de mois de stock de chaque produit (MOS) (ou la durée du stock en cours à la consommation mensuelle moyenne). MOS, combiné à des informations sur les niveaux d'inventaire souhaités, peut être utilisé pour déterminer les quantités à commander pour assurer l'approvisionnement continu des produits dans les entrepôts et les formations sanitaires. La surveillance continue de la MOS contre la politique de contrôle des stocks permet d'identifier les problèmes de stocks et de les résoudre pour éviter les ruptures et les surstocks.



Au Sénégal, le modèle « push » IPM réduit les ruptures de stocks

IntraHealth International, en collaboration avec le MdS sénégalais, a mené l'introduction du modèle IPM pour réduire les ruptures de stocks des contraceptifs. Ce modèle réinvestit les recettes des achats de contraceptifs des clientes dans le système public d'offre contraceptive pour assurer la constance du mouvement et de la disponibilité des produits. Le modèle rend disponible une vaste gamme de produits de planification familiale, permettant aux femmes de choisir plus librement les méthodes qu'elles désirent à prix abordables.

À travers ce modèle, des logisticiens formés approvisionnent régulièrement les points de vente, en assurant les renouvellements de stocks nécessaires et en enregistrant les quantités de produit vendues. Sous ce modèle de gestion des stocks et des livraisons par un logisticien professionnel, les structures de santé ne doivent plus passer ni aller chercher de commandes.

Avec l'introduction de l'IPM dans les centres de santé, les ruptures de stocks de pilules contraceptives, d'injectables, d'implants et de stérilets ont été éliminées complètement dans les 14 structures publiques de Pikine pendant la période pilote de six mois. Le gouvernement a ensuite étendu le modèle IPM à l'ensemble des 140 structures publiques de la région de Dakar : six mois plus tard, les taux d'épuisement des stocks s'y étaient réduits, à moins de deux pour cent. Les partenaires élargissent actuellement l'IPM à l'échelle nationale, afin d'améliorer la chaîne d'approvisionnement de la planification familiale dans le secteur public du Sénégal.

Un modèle tel que l'IPM subventionné par les donateurs réduit efficacement les ruptures de stocks mais la durabilité et le passage à l'échelle nationale n'en sont pas garantis. Pour assurer la durabilité financière de son modèle, le gouvernement du Sénégal évalue différents scénarii et la conception de l'IPM restera souple afin de répondre à l'option la plus rentable et politiquement viable. Plusieurs stratégies de financement du modèle IPM à l'échelle nationale sont envisagées : notamment, l'utilisation des recettes des ventes de contraceptifs et d'autres produits, y compris un poste budgétaire gouvernemental consacré à la distribution, et la collaboration avec d'autres donateurs et programmes multilatéraux au soutien de la distribution.

systèmes, les produits sont distribués du niveau national jusqu'aux régions ou aux districts, et les établissements sanitaires s'y rendent pour se réapprovisionner. Ce dernier scénario peut présenter de problèmes dans le cas où les formations manquent de ressources de transport. Dans la plupart de systèmes DBC, les

agents de santé se réapprovisionnent dans les centres de santé et y soumettent de rapports sur la consommation.

Au démarrage d'un nouveau programme, les données sur la consommation peuvent être limitées ou non-existantes, et le niveau

de stock initial fourni aux établissements sanitaires devrait être suivi de près jusqu'à ce que le système de réapprovisionnement devient routinier. Il peut être utile de donner un stock initial aux centres de santé, suivre la consommation, et assurer une redistribution entre les centres en cas de besoin.

Quelque soit le système en vigueur, il est essentiel que les formations sanitaires partagent les données de consommation et niveaux de stock avec les districts et les régions pour établir les tendances historiques qui informent la planification de la quantification et des commandes. Ainsi un aspect important de l'introductions du DMPA-SC est son intégration dans les fiches et rapports qui font partie des systèmes existants de distribution et gestion de l'information logistique.

Durant l'introduction pilote, la distribution de DMPA-SC a eu recours aux mécanismes les plus appropriés dans chaque pays. Trois approches distinctes sont entrées en jeu :

- Intégration du DMPA-SC dans le système de distribution national du secteur public existant dès le départ (Burkina Faso) (voir l'encadré à la page 86).
- Intégration du DMPA-SC dans une initiative financée par les donateurs pour améliorer la distribution des contraceptifs et réduire les ruptures de stock, selon le modèle « Informed Push Model » (IPM ; Sénégal) (voir l'encadré à la page 89).
- Établissement d'un système de distribution parallèle sous financement des donateurs, faisant appel à un distributeur privé approuvé par le ministère de la santé (MdS) plutôt qu'au système du secteur public (Ouganda). Dans ce cas, les dépôts médicaux nationaux ougandais ne pouvaient pas distribuer le produit à un sous-ensemble de districts ou avant l'ajout du produit sur la liste des médicaments essentiels (voir l'encadré à la page 87).

Le contexte de chaque pays présente des caractéristiques uniques qui affectent la distribution du produit. L'intégration du DMPA-SC dans une chaîne d'approvisionnement nationale existante exigent un minimum

d'investissement supplémentaire ; cependant la création d'un système parallèle nécessite la mobilisation de ressources additionnelles par des partenaires, le MdS ou les bailleurs de fonds pour assurer que le produit soit absorbé et distribué dans ce système. Les tendances de consommation sont aussi affectées par la nature de la chaîne d'approvisionnement. Le Burkina Faso et le Niger, en faisant appel aux systèmes de distribution nationaux existants, ont été sujets à des ruptures de stocks à partir du deuxième trimestre 2015. Dans ces pays, le problème est né du manque de demandes opportunes et exactes soumises au niveau central de la part des districts périphériques, donnant lieu à un net déclin de l'utilisation de DMPA-SC (voir le graphique à la page 89). Entretemps, l'Ouganda et le Sénégal, qui ont eu recours à leurs systèmes de distribution parallèles privés, n'ont guère souffert de ruptures considérables. Bien qu'un système renforcé tel que l'IPM au Sénégal élimine pour ainsi dire les ruptures de stocks (moins de deux pour cent pendant l'introduction pilote), le modèle n'est peut-être pas durable s'il repose sur un financement de donateurs extérieurs (voir l'encadré à la page 89). Les expériences pilotes démontrent l'importance de l'intégration et du renforcement de la chaîne d'approvisionnement en tant qu'élément clé de l'introduction d'un nouveau produit.

SUIVI DE LA DISTRIBUTION POUR IDENTIFIER ET RÉSOUDRE LES PROBLÈMES

Au début de l'introduction pilote, le nombre de doses distribuées et le nombre et pourcentage de structures confrontées à des ruptures de stocks ont été identifiés comme indicateurs prioritaires par le consortium de donateurs mondiaux et les dirigeants nationaux de la planification familiale. PATH a suivi ces indicateurs et produit les rapports afférents tout au long de l'introduction pilote (voir la section 10 : Suivi et évaluation).

La transparence des données de la chaîne d'approvisionnement est essentielle pour la gestion de stock et la prise de décision pour assurer la disponibilité des produits au niveau des points de prestation de service.

Les gouvernements et les partenaires qui surveillent la chaîne d'approvisionnement sont aussi plus susceptibles de suivre les rapports de stocks centraux qui couvrent le solde d'ouverture, le solde clôture, le numéro de lot, la date de fabrication et la date de péremption par trimestre, ainsi que les rapports d'approvisionnement/réapprovisionnement couvrant les zones géographiques/structures réapprovisionnées et (éventuellement) le nombre d'unités retournées car proches de la date de péremption. Par exemple, l'UHMG a rapporté trimestriellement ces détails à PATH dans le cadre de ses activités de gestion des stocks de DMPA-SC pendant l'introduction pilote.

