

Sujet à controverse: ventes et administration des contraceptifs injectables en Ouganda

Par John Stanback, Conrad Otterness, Martha Bekiita, Olivia Nakayiza et Anthony K. Mbonye

John Stanback est directeur adjoint et Conrad Otterness, associé à la recherche, tous deux chez Family Health International, Durham, NC, USA. Au moment de la recherche, Martha Bekiita était conseillère technique en santé génésique et Olivia Nakayiza, responsable de programme, toutes deux chez Save the Children en Ouganda. Anthony K. Mbonye est commissaire à la Planification familiale, ministère de la Santé, à Kampala (Ouganda).

CONTEXTE: Les pharmacies informelles sont la première ligne de soins de santé dans de nombreux pays pauvres. En Ouganda, ces établissements vendent et administrent fréquemment le contraceptif injectable DMPA (acétate de médroxyprogestérone-dépôt), même si la loi leur interdit la vente de médicaments injectables. Il importe de comprendre les pratiques courantes des exploitants de ces pharmacies et leur potentiel d'apport du DMPA aux populations difficiles d'accès.

METHODES: Entre novembre 2007 et janvier 2008, 157 pharmacies informelles ont été identifiées dans trois districts ruraux ougandais. Une enquête a été menée auprès des exploitants des 124 établissements qui vendaient le DMPA. Les données obtenues ont été analysées par méthodes descriptives.

RESULTATS: Seuls 35% des exploitants ont déclaré que l'établissement dans lequel ils travaillaient était une pharmacie agréée. Neuf pour cent ont pour leur part déclaré qu'il s'agissait d'une clinique privée. Tous ont déclaré avoir une certaine qualification en soins infirmiers, obstétriques (sages-femmes) ou autres compétences de santé ou médicales. Quatre-vingt-seize pour cent administraient le DMPA. Les exploitants pratiquaient en moyenne 10 injections (dont trois de DMPA) par semaine. Quarante-trois pour cent de ceux qui administraient le DMPA ont déclaré jeter les seringues usagées dans un réceptacle approprié; durant les 12 mois précédant l'enquête, 24% s'étaient blessés par piqûre d'aiguille et 17% avaient eu au moins un cas d'abcès au site d'injection. Onze pour cent ont dit avoir réutilisé une seringue jetable. Dans l'ensemble, la connaissance de la contraception était faible et les attitudes à l'égard de la planification familiale reflétaient les préjugés traditionnels courants.

CONCLUSION: La fourniture de DMPA est courante dans les pharmacies informelles des milieux ruraux. Elle doit cependant être rendue plus sûre. À défaut d'une réglementation ou de conditions d'homologation plus strictes, les exploitants de ces pharmacies peuvent être formés au titre de prestataires communautaires (légalement autorisés à pratiquer des injections) pour aider à répondre à l'importante demande de planification familiale non satisfaite dans les milieux ruraux.

Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2012, pp. 18–23

Les «drug shops», pharmacies informelles, représentent souvent la première ligne de soins de santé pour les pauvres de nombreux pays en développement. À ne pas confondre avec les pharmacies officielles, ces établissements n'emploient généralement pas de pharmaciens et ne sont légalement autorisés à vendre que des médicaments préemballés en vente libre. Une littérature diverse critique sévèrement la qualité des services fournis,¹⁻³ non sans vanter toutefois leur accessibilité et leurs faibles coûts,³⁻⁵ soulignant en particulier le vide qu'ils combrent dans les milieux ruraux sous-desservis. Observant l'interaction entre les exploitants de drug shop et leurs clients, une étude conclut que ces derniers voient en eux, outre une source commerciale de médicaments, des prestataires de soins de santé qui leur dispensent conseils et guidance.⁶

En Ouganda, les drug shops se distinguent des pharmacies à plus d'un égard. Légalement, ils ne peuvent dispenser que des médicaments en vente libre, doivent être enregistrés auprès de la National Drug Authority (NDA) et leurs propriétaires doivent être des personnes médicalement quali-

fiées, dotées pour le moins d'une formation infirmière ou de sage-femme. Les exploitants non propriétaires doivent être formés, pour le moins, au niveau d'aide-soignant. Pour être homologué, un drug shop doit d'abord être inspecté et jugé apte à l'exploitation; il est ensuite censé être soumis aux contrôles réguliers d'inspecteurs pharmaceutiques de district agissant pour le compte de la NDA.⁷ En 2008, on dénombrait 4.742 drug shops enregistrés en Ouganda, soit plus de 10 fois le nombre de pharmacies.⁸