FOURNITURES : AU-DELÀ DU DMPA-SC

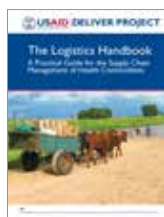
Pendant l'introduction pilote, PATH a constaté qu'il était important de tenir compte et de planifier, outre DMPA-SC, d'autres fournitures : boîtes de sécurité, unités de pratique de l'injection

pendant les formations, préservatifs pour la double protection et tests de grossesse à utiliser avant l'adoption de l'injectable. Les planificateurs ont dû assurer l'apport opportun et efficace de ces fournitures pour garantir le bon déroulement de l'introduction. La nécessité en devient encore plus cruciale lors de la transition vers le passage à l'échelle. Lorsque l'auto-administration du DMPA-SC sera proposée, il y aura aussi des implications pour le système de gestion de la chaîne d'approvisionnement, comme la détermination du nombre d'unités à remettre à chaque cliente, l'assurance d'une distribution d'unités à durée de conservation suffisante et l'apport aux clientes de directives concernant la conservation et l'élimination à domicile. PATH est en train d'explorer ces considérations opérationnelles puisque l'auto-administration a été offerte pour la première fois hors contexte de recherche en Ouganda fin 2016.



- **Investir dans les systèmes de distribution pour assurer la disponibilité continu de DMPA-SC.** L'introduction d'une nouvelle technologie met en lumière les forces et les faiblesses des systèmes de distribution existants. Le potentiel d'une innovation à accroître l'accès, dépend de la qualité du système de distribution appelé à le délivrer. De plus grands investissements peuvent être requis pour assurer le succès de l'introduction — en particulier aux niveaux les plus périphériques (celui des agents de santé communautaire, par exemple).

- **Cartographier la chaîne d'approvisionnement.** Il convient de cartographier la chaîne d'approvisionnement, du dépôt central jusqu'à l'utilisatrice finale afin d'identifier les obstacles potentiels. Cet exercice identifie les organismes et les personnes responsables des différentes tâches de la chaîne.
- **Considérer comment le DMPA-SC puisse être intégré dans le système existant d'approvisionnement de produits contraceptifs.** Cette approche minimise le besoin de faire d'investissements additionnelles et favorise le passage à l'échelle éventuel du produit. Considérer des investissements ciblées pour renforcer le système de rapportage, gestion de la logistique et réduction des ruptures de stock.
- **Examinez les principaux points de données logistiques tels que la CMM et MOS pour assurer une disponibilité suffisante du produit à chaque niveau de chaîne d'approvisionnement.** La CMM et l'état des stocks informeront les commandes de réapprovisionnement au niveau des formations sanitaires et les plans d'approvisionnement au niveau national. Lorsque la consommation d'un nouveau produit augmente d'un mois à l'autre, une moyenne des trois à six mois peut sous-estimer la consommation probable dans les mois à venir, et les calculs d'approvisionnement devraient être ajustés en fonction des taux de croissance.
- **Tenir compte de la durée de conservation des unités de DMPA-SC et de la date de péremption.** Sayana Press a une durée de conservation de trois ans. Il faut veiller à disposer d'un plan de suivi des dates de péremption et de récupération des unités avant cette date. Des stocks suffisants doivent être distribués sur le terrain avant l'arrivée à la date de péremption.



The Supply Chain Managers Handbook. Accessible sur www.deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/guidelines/LogiHand.pdf [en anglais]. Cette ressource offre un guide pratique aux responsables de programme chargés de la conception, de la gestion et de l'évaluation du système de gestion de la chaîne d'approvisionnement des produits et des programmes de santé. Les décideurs politiques et les parties prenantes intéressés par la logistique y trouveront aussi une ressource utile en termes de vue d'ensemble et d'approche globale du système. Elle présente une information détaillée sur la conception et la mise en œuvre des systèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement et de contrôle d'inventaire.



Portail d'information - Médicaments essentiels et produits de santé.

Accessible sur apps.who.int/medicinedocs/en/. Ce portail soutient les efforts d'amélioration de l'accès aux médicaments essentiels et aux produits de santé par publication en ligne des ressources disponibles à l'effet. Il donne accès à 5 604 publications de l'OMS, d'autres partenaires de l'ONU, d'ONG internationales, d'organismes de développement et de leurs partenaires, de pays et de chercheurs, et est actualisé sur une base mensuelle.



Page Web des publications de la Reproductive Health Supplies Coalition.

Accessible sur www.rhsupplies.org/activities-resources/publications/ [en anglais]. Ce site Web propose un vaste référentiel de ressources, notamment sous les titres Reducing Stockouts Impact Calculator, Strategic Pathway to Reproductive Health Commodity Security, Optimizing Supply Chains for Improved Performance, Contraceptive Stockouts: A Review of the Published and Grey Literature, and Building a Strong Supply Chain Workforce: The Role of Pre-Service Training.



PATH/Cabre Blenczycki

L'introduction du DMPA sous-cutané (DMPA-SC, produit de marque Sayana® Press) promet d'élargir l'accès des femmes aux méthodes de planification familiale en donnant aux agents de santé de niveau inférieur la possibilité d'offrir ce service, voire même aux femmes la possibilité de s'auto-injecter. Les expériences des premières introductions pourront être utiles aux nouvelles initiatives et transitions, que ce soit dans le cadre de projets pilotes de petite envergure ou de prestations à grande échelle. Cette section décrit les résultats et les enseignements tirés des projets d'introduction pilote dans quatre pays. Elle présente ensuite les recommandations proposées pour guider les efforts à venir des ministères de la santé et de leurs partenaires à la mise en œuvre concernant **le suivi et l'évaluation**.

INFORMATIONS POUR LA PRISE DE DECISION ET L'EVALUATION DES RESULTATS

Le suivi implique la collecte, le stockage et l'analyse de données des programmes en cours, dans le but d'éclairer les décisions et pour faciliter l'amélioration de la mise en œuvre. Les données de suivi peuvent révéler les qualités et les faiblesses d'un programme donné, sans le coût supplémentaire de l'évaluation. L'analyse soignée des données de suivi des introductions pilotes du DMPA-SC ont aidé PATH et ses partenaires à évaluer si le projet se déroulait comme prévu, à identifier les rectifications techniques ou programmatiques

nécessaires et à résumer les résultats du projet. En collaboration avec ses partenaires, PATH a défini des indicateurs en liaison directe avec les objectifs du projet et les résultats attendus. Les données de suivi ont en fin de compte aidé à mesurer l'effet de l'introduction du DMPA-SC en tant que nouveau produit contraceptif dans l'éventail des méthodes et le programme de planification familiale de chaque pays.

Dès le début des introductions pilotes, PATH s'est associée aux parties prenantes locales et internationales pour établir le consensus sur un ensemble d'indicateurs globaux pour le Burkina Faso, le Niger, le Sénégal et l'Ouganda. De concert avec chaque système national, PATH a mis au

point une approche de suivi multinationale sur ces indicateurs et un système Web central de saisie et de gestion des données. Le plan d'introduction de chaque pays comptait une section consacrée à la description du système de suivi. La définition précoce de l'approche de suivi a permis d'entreprendre la collecte de données dès le lancement de la formation des prestataires et de la prestation du service dans chaque pays.



CONSEIL D'INTRODUCTION

Planifier l'approche du suivi de l'introduction dès le début et de manière exhaustive, et prévoir lors de la formation des prestataires une session sur la collecte des données aux fins de suivi.

Indicateurs globaux de l'introduction pilote du DMPA-SC

PATH a suivi la liste d'indicateurs énoncés ci-dessous dans l'ensemble des pays d'introduction, à des fins de rapports aux donateurs et d'aide à la décision. Chaque pays d'introduction pilote a assuré le suivi d'une plus longue liste d'indicateurs. Les indicateurs logistiques et de prestation de service ont été comparés sur l'ensemble des quatre pays pilotes dans le but de mettre en lumière les résultats d'approches d'introduction différentes. Les indicateurs de formation ont fourni un cadre de suivi de la mise en œuvre et de contextualisation de l'adoption du produit.

Prestation du service

- Nombre de doses de DMPA-SC administrées aux clientes, par canal de prestation.
- Nombre (et pourcentage) des doses de DMPA-SC administrées à de nouvelles utilisatrices de la contraception moderne.
- Nombre (et pourcentage) des doses de DMPA-SC administrées à des utilisatrices âgées de moins de 20 ans, de 20 à 24 ans et de 25 ans et plus (non disponibles pour le Burkina Faso).
- Nombre (et pourcentage) des doses de DMPA-SC administrées à des utilisatrices qui utilisaient auparavant le DMPA-IM (non disponibles pour le Niger) ou d'autres méthodes (non disponibles pour le Niger et l'Ouganda).
- Proportion relative représentée par les doses de DMPA-SC et de DMPA-IM administrées, lorsque les deux méthodes sont offertes en parallèle.

Logistique

- Nombre de doses de DMPA-SC distribuées aux structures de santé.
- Nombre (et pourcentage) de structures en rupture de stock de DMPA-SC.

Formation

- Nombre de sessions de formation tenues.
- Nombre de prestataires formés, par niveau/type.
- Nombre (et pourcentage) de prestataires formés ayant acquis la compétence requise pour l'administration de l'injectable (DMPA-SC et/ou DMPA-IM).

La consommation moyenne mensuelle, telle que décrite dans la section sur la distribution, constitue un autre indicateur d'intérêt encore pour les donateurs mondiaux et les parties prenantes nationales de la planification familiale. PATH n'a pas suivi spécifiquement cet indicateur car les données de nombre de doses administrées aux clientes représentaient des mesures plus précises de la consommation durant la phase pilote.

Si des données précises et à jour sur les doses administrées aux clients sont disponibles en routine, elles peuvent être utilisées pour déterminer la consommation mensuelle moyenne (CMM). En cas de retard dans le rapportage, cette moyenne pourrait être utilisée temporairement jusqu'à ce que les données de consommation réelles (nombre de doses administrées) soient disponibles.

SÉLECTION ET DÉFINITION DES INDICATEURS

PATH a sélectionné des indicateurs globaux basés sur les points d'intérêt principaux des parties prenantes nationales et des donateurs concernant les décisions de passage à l'échelle et d'investissements futurs dans le DMPA-SC. Outre la comptabilisation des volumes de doses administrées, l'approche du suivi de l'introduction pilote du DMPA-SC adoptée par PATH a mesuré des indicateurs relatifs aux nouvelles utilisatrices de la planification familiale, aux jeunes et au choix du DMPA-SC en remplacement d'autres méthodes, en particulier le DMPA intramusculaire (DMPA-IM).

Lors de la conception du système de suivi, PATH a soigneusement défini des indicateurs applicables à la situation du pays aussi bien que globalement. L'harmonisation des indicateurs sur l'ensemble des pays a permis à l'équipe d'effectuer une analyse transversale des données de suivi, ayant produit une riche information sur les résultats de différentes approches de formation et d'introduction (voir la section 4 : Planification de la stratégie d'introduction). PATH a cependant vite constaté que les indicateurs étaient interprétés ou définis de différentes manières par les partenaires des différents pays. Par exemple, la définition de « nouvelle utilisatrice

de la planification familiale » a été débattue dans chaque contexte. Elle peut désigner une cliente qui essaie une méthode particulière pour la première fois, une cliente qui a pratiqué la planification familiale dans le passé mais qui l'a interrompue et qui la reprend, ou une cliente qui n'a jamais encore pratiqué de méthode moderne de contraception. En fin de compte, les quatre pays se sont entendus sur la dernière définition et ont apporté à leurs outils de collecte de données existants les révisions éventuellement nécessaires pour refléter cette compréhension.

En outre, puisque le DMPA-SC est censé accroître l'accès à travers les canaux de prestation plus isolés, PATH a observé qu'il était important de déterminer comment décomposer (ou désagréger) les données de manière à permettre l'analyse en fonction des différents canaux (distribution à base communautaire [DBC], équipes mobiles, différents types de structure, etc. ; voir l'encadré).



CONSEIL D'INTRODUCTION

Ne collecter que les données véritablement nécessaires.

Suivi de la distribution à base communautaire

Les systèmes de suivi existants ne sont pas nécessairement équipés pour collecter et rapporter les données relatives à la DBC. Ces données peuvent être regroupées pour un district tout entier, par exemple, sans ventilation suivant qu'elles proviennent des agents de santé communautaire (ASC) ou des structures auxquelles ils sont rattachés (c'est-à-dire les structures qui assurent leur encadrement-accompagnement, où ils vont chercher leurs produits et où ils déposent leurs données). Pour discerner la contribution d'un programme DBC, il faut décomposer les données de prestation des ASC. En présence de systèmes limités de collecte de données au niveau communautaire, il faut :

- Étendre le système de suivi existant au niveau communautaire.
- Former les ASC à la collecte de données. Lors de cette formation, il faut s'assurer que les ASC comprennent bien la définition des indicateurs de suivi et qu'ils les appliquent uniformément.
- À l'échelle nationale, adapter le système d'information sanitaire (SIS) pour qu'il représente la DBC des contraceptifs et permette de cerner véritablement la contribution du DMPA-SC.

Il a aussi fallu évaluer le degré de difficulté, et la valeur, de la collecte de chaque indicateur. PATH a lié chaque indicateur aux objectifs du projet et aux résultats attendus, limitant la collecte à ceux essentiels au suivi du projet et au processus décisionnel. En d'autres termes, la collecte a été limitée aux seules données nécessaires. L'information la plus essentielle peut en effet se perdre dans les plans de suivi qui cherchent à rendre compte d'un grand nombre d'indicateurs. Au niveau du pays, un processus de négociation parmi les parties prenantes s'est avéré nécessaire pour affiner les listes d'indicateurs. Pour séparer l'information simplement « intéressante » de celle « cruciale », PATH et ses partenaires ont appliqué des critères de faisabilité de la collecte et d'importance des données à la décision.

NÉCESSITÉ D'UN PLAN DE SUIVI ET DE RESSOURCES DE MISE EN ŒUVRE

La définition des indicateurs accomplie, PATH a développé un plan de suivi complet dans chaque pays, désignant la manière dont les données

seraient collectées dans chaque pays, à quel niveau et avec quelles sources (y compris les outils de collecte), la fréquence des rapports et les responsables de la collecte et des rapports. Un plan unique a été défini pour chaque pays, de manière à tirer parti des systèmes existants (voir le graphique). PATH a par ailleurs défini les organigrammes et les procédures opérationnelles standard de collecte des données, utiles à l'établissement des rôles et des responsabilités.

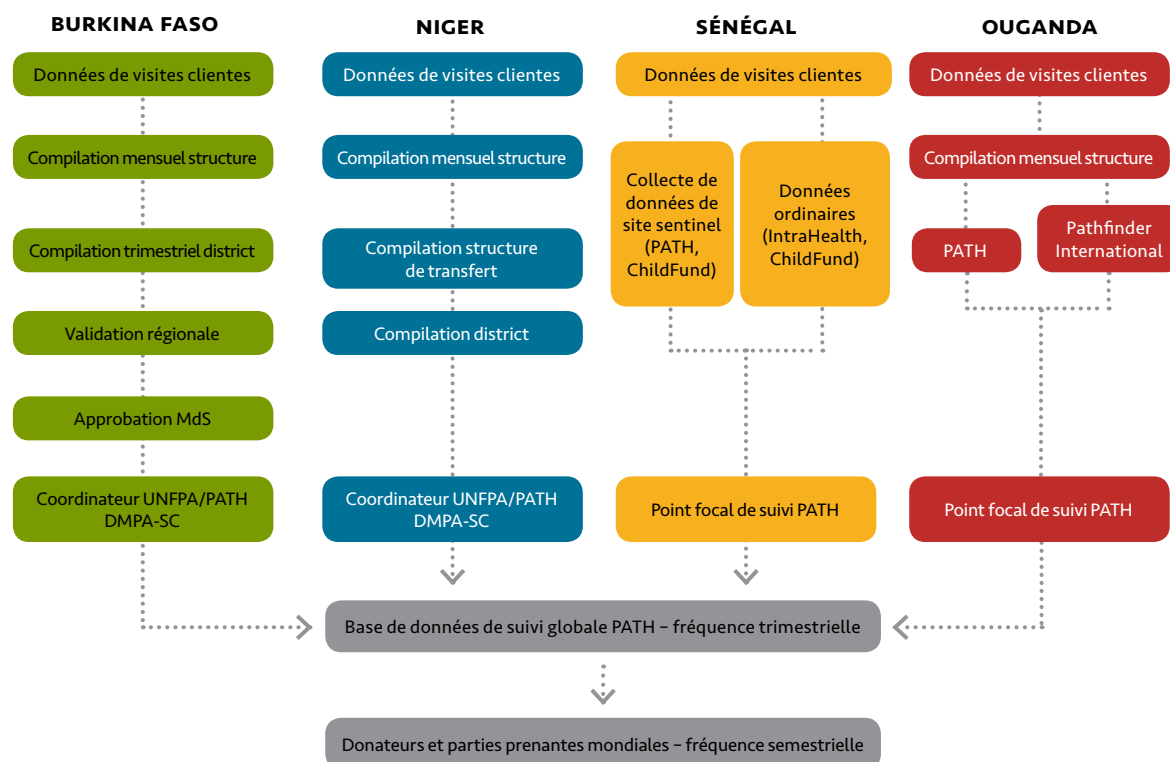


CONSEIL D'INTRODUCTION

Définir les procédures opérationnelles standard, en particulier dans les circonstances où plusieurs organisations doivent collecter les données.