Dans la pratique, les drug shops ougandais vendent souvent une variété de médicaments délivrés sur ordonnance – y compris des formules injectables – et offrent également soins et traitements,⁹ même si 30% de leurs exploitants ne possèdent, selon une étude, aucune qualification médicale.¹⁰ Les drug shops sont présents dans les milieux urbains mais aussi dans les petits centres commerciaux et les endroits plus ruraux. Beaucoup ne sont pas enregistrés en tant que tels auprès de la NDA et opèrent plutôt dans l'ombre de la légitimité, sous homologation commerciale de simples marchands ou parfois sans li-

cence du tout. Ils sont cependant exploités ouvertement, laissant entendre le laxisme des normes d'inspection et d'application des règlements. Le drug shop type de l'Ouganda rural se compose d'un étalage de produits et d'un comptoir, avec aussi, dans presque tous les cas, une arrière-boutique séparée par un rideau, où les clients peuvent être reçus – et souvent traités – en privé.

La plupart des drug shops vendent licitement les méthodes de planification familiale en vente libre telles que les contraceptifs oraux et le préservatif, généralement sous marques de marketing social. Beaucoup vendent et administrent aussi le contraceptif injectable trimestriel Depo-Provera (acétate de médroxyprogestérone retard, dit AMPR ou DMPA), alors même que la vente et l'administration de médicaments injectables leur sont interdites.⁷ Compte tenu du faible taux de prévalence contraceptive (18%) et du manque endémique d'agents sanitaires en Ouganda, un puissant argument peut être avancé en faveur d'un renforcement de la capacité des exploitants de drug shop à procurer sans risques la contraception injectable, méthode la plus populaire dans le pays.¹¹ Le ministère ougandais de la Santé a d'ores et déjà entériné l'apport de l'injectable par les agents sanitaires de communauté, pourtant généralement bien moins qualifiés que les exploitants types des drug shops. Pour mieux comprendre les pratiques actuelles des exploitants de drug shop et leur potentiel d'apport de l'injectable aux populations difficiles d'accès, nous nous sommes rendus dans les drug shops de trois districts et avons interrogé leurs exploitants.

MÉTHODES

Plan d'étude et échantillon

Entre novembre 2007 et janvier 2008, nous avons eu recours à des informateurs locaux et aux techniques de sondage cumulatif pour essayer de joindre tous les drug shops et petites cliniques privées* de trois districts ruraux au nord de Kampala (Nakasongola, Luwero et Nakaseke) où l'un des partenaires de l'étude, Save the Children-USA, menait ses activités. Les exploitants de drug shop ayant déclaré vendre le DMPA ont été admis à participer à l'étude. Sur les 157 exploitants identifiés dans les trois districts, 124 (79%) répondaient au critère d'inclusion et tous ont accepté de participer. Le plan de l'étude a été approuvé par le comité d'éthique Human Subjects Committee de Family Health International (FHI).

Collecte et analyse des données

Les agents de vulgarisation sanitaire et agents communautaires de santé génésique affiliés à l'organisation Save the Children-USA en Ouganda ont interviewé les exploitants de drug shop au moyen d'un instrument d'enquête de huit pages visant à évaluer les détails des ventes et pratiques d'injection, la connaissance de l'approche de sélection et conseil pour les méthodes hormonales, la connaissance technique de l'injection sans risques et les attitudes à l'égard de la planification familiale. Les entrevues ont généralement eu lieu dans les boutiques entre les vis-

TABLEAU 1. Distribution (%) des exploitants de drug shop qui vendent le contraceptif injectable, par caractéristiques sélectionnées, Ouganda, 2007–2008