Pour élaborer les plans de suivi, PATH a examiné et évalué les SIS nationaux existants afin de déterminer comment la collecte de données relatives aux indicateurs globaux

Les chemins de données aident à cartographier le système de suivi



Remarque : UNFPA = Fonds des Nations Unies pour la population.

Suivi de la distribution communautaire en Ouganda

La stratégie d'introduction pilote du MdS ougandais impliquait la DBC de DMPA-SC dans 28 districts à travers le cadre national existant d'ASC, que sont les équipes de santé villageoise (VHT).

Avant l'introduction pilote, les données de la DBC de contraceptifs par les VHT était regroupée avec les données des centres de santé, de ce fait, l'impact de cette forme de distribution en Ouganda n'était pas mesuré. PATH a étendu le système de suivi au niveau communautaire moyennant l'établissement d'un registre de planification familiale et d'une liste de clientes à l'intention des VHT, ainsi que d'un formulaire récapitulatif au niveau du centre de santé, pour le regroupement des données de DBC par le superviseur des équipes VHT. Les registres de la planification familiale étaient largement illustrés, afin de faciliter la compréhension des ASC, dont bon nombre sont peu alphabétisés.

PATH et les organisations partenaires ont formé les VHT et les interlocuteurs aux centres de santé sur les bonnes pratiques de collecte des données, de stockage et en matière de rapports. Avec l'aide des ONG, les interlocuteurs des centres de santé ont assuré l'encadrement de la collecte de données des VHT, ainsi que le travail d'identification et de correction des erreurs éventuelles avec les équipes. Les VHT ont reçu une petite indemnité de transport pour faciliter la transmission des données et le renouvellement mensuel de leurs stocks. L'approche PATH du suivi de la DBC de DMPA-SC prévoyait des visites d'encadrement-accompagnement pour le moins trimestrielles dans les centres de santé, afin d'y assurer le suivi de performance, d'examiner les pratiques de collecte des données et d'y récupérer les données. Les ONG partenaires ont transmis leurs données trimestrielles au personnel de PATH en Ouganda et le commis à la saisie a entré toutes les données du projet dans la base de données en ligne en vue de leur analyse ultérieure et du rapport aux donateurs. L'analyse spécifique à chaque pays a été effectuée et retournée au pays dans le but de faciliter la décision concernant le passage à l'échelle.



PATH/Wili Boase



PATH/WILL BOASE

« Les femmes qui viennent pour la planification familiale sont les dernières à être reçues à la clinique. Elles rentrent donc chez elles tard. Il faut parfois attendre trois heures pour être reçue. Pour beaucoup, il faut déjà deux à trois heures pour venir ici, car il n'y a pas de centre de santé plus proche. La plupart de ces femmes sont agricultrices ou femmes d'affaires et elles doivent travailler. Nous manquons parfois d'aiguilles et préférons donc le dispositif tout en un. Trente-cinq femmes sont inscrites ici à l'étude sur l'auto-administration de Sayana Press. Elles sont pour la plupart impressionnées et excitées, après leur première injection, car la piqûre est petite et ne fait pas mal. »

– Susan Palma Anek, infirmière chargée de l'étude DMPA-SC, Ouganda (en gris)

pourrait être intégrée dans les systèmes existants et quels nouveaux systèmes seraient nécessaires. L'équipe PATH a visité les structures de santé à différents niveaux, afin d'examiner les outils de collecte de données et les formulaires de rapport du SIS. Les modifications se sont parfois avérées aussi simples que l'instruction aux agents de santé d'écrire le nom de la méthode (DMPA-SC ou DMPA-IM) plutôt que de se limiter au mot « injectable » ou à cocher la case prévue pour les injectables.

Les changements plus compliqués nécessitaient l'ajout de colonnes aux registres de la planification familiale, ou la création de tous nouveaux formulaires. Par exemple, PATH a eu du mal à affecter des ressources humaines et un budget suffisants à la collecte de données au Sénégal et en Ouganda, où le DMPA-SC n'a pas pu être intégré pleinement dans le système national. Le personnel de PATH a dû aller chercher les données au niveau des formations sanitaires, sur une base

trimestrielle, dans les deux pays, car les données du système national n'atteignaient le niveau central que tous les six mois, sans inclure du reste tous les indicateurs de produit voulus. Cette approche a produit des données de haute qualité mais avec un coût et un investissement de temps élevés. Pour un maximum d'efficacité, les équipes de PATH et du Mds ont combiné leurs missions de collecte des données aux visites d'encadrement-accompagnement. Heureusement, au terme du projet pilote, le SIS de chaque pays a été révisé pour inclure le DMPA-SC



CONSEIL D'INTRODUCTION

Combiner la collecte des données de suivi avec les visites d'encadrement-accompagnement des prestataires pour minimiser les coûts.

MÉTHODES DE COLLECTE DES DONNÉES ET DE RAPPORT

Le système de collecte le plus approprié dépend de celui déjà en place dans le pays considéré, ainsi que du budget disponible. PATH a utilisé les systèmes de collecte et de rapportage sur papier existants dans les quatre pays d'introduction. En présence de dossiers de santé et systèmes de collecte de données électroniques déjà établis, le DMPA-SC peut y être intégré. Les projets dotés de bonnes ressources budgétaires de suivi peuvent explorer l'usage de la collecte et du rapportage mobiles. Indépendamment du système, l'introduction ou la modification d'outils de collecte exige un essai pilote de ces outils afin de vérifier que les agents de santé les comprennent bien, qu'ils sont bien adaptés au contexte et que les mécanismes de rapportage sont efficaces. Plusieurs révisions sont parfois nécessaires avant que les outils ne soient prêts à l'utilisation.



CONSEIL D'INTRODUCTION

Prétester les outils de suivi pour s'assurer qu'ils sont bien compris par les prestataires et qu'ils fonctionnent bien au sein de leurs systèmes.

Les coordinateurs du projet DMPA-SC sont intervenus au niveau du district pour récupérer les données, les enregistrer dans une base de données Web SharePoint centralisée et faciliter ainsi l'accès opportun aux données utiles et nécessaires à la prise de décision et aux rapports soumis aux donateurs. La centralisation des données des quatre pays dans une même base de données a facilité l'analyse transversale. Aux endroits d'introduction pilote du DMPA-SC, une forme de système parallèle peut être nécessaire à la collecte des données relatives aux indicateurs clés requis pour les décisions futures de passage à l'échelle. Lorsque le DMPA-SC est introduit à l'échelle nationale toutefois, il vaut mieux adapter le SIS national pour y intégrer le DMPA-SC et tous les canaux de prestation éventuels.



CONSEIL D'INTRODUCTION

Dans la mesure du possible, le DMPA-SC doit être intégré directement dans le système national d'information sanitaire et de collecte des données.

ÉVALUER L'INTRODUCTION DU DMPA-SC : COMPRENDRE LES COÛTS, LA CONTINUATION ET L'IMPACT

L'analyse des données de suivi ne permet pas de répondre aisément à certaines questions, qui méritent parfois une évaluation plus approfondie du programme ou une recherche opérationnelle. Par exemple, dans les quatre introductions pilotes du DMPA-SC, il n'a pas été possible de suivre la durée de persévérance des femmes qui ont choisi la méthode, pas plus que de savoir si ces femmes tendaient à persévérer et poursuivre l'utilisation de cette nouvelle méthode plus longtemps que les autres méthodes existantes. La plupart des systèmes nationaux ne suivent pas les clientes individuelles à travers le SIS au fil du temps et ne produisent pas de rapports les concernant car il serait difficile d'y procéder sans erreurs. De nombreuses questions restantes concernant le DMPA-SC, parmi les donateurs, les gouvernements nationaux et les responsables de la mise en œuvre de la planification familiale ne peuvent trouver réponse que dans le cadre d'une évaluation soignée, idéalement planifiée pour coïncider avec l'introduction du produit. Par exemple :

- L'introduction du DMPA-SC donnera-t-elle lieu à une utilisation accrue de l'injectable et à un taux de prévalence contraceptive plus élevé ? Est-ce que le DMPA-SC contribue par exemple à de meilleurs taux de persévérance chez les clientes de l'injectable, par rapport à la formule DMPA-IM ? Et suivant qu'il est administré par les prestataires ou en auto-administration ?
- Le DMPA-SC contribuera-t-il à réduire le besoin non satisfait de planification familiale ? Attirera-t-il de nouvelles utilisatrices des méthodes de planification familiale modernes à adopter et/ou

poursuivre la contraception ? Et que dire des jeunes femmes et des adolescentes ?

- Quel est le coût de l'ajout du DMPA-SC à l'éventail de méthodes et que représente ce coût par rapport à celui de l'offre du DMPA-IM ?
- Quel est le rapport coût-efficacité de DMPA-SC (administré par un prestataire ou sous auto-administration) par rapport au DMPA-IM administré par prestataire ? Quelle est sa contribution relative à la prévention des grossesses non planifiées et de leurs conséquences sur la santé des femmes et des enfants ?

Lors du lancement des introductions pilotes en 2014, PATH a dressé un calendrier de recherche en vue de répondre à certaines de ces questions majeures, à commencer par l'exploration de la faisabilité et de l'acceptabilité de l'auto-administration du DMPA-SC — une priorité émergente. Les études afférentes ont été entreprises environ un an après le lancement de la phase d'introduction pilote, tirant parti de la familiarité des parties prenantes, des prestataires et des clientes avec le produit pour maximiser le succès. Les parties prenantes des pays, les MdS et les donateurs mondiaux ont été consultés lors de la mise au point de ce programme et le calendrier de recherche.

Portefeuille de recherche PATH sur le DMPA-SC

Les études en cours sur le DMPA-SC continuent d'augmenter la base de données prévues pour comprendre le potentiel de ce produit, en particulier pour l'auto-injection. Les études menées au cours des années précédentes comprenaient un examen et une évaluation des besoins liés à l'administration à domicile dans les contextes de ressources faibles, des études d'acceptabilité pour des fournisseurs et des clients au Sénégal et en Ouganda, une étude de préférence chez les femmes séropositives en Ouganda et l'auto-injection en Ethiopie, entre autres travaux. Beaucoup de ces ressources peuvent être consultées sur : sites.path.org/rh/recent-reproductive-health-projects/sayanapress/sayanapress-resources/. PATH et les gouvernements des pays mènent actuellement des recherches pour combler le manque d'informations et mieux comprendre les considérations opérationnelles et programmatiques liées à l'auto-injection en Afrique subsaharienne. Lancé en 2015, les études sont décrites ci-dessous.

Objet de l'étude	Enseignements tirés/attendus (résultats)	Pays
Perspectives des parties prenantes sur l'auto-administration	Les résultats de l'étude menée au Sénégal et en Ouganda ont contribué au plan d'étude sur la faisabilité opérationnelle (voir « Stakeholder Views on Self-Injection of DMPA-SC in Senegal and Uganda », accessible sur www.path.org/publications/detail.php?i=2688) [en anglais]. L'analyse a permis à PATH d'adapter le plaidoyer et la communication relative à l'auto-administration en fonction de l'état de préparation du pays.	Ouganda Sénégal Burkina Faso Niger
Faisabilité opérationnelle de l'auto-administration	La plupart des femmes sont compétentes et peuvent pratiquer l'auto-administration de manière indépendante. Une formation individuelle et un mode d'emploi destiné à la cliente semblent utiles à l'optimisation de la compétence. Des approches innovantes doivent encore être définies pour l'efficacité de la formation, de l'encadrement-accompagnement et de la gestion des déchets dans les programmes d'auto-administration.	Ouganda Sénégal
Acceptabilité de l'auto-administration	Les adolescentes ont trouvé DMPA-SC facile à utiliser et beaucoup (mais pas toutes) peuvent imaginer d'essayer l'auto-administration. Les prestataires ont reçu assez positivement l'idée de l'auto-administration comme option pour les femmes et les adolescentes (pas unanimement toutefois). La formation, y compris le conseil sur la conservation et l'élimination, et le suivi ont été identifiés comme éléments critiques de la conception d'un programme d'auto-administration futur.	Ouganda
Persévérance et rapport coût-efficacité de l'auto-administration	Déterminer si l'auto-administration contribue à une plus longue persévérance, par rapport au DMPA-IM administré par les prestataires. Rapport coût-efficacité de l'auto-administration de DMPA-SC par rapport au DMPA-IM administré par les prestataires. Résultats attendus fin 2017.	Sénégal Ouganda
Persévérance et rapport coût-efficacité sous administration par les prestataires	Déterminer si l'administration du DMPA-SC par un ASC contribue à une plus longue persévérance et si son rapport coût-efficacité est bon, par rapport au DMPA-IM. Déterminer si l'administration du DMPA-SC dans une clinique ou en proximité contribue à une plus longue persévérance et si son rapport coût-efficacité est bon, par rapport au DMPA-IM. Résultats attendus à la mi-2017.	Burkina Faso Ouganda

Au-delà du portefeuille de recherche de PATH et des études menées par FHI 360 ou d'autres organismes internationaux, les MdS et les partenaires à la mise en œuvre dans les pays qui introduisent le DMPA-SC peuvent choisir d'approfondir de nombreux autres sujets de recherche complémentaire. Par exemple :

Persévérance

- Combien de temps les femmes qui choisissent l'auto-administration poursuivent-elles la méthode ?
- Quels sont les facteurs de prédiction de continuation ?
- Quels types de programmes donnent lieu à de plus hauts taux de continuation ?
- Que font les femmes qui arrêtent l'auto-administration : transfèrent-elles à d'autres méthodes, retournent-elles à l'administration par le prestataire, ou arrêtent-elles la contraception ?

Effet

- Dans quelle mesure le programme réussit-il à atteindre de nouvelles utilisatrices de la planification familiale ?
- Quel est la contribution du programme sur le taux de prévalence contraceptive ?
- Les femmes des milieux ruraux bénéficient-elles d'un accès accru à la contraception ?

Science de la mise en œuvre

- Quels modèles de formation ont un meilleur rapport coût-efficacité ?
- Quels canaux de prestation permettent d'atteindre le plus de femmes ?
- Quels sont les facteurs du système de santé qui influencent le succès du programme ?
- Quels sont les canaux les plus appropriés pour servir de différentes populations des femmes (jeunes ou plus âgées, mariées ou célibataires, etc.) ?



PATH/Siri Wood

RECOMMANDATIONS : SUIVI ET ÉVALUATION

- **Commencer tôt.** L'élaboration des indicateurs clés et la conception du système de suivi doivent coïncider avec la planification de la stratégie d'introduction ou de passage à l'échelle. Les retards de mise en œuvre du système de suivi se répercutent sur la collecte des données et la production des rapports, avec le risque d'information incomplète sur l'impact du produit que cela implique.
- **Respecter des définitions uniformes.** La définition uniforme des indicateurs au sein des pays et d'un pays à l'autre est essentielle à l'obtention de résultats utiles. Les indicateurs doivent être définis soigneusement pour assurer l'apport d'une information utile. Un nombre absolu peut donner une bonne idée de volume, mais le calcul d'un pourcentage produit parfois une information plus riche.
- **Garder l'échelle de la collecte de données raisonnable** et ne collecter que les données nécessaires.
- **Budgétiser adéquatement la collecte des données.** Malgré la valeur considérable des données de suivi, les ressources financières et de temps nécessaires à la réalisation de ce suivi sont souvent sous-estimées. Il importe de planifier et de financer adéquatement le plan de suivi à l'avance. Tant qu'un nouveau produit tel que le DMPA-SC n'est pas intégré dans le SIS d'un pays (après la phase pilote), il peut être nécessaire de planifier et budgétiser une collecte de données séparée sur le terrain. Pour maximiser le rapport coût-efficacité, les missions de collecte des données peuvent être intégrées aux visites d'encadrement-accompagnement.
- **Veiller à ce que l'approche du suivi capture les contributions de plusieurs canaux périphériques.** Si la DBC est introduite mais que les données sont ramenées au niveau de la structure de référence, la capacité de mesurer le composant DBC d'un programme est perdue. Lors de la conception du système et des formulaires de suivi, il convient idéalement de décomposer intentionnellement les données en fonction de tous les nouveaux canaux de prestation (comme la DBC), afin de permettre l'analyse des innovations de service.
- **Former les prestataires aux outils et systèmes de suivi.** Il est plus rentable et stratégique de former les prestataires aux outils de suivi en même temps que leur formation sur l'offre du DMPA-SC. Cette approche peut améliorer la qualité des données et réduire les insuffisances au niveau de la collecte. La formation à la collecte des données par encadrement-accompagnement est plus coûteuse et nécessite la correction d'habitudes déjà établies.
- **Evaluer si d'autres activités d'évaluation ou de recherche opérationnelle sont nécessaires au suivi d'une information plus complète.** Les données de suivi ne couvrent généralement pas les femmes individuelles dans le temps et certaines questions trouvent optimalement leurs réponses dans le cadre d'une évaluation rigoureuse par enquêtes auprès des clientes ou des prestataires.