Caractéristique	% (N=124)
Sexe	
Masculin	27
Féminin	71
Emplacement	
Ville	27
Rural	69
Sans réponse	3
Type d'établissement	
Drug shop	77
Clinique privée	15
Drug shop/clinique privée combinés	7
Autre	2
Statut officiel	
Sans licence	6
Drug shop agréé	35
Clinique privée agréée	9
Licence commerciale	50
Propriétaire	
Oui	48
Non	52
Qualification du prestataire	
Infirmier/ère	26
Sage-femme	7
Aide-soignant/e	33
Infirmier/ère auxiliaire	4
Autre qualification infirmière/sanitaire/médicale	30
Formation formelle à la planification familiale	
Oui	77
Non	23
Formation aux techniques d'injection sans risques	
Oui	62
Non	38
Formation prévention et contrôle des infections	
Oui	59
Non	41
Total	100

N.B.: Les pourcentages n'atteignent pas nécessairement un total exact de 100% pour cause d'arrondissement ou d'informations manquantes.

ites de clients, dans la langue locale (le luganda), en l'espace de moins de 30 minutes. La saisie des données a été confiée aux employés de Save the Children-USA à Luwero. Leur nettoyage a été effectué en Ouganda ainsi qu'au siège de Family Health International (FHI) en Caroline du Nord (USA), avant l'analyse par le personnel de FHI en Caroline du Nord. Étant donné la nature observationnelle de la recherche et l'absence de test d'hypothèse, toutes les analyses sont descriptives. Nous avons récapitulé les données en fréquences et pourcentages ou, là où elles se justifient, en moyennes et étendues.

*Dans les milieux ruraux soumis à l'étude, la différence est faible entre les établissements s'étant qualifiés de drug shop ou de clinique privée. Leurs exploitants étaient de formation similaire, presque tous les drug shops proposaient des services de soins de santé et presque toutes les cliniques privées vendaient un large éventail de médicaments et de fournitures médicales.

TABLEAU 2. Caractéristiques de prestation contraceptive sélectionnées des exploitants de drug shop qui vendent le contraceptif injectable

Caractéristique	% ou moyenne
DISTRIBUTIONS (%)	
Type de DMPA vendu	
Injectaplan (marketing social)	83
Fioles en vrac	17
Injection du DMPA sur place	
Oui	96
Non	4
Type de seringue vendue/utilisée	
Seringue à usage unique (Soloshot)	89
Seringue jetable ordinaire	10
Sans réponse	1
Total	100
MOYENNE	
Nbre de doses de DMPA vendues par semaine	3.5
Étendue	0–20

N.B.: DMPA=acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR).

RÉSULTATS

Sept répondants sur 10 étaient de sexe féminin. Soixante-neuf pour cent exploitaient leur établissement en milieu rural et 27%, dans de petites villes, villages ou centres commerciaux (tableau 1, page 19). Trois quarts (77%) ont identifié leur établissement sous l'appellation de drug shop, les autres le qualifiant plutôt de clinique privée, de drug-shop/clinique privée combinés ou d'autre type d'établissement; aucun n'était une pharmacie. Moins de la moitié étaient effectivement homologués au titre de drug shops (35%) ou de cliniques privées (9%), la majorité ayant déclaré opérer sous une simple licence commerciale (50%) ou sans licence (6%). Environ la moitié seulement (48%) des répondants ont déclaré être propriétaires de l'établissement où ils travaillaient.

En ce qui concerne leurs qualifications, 33% des exploitants se sont déclarés aides-soignants, 26% infirmières, 7% sages-femmes et 4% infirmières auxiliaires; les 30% restants ont déclaré diverses autres qualifications infirmières ou médicales. La plupart des répondants ont dit avoir reçu une formation formelle en matière de planification familiale (77%), de sécurité des injections (62%) ou de prévention et contrôle des infections (59%). Les répondants ont déclaré une moyenne de cinq années d'expérience de la prestation de services de planification familiale (non indiqué).

Prestations

Les exploitants ont déclaré vendre une moyenne de 3,5 doses de DMPA par semaine (tableau 2); 83% ont dit vendre la marque de marketing social Injactaplan et 17%, des fioles en vrac. La grande majorité des exploitants (96%) administraient l'injectable eux-mêmes dans leur boutique;

89% vendaient ou utilisaient la seringue à usage unique SoloShot incluse dans le conditionnement d'Injectaplan.* Ceux qui n'administraient pas les injections eux-mêmes orientaient généralement leurs clientes vers des prestataires qualifiés du secteur public ou privé (non indiqué). Les prix du DMPA étaient modestes, généralement limités au prix de marketing social étiqueté plus une faible marge (l'équivalent d'environ 0,65 dollar américain).