Suivi de l'introduction de Sayana Press : Résultats finaux du projet pilote. Accessible sur www.path.org/publications/detail.php?i=2551. PATH a publié des résumés semestriels des données de suivi compilées dans une base de données globale pendant l'introduction pilote. Ce document résume l'analyse cumulative finale des données collectées pendant l'introduction pilote et publiées fin 2016.



Key Indicators for Community-based Access to Injectable Contraception Pilot Studies. Accessible sur www.k4health.org/sites/default/files/Key%20Indicators%20for%20CBA2I%20Final%20with%20Branding.pdf [en anglais]. Ce document présente les indicateurs de processus et de résultat potentiels, organisés d'après les phases des pilotes de DBC, avec les questions d'évaluation, sources de données et outils de mesure correspondants. La liste peut être adaptée au contexte local et aux objectifs du programme afin d'évaluer la progression d'un projet pilote vers ses résultats attendus et la réalisation de ses objectifs.



Projet D'introduction Pilote de Sayana Press : Guide de Suivi Global. Accessible sur www.path.org/publications/detail.php?i=2551. Ce guide résume les indicateurs globaux établis durant l'introduction pilote, leurs définitions, et les sources de données et niveaux de mesure suggérés. Ces aspects ont été raffinés lors de la collecte et l'analyse des données à travers les pays qui ont participé à l'introduction pilote et peuvent être modifiés selon le contexte du pays ou les besoins du programme.



L'introduction du DMPA sous-cutané (DMPA-SC, produit de marque Sayana® Press) promet d'élargir l'accès des femmes aux méthodes de planification familiale en donnant aux agents de santé de niveau inférieur la possibilité d'offrir ce service, voire même aux femmes la possibilité de s'auto-injecter. Les expériences des premières introductions pourront être utiles aux nouvelles initiatives et transitions, que ce soit dans le cadre de projets pilotes de petite envergure ou de prestations à grande échelle. Cette section décrit les résultats et les enseignements tirés des projets d'introduction pilote dans quatre pays. Elle présente ensuite les recommandations proposées pour guider les efforts à venir des ministères de la santé et de leurs partenaires à la mise en œuvre concernant la **transition de l'introduction à l'échelle**.

ELARGIR L'IMPACT A TRAVERS LA MISE A L'ECHELLE

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit le passage à l'échelle comme « des efforts délibérés pour renforcer l'impact d'innovations sanitaires testées avec succès afin d'en faire bénéficier un plus grand nombre de personnes et d'encourager la formulation de politiques et de programmes sur une base durable ». Les stratégies de passage à l'échelle peuvent couvrir différents types d'échelle. L'échelle verticale désigne généralement l'intégration d'un produit dans un système sanitaire existant : elle concerne les changements de politique et

politiques, légaux, réglementaires, budgétaires ou autres nécessaires à l'institutionnalisation de l'innovation au niveau national ou sous-national. Plus courant peut-être, le passage à l'échelle horizontal désigne la reproduction d'une innovation dans de nouvelles zones géographiques ou en de nouveaux points de prestation.

FACTEURS DE DÉCISION DU PASSAGE À L'ÉCHELLE

Au début des quatre introductions pilotes du DMPA-SC, le passage à l'échelle n'était pas un

concept acquis. Cependant, entre 12 et 18 mois après l'introduction du DMPA-SC dans leur pays respectif, les quatre gouvernements ont examiné les données du projet pilote et déclaré leur intention de passer à l'échelle. Dans chaque cas, la décision aura tenu à une combinaison d'éléments : les données présentées, la coordination des partenaires, la disponibilité de financement et la vision politique.



CONSEIL D'INTRODUCTION

L'examen d'au moins une année de données de mise en œuvre dans le contexte d'un pays donné peut suffire à éclairer la décision de passage à l'échelle.

Les données émanant des expériences de l'introduction pilote ont mis en lumière certaines des questions initiales encore ouvertes au sujet du DMPA-SC. Par exemple, dans les quatre pays, les données de suivi ont indiqué un accroissement régulier de la consommation de DMPA-SC dans les régions d'introduction pilote. En particulier, les proportions prometteuses de doses administrées aux nouvelles utilisatrices et aux jeunes ont révélé le potentiel du DMPA-SC à réduire le besoin non satisfait (voir la section Contexte), tandis que, dans le même temps, aucun problème majeur lié au produit en soi n'était signalé par les parties prenantes, les prestataires ni les utilisatrices. Dans certains contextes, notamment dans les communautés ougandaises, les prestataires et les utilisatrices ont même déclaré avoir rencontré moins effets secondaires par rapport au DMPA intramusculaire (DMPA-IM) — une observation non appuyée par les données cliniques mais conceptuellement raisonnable étant donné la moindre dose.

Les décisions de passage à l'échelle ne sont pas seulement guidées par l'innovation en soi, mais aussi par l'environnement externe. Les décisions de soutien du passage à l'échelle prises par les gouvernements nationaux et les organismes d'achat l'ont été sur la base du prix du produit fixé à USD 1 l'unité en fin

2014. De plus, au moment du lancement des introductions pilotes, d'importants donateurs ont accentué davantage l'accélération du calendrier de l'auto-administration. L'auto-administration a reçu l'approbation d'une autorité réglementaire rigoureuse en 2015, pendant la phase pilote (voir la section 5 : Enregistrement). Ce puissant aspect différenciateur du DMPA-SC en est devenu plus tangible durant cette phase pilote.

QUATRE DÉCISIONS DISTINCTES DE PASSAGE À L'ÉCHELLE NATIONALE

Les introductions pilotes du DMPA-SC étant menées sous la conduite de chaque pays et conçues en collaboration avec le ministère de la santé (MdS), le mouvement vers le passage à l'échelle s'est avéré relativement harmonieux dans les quatre pays. PATH a partagé et examiné régulièrement les données de suivi avec les dirigeants de chaque pays, évitant ainsi les surprises en fin de période pilote. La décision d'élargir le programme ou de passer à l'échelle nationale a été prise à l'occasion d'une rencontre ordinaire d'un groupe existant intéressé par la santé reproductive ou la planification familiale, en réponse à la présentation des données et de l'expérience de l'introduction pilote.



CONSEIL D'INTRODUCTION

La participation régulière aux rencontres existantes sur la planification familiale afin d'y présenter les résultats de l'introduction peut ouvrir la voie au passage à l'échelle.

Dans les quatre pays pilotes, la décision de passer à l'échelle a été prise à l'occasion d'une rencontre des partenaires techniques de la planification familiale dirigée par des représentants du MdS (voir le tableau page 108). En Ouganda, l'important surplus de DMPA-IM stocké au dépôt national a initialement suscité une certaine inquiétude à l'idée du gaspillage qui résulterait si le DMPA-SC devait le remplacer. Or il est apparu, quelques mois plus tard, qu'il y avait moins de

« Nous avons un arsenal de ressources humaines non encore utilisé. Nous devons porter Sayana Press aux villages les plus difficiles d'accès. Nous disposons de réseaux de relais communautaires (ASC) qui ne sont pas pleinement optimisés. Nous pouvons les former, renforcer leurs compétences et les instruire sur la planification familiale. Chaque village peut disposer de un ou deux ASC auprès desquels les femmes peuvent se procurer des contraceptifs. Lors des discussions communautaires, les femmes peuvent consulter les ASC et même obtenir Sayana Press sans que personne n'en sache rien. Pourquoi ne pas faire ça en prochain lieu ? »

– Membre d'équipe sanitaire régionale au Niger

DMPA-IM dans le pays qu'on ne l'avait d'abord pensé. Changeant de position, le gouvernement a alors appuyé le passage à l'échelle nationale.

Dans les quatre pays, la formation effective de prestataires supplémentaires dans le cadre d'une stratégie de passage à l'échelle a été entreprise assez rapidement — trois à six mois environ — à l'issue de la prise de décision. Au Burkina Faso et au Niger, le gouvernement a mobilisé le financement existant de la planification familiale. Le Sénégal a procédé de même, dans une certaine mesure, devant cependant combler les insuffisances restantes par un financement complémentaire. En Ouganda, un donateur mondial, la Fondation de fonds d'investissement de l'enfant (CIFF), a financé les nouvelles formations de PATH. Peu après cette première subvention, d'autres organismes tels que le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), le groupe Uganda Health Marketing Group (UHMG), Reproductive Health Uganda (RHU) et la filiale locale de PSI, PACE, ont commencé à planifier l'intégration du DMPA-SC dans leurs projets de planification familiale financés par d'autres donateurs. Cette approche reflète le système de formation à la planification familiale généralement moins centralisé en Ouganda, où les subventions individuelles à différentes organisations non gouvernementales (ONG) ou partenaires à la mise en œuvre font davantage la norme. PATH cherche actuellement à définir, en collaboration avec le MdS ougandais, une stratégie globale coordonnée à l'échelle nationale.

L'analyse des données de suivi de l'introduction pilote et la préparation au passage à l'échelle

nationale peuvent aussi présenter des occasions d'élargissement de l'accès à travers la distribution à base communautaire (DBC), même si cette dernière ne faisait pas partie de la stratégie d'introduction initiale du DMPA-SC. Au Burkina Faso, le succès de l'introduction pilote du DMPA-SC par proximité a aiguillonné un partage de tâches pilote officiel à travers lequel les agents de santé communautaires (ASC) offriraient pour la première fois la contraception injectable et les prescriptions initiales de contraception orale dans trois régions.

LE VÉRITABLE PASSAGE À L'ÉCHELLE EXIGERA UN EFFORT BEAUCOUP PLUS IMPORTANT — DANS CES QUATRE PAYS ET AU-DELÀ

Fin 2016, le passage à l'échelle nationale dans les quatre pays était toujours en cours. Le fait que les formations initiales aient été entreprises est fort prometteur, mais il reste beaucoup de travail à accomplir à l'échelle verticale (intégration durable du DMPA-SC dans les systèmes de formation, de distribution et de suivi de chaque pays). Fin 2016, par exemple, l'Ouganda est devenu le premier des quatre pays à intégrer le DMPA-SC dans sa liste de médicaments essentiels, franchissant ainsi un jalon essentiel de l'intégration du produit dans le processus d'achat et de distribution. Fin 2016 aussi, le Sénégal a accepté d'intégrer les indicateurs du DMPA-SC — y compris l'auto-administration — et les données ventilées en fonction de l'âge, pour toutes les méthodes, dans la prochaine

Résumé et calendrier du processus de passage à l'échelle dans les quatre pays

Variable du passage à l'échelle	Burkina Faso	Niger	Sénégal	Ouganda
Intervalle entre le lancement pilote et la décision de passage à l'échelle	17 mois (juillet 2014 – novembre 2015)	12 mois (juillet 2014 – juin 2015)	13 mois (janvier 2015 – février 2016)	12 mois (septembre 2014 – octobre 2015)
Qui a pris la décision et où ?	Le MdS et les principales parties prenantes de la planification familiale, par décision unanime à la rencontre de revue à mi-parcours de DMPA-SC.	Le MdS et les principales parties prenantes de la planification familiale, à la réunion du comité sur la sécurité de l'approvisionnement relatif à la santé reproductive.	Le MdS et les principales parties prenantes de la planification familiale, à la réunion du groupe de travail technique national sur la planification familiale.	Indication initiale par le MdS et les principales parties prenantes à l'occasion d'une rencontre mensuelle du Maternal Child Health Cluster sur la santé maternelle et infantile ; décision élargie six mois plus tard à la rencontre de diffusion MdS/PATH sur DMPA-SC.
Approche du passage à l'échelle	Élargir la formation des prestataires aux neuf régions restantes ; intégrer le produit dans les mécanismes ordinaires de distribution, de surveillance de l'offre et de planification logistique ; activités CCC ; formation locale des prestataires.	Élargir l'offre du DMPA-SC à toutes les cases de santé dans tous les districts sanitaires aptes à mobiliser l'appui technique et financier requis à partir de juillet 2015 et à toutes les cases de santé du pays en 2016. Mettre en œuvre les activités de communication/CCC et de suivi.	Élargir l'offre du DMPA-SC à tous les niveaux de structure des 10 régions restantes ; commencer par des orientations sous la conduite de PATH et du MdS dans chaque région puis mettre en œuvre la formation en cascade des prestataires.	Introduire le DMPA-SC dans les structures de santé d'un sous-ensemble des 28 districts d'introduction initiaux seulement, face aux préoccupations de remplacement du DMPA-IM ; passage ultérieur à l'offre nationale du DMPA-SC, à tous les niveaux.
Estimation budgétaire initiale	~1 million USD	~1,2 million USD	~300 000 USD	~USD 1 million pour l'expansion initiale seulement ; ressources supplémentaires requises pour l'échelle nationale
Début effectif de la formation au passage à l'échelle	T2 2016	T3 2015	T2 2016	T2 2016
Bailleurs de fonds	BMGF, CIFF	USAID, UNFPA	MdS/régions/ partenaires mise en œuvre	CIFF, à dét.

Remarque : CCC = communication pour le changement de comportement ; BMGF = Fondation Bill et Melinda Gates ; CIFF = Fondation de fonds d'investissement de l'enfant ; MdS = ministère de la santé ; T = trimestre ; à dét. = à déterminer ; UNFPA = Fonds des Nations Unies pour la population ; USAID = Agence américaine pour le développement international.

« Au Niger, nous travaillons au passage à l'échelle de Sayana Press de différentes manières : les autorités sanitaires envisagent la manière la plus stratégique et la plus efficace d'initialisation de la distribution à base communautaire pour aboutir, en fin de compte certes, à l'auto-administration, mais il ne faut pas mettre la charrue avant les bœufs. Il nous faut d'abord élargir l'envergure géographique à d'autres régions. Nous voulons ensuite proposer Sayana Press dans les centres de santé intégrés. Cette étape est la plus logique, car les prestataires de santé des centres intégrés sont déjà formés à l'encadrement-accompagnement, ils connaissent Sayana Press et ils demandent le produit. »

– Dr. Daouda Sidlo, coordinateur de programmes DMPA-SC au Fonds des Nations Unies pour la population au Niger

mise à jour prévue de tous les outils, registres et formulaires de collecte de données nationaux relatifs à la planification familiale.



CONSEIL D'INTRODUCTION

Évaluer si le DMPA-SC doit être intégré à la liste des médicaments essentiels d'un pays dans le cadre de la planification de l'introduction et du passage à l'échelle.

De plus, d'autres décisions et plans seront requis en soutien de l'offre potentielle de l'auto-administration dans chaque pays. Les données initiales des études de faisabilité au Sénégal et en Ouganda indiquent que les femmes sont capables de procéder, en temps utile et de manière compétente, à la réinjection trois mois après une simple session de formation individuelle. L'approche de la recherche était du reste rigoureuse et conforme aux exigences des comités d'éthique nationaux/mondiaux. Les efforts se poursuivent pour la conception d'une approche de l'intégration évolutive de l'auto-administration dans les programmes de planification familiale.