Administration sans risques du DMPA

Quatre-vingt-quatorze pour cent des exploitants ont déclaré obtenir les antécédents médicaux de leurs clientes avant de leur procurer le DMPA (tableau 3). De ces 94%, 78% s'enquéraient de l'état de grossesse ou de menstruation; 47%, de la condition cardiaque, des antécédents d'ACV ou de thrombose; et 41%, de saignements inhabituels. Quarante pour cent des exploitants ont déclaré tenir un registre de leurs clientes DMPA – 86% d'entre eux ont dit y inscrire la date prévue de la prochaine injection (non indiqué).

Les exploitants de drug shop ont déclaré administrer une moyenne de 10 injections par semaine, dont environ trois de DMPA (tableau 3). De ceux qui administraient l'injectable, moins de la moitié (43%) jetaient les seringues usagées dans un récipient spécial pour objets tranchants immédiatement après l'emploi. Les rapports des intervieweurs corroborent cette déclaration, faisant état de seringues usagées visibles, en vrac, dans 41% des établissements et d'objets tranchants dans des récipients ouverts dans 58% (non indiqué). Seuls 27% ont déclaré avoir accès à des récipients pour objets tranchants gratuits, tels que ceux largement distribués aux cliniques par l'UNICEF et USAID. Indépendamment du type de récipient utilisé pour le rejet initial, presque tous les exploitants ont déclaré se débarrasser définitivement de leurs seringues usagées soit dans les latrines à fosse (51%), soit par incinération (54%). (Les latrines à fosse profonde peuvent convenir pour l'élimination de déchets médicaux de faible volume, mais les drug shops ont révélé un besoin de mode d'élimination plus adéquat, comme par exemple l'incinération à haute température.) Vingt-quatre pour cent des exploitants qui administraient le DMPA s'étaient blessés par piqûre d'aiguille au moins une fois durant les 12 mois précédant l'enquête et 17% avaient eu au moins un cas d'abcès au site d'injection durant cette même période – généralement causé par l'usage d'aiguilles non stériles ou par une mauvaise technique d'injection, bien que pas nécessairement de DMPA. Enfin, 11% ont déclaré avoir réutilisé une seringue jetable pour cause de manque de fournitures.

Connaissance de l'injection sans risques

Presque tous les exploitants qui administraient les injections de DMPA (95%) savaient que les seringues jetables ne peuvent pas être stérilisées et réutilisées sans risques (tableau 4, page 22). À la question des étapes suivies pour l'administration de DMPA, 45% seulement ont déclaré spontanément qu'ils se lavaient les mains et 42% ont dit

*Les seringues à usage unique sont dotées d'un mécanisme qui empêche de les utiliser plusieurs fois.

vérifier la date d'expiration sur le flacon de l'injection. Quarante pour cent ont indiqué suivre la pratique correcte de légère agitation de la fiole ou de renversements multiples avant l'emploi, tandis que 54% avouaient la pratique incorrecte d'une agitation vigoureuse de la fiole. Soixante-dix-neuf pour cent des exploitants savaient qu'il faut retirer l'aiguille et essayer en un autre endroit en cas d'aspiration de sang lors de l'injection. Enfin, quatre cinquièmes des répondants connaissaient au moins une maladie transmissible par injections à risques ou piqûres d'aiguille: la connaissance était toutefois principalement limitée au VIH, moins de 10% citant l'hépatite B ou C.

Connaissance de la contraception

À la question de savoir quelles méthodes contraceptives ils connaissaient (en plus de l'injectable), presque tous les répondants ont mentionné la contraception orale (97%), tandis que de moindres proportions citaient spontanément le préservatif (90%), le stérilet (61%), l'implant (63%), la stérilisation masculine ou féminine (38% et 44%, respectivement), les méthodes de conscience de la fécondité (15%) et l'aménorrhée lactationnelle/allaitement maternel au sein (12%).

Pour évaluer les connaissances spécifiques au DMPA, des questions ouvertes à réponses multiples ont été posées