Plusieurs évaluations et activités de recherche également en cours pourraient encore transformer le contexte (voir la section 10 : Suivi et évaluation). Par exemple, la communauté internationale attend encore réponse à ces questions :

- Quel est l'impact/le rapport coût-efficacité du DMPA-SC (y compris en auto-administration) par rapport au DMPA-IM ? Les résultats de la recherche menée sur ce plan sont attendus en 2017. Les donateurs et les dirigeants des pays ont décidé d'entreprendre le passage à l'échelle avant la disponibilité de ces données.
- Qu'advient-il du DMPA-IM quand DMPA-SC passe à l'échelle ?
- En quoi consiste une approche rentable de la formation et de l'accompagnement continu des femmes, y compris sur le plan de la gestion des effets secondaires et de l'auto-administration ? Comment la pratique peut-elle être suivie pour documenter l'impact ? Comment faut-il éliminer le dispositif utilisé ?

En d'autres termes, l'histoire unique du passage à l'échelle de DMPA-SC, et de la manière de tirer parti de cette innovation pour élargir l'accès à autant de femmes que possible, ne fait que commencer.

Décision factuelle de passer à l'échelle nationale au Sénégal

Début 2016, le Sénégal disposait d'une année complète de données relatives à la mise en œuvre pilote, démontrant l'intégration réussie du DMPA-SC dans l'éventail de méthodes contraceptives et, généralement, dans le programme de planification familiale des quatre régions pilotes du pays. La demande avait augmenté régulièrement durant la première année pilote et 62 000 doses avaient été administrées fin 2015. Moins de deux pour cent des structures avaient été affectées par des ruptures de stocks pendant la période pilote. L'analyse des données de suivi des sites sentinelles de PATH a révélé que 25 pour cent des utilisatrices de le DMPA-SC étaient nouvelles à la planification familiale (plus encore au niveau communautaire) et DMPA-SC était disponible à tous les niveaux du système de santé, parallèlement au le DMPA-IM. Les données de PATH indiquent aussi que le remplacement du DMPA-IM par DMPA-SC, bien que courant durant le premier trimestre (51 pour cent) s'était stabilisé à un niveau raisonnable de 12 pour cent dès le dernier trimestre 2015. Le DMPA-SC n'avait pas « supplanté » le DMPA-IM comme certains l'avaient peut-être craint.

Lors d'une analyse de performance trimestrielle effectuée en mars 2016 sous la conduite, au MdS, de la direction de la Santé de la reproduction et de la Survie de l'enfant, les parties prenantes ont examiné les données et décidé d'entreprendre le passage à l'échelle nationale. Le MdS a demandé aux 10 régions restantes de présenter leurs plans de passage à l'échelle et de commencer à explorer parmi les partenaires donateurs les possibilités de financement de la formation des prestataires du secteur public dans chaque région (voir le calendrier illustratif des activités de passage à l'échelle). PATH a financé une série initiale de sessions d'orientation sur le DMPA-SC au niveau de la région et du district et, en collaboration avec le MdS, recherché les sources possibles de financement des séries ultérieures de formation en cascade des prestataires dans les régions restantes.

Exemple de planning de passage à l'échelle

Activités planifiées Remarque : MdS = Ministère de la Santé.	Calendrier de mise en œuvre											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Préparer les présentations des résultats pilotes à partager avec les parties prenantes.												
Présenter les résultats de phase pilote, mener des discussions et prendre la décision relative au passage à l'échelle lors d'une réunion menée par le MdS.												
Disséminer dans toutes les régions le modèle de plan d'action et de budgétisation du passage à l'échelle.												
Émettre une lettre officielle d'approbation ministérielle au soutien du passage à l'échelle et demander les plans d'action de toutes les régions.												
Compiler la synthèse des besoins de toutes les régions (nombre de prestataires à former, partenaires de financement identifiés, déficits budgétaires et calendrier projeté).												
Finaliser le plan national de passage à l'échelle budgétisé.												
Organiser un atelier de validation du plan national de passage à l'échelle, si nécessaire.												
Poursuivre la recherche de fonds pour combler les insuffisances budgétaires, si nécessaire.												
Lancer une série de sessions d'orientation à DMPA-SC d'une journée avec les équipes médicales de district et régionales de chaque région concernée par le passage à l'échelle.												
Prévoir des rencontres régulières avec le MdS et les partenaires clés pour suivre les progrès de la mise en œuvre relative au plan de passage à l'échelle (continu).												

RECOMMANDATIONS: PASSER DE L'INTRODUCTION À L'ÉCHELLE

PATH/Siri Wood

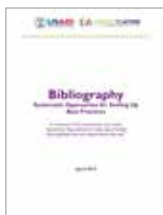


- **Prendre en compte les options et les exigences de l'échelle verticale et horizontale.** Que faut-il assurer pour l'échelle verticale ? Le produit doit-il par exemple être intégré dans les directives ou politiques existantes ? En termes d'échelle horizontale, l'élargissement de l'offre du DMPA-SC au-delà des structures vers le niveau communautaire nécessite-t-il des changements de politique ? L'élargissement géographique permettrait-il d'atteindre de nouveaux groupes présentant un besoin non satisfait (les jeunes, par exemple) ?
- **Collaborer étroitement avec le MdS national et avec d'autres groupes clés pour la planification du passage à l'échelle.** L'engagement des parties prenantes nationales peut être un processus difficile, dont la progression ne s'alignera pas nécessairement sur celle du projet initial ou du calendrier des donateurs. L'investissement dans cet effort dès le début a cependant donné lieu à une transition relativement harmonieuse et organique de l'introduction pilote au passage à l'échelle dans les quatre pays. Mieux encore, l'implication approuvée de nombreux groupes a favorisé, pour le passage à l'échelle, le recours aux ressources de planification familiale existantes.
- **Le passage à l'échelle peut être possible avant la disponibilité de toutes les données.** Dans certains contextes, les parties prenantes peuvent choisir de ne pas attendre la disponibilité de toutes les données et la réponse à toutes les questions avant de prendre leur décision sur le passage à l'échelle. Dans beaucoup de pays pilotes, les décideurs ont résolu indépendamment de passer de l'introduction à l'échelle sur la base des données de suivi, avant même que les résultats d'impact ou les analyses de rapport coût-efficacité ne soient disponibles.
- **Ne pas oublier que le passage à l'échelle ne convient pas nécessairement à toutes les technologies et à tous les contextes.** Les introductions pilotes du DMPA-SC dans les quatre premiers pays se sont très bien déroulées, dans des circonstances globales également favorables. D'autres contextes et expériences peuvent cependant aboutir à des résultats différents.



Page Web Scaling Up Best Practices d'Evidence to Action (E2A).

Accessible sur www.e2aproject.org/what-we-do/scaling-up.html [en anglais]. ExpandNet est une organisation réseau d'appui en faveur d'une méthodologie qui assure une attention systématique au passage à l'échelle dès le stade de la planification de projets pilotes ou après l'essai des interventions. Le réseau dirige une communauté de pratique et a publié de nombreuses ressources.



Bibliography: Systematic Approaches for Scaling Up Best Practices.

Accessible sur www.e2aproject.org/publications-tools/bibliography-systematic-scale-up.html [en anglais]. Cette bibliographie propose une sélection d'articles publiés et d'autres rapports relatifs aux approches systématiques du passage à l'échelle.



Neuf étapes pour élaborer une stratégie de passage à grande échelle.

Accessible sur www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/9789241500319/en/. Ce guide s'adresse aux responsables de programme, aux chercheurs et aux organismes d'assistance technique, dans le but de faciliter la planification systématique du passage à l'échelle de services de santé innovants testés dans le cadre de projets pilotes ou d'autres essais de terrain qui ont fait leurs preuves.



Idea to Impact: A Guide to Introduction and Scale. Accessible sur www.usaid.gov/cii/guide-introduction-and-scale [en anglais]. Ce guide offre une référence pratique aux professionnels mondiaux de la santé dans leur effort d'introduction ou de passage à l'échelle de dispositifs médicaux, diagnostics et autres produits de consommation. Il propose un modèle en quatre phases et recourt aux études de cas pour mettre en évidence les enseignements et les facteurs à considérer. Le guide s'accompagne d'un cahier d'activités et d'un référentiel.



ADRESSE POSTALE
PO Box 900922
Seattle, WA 98109 USA

ADRESSE RUE
2201 Westlake Avenue, Suite 200
Seattle, WA 98121 USA

www.path.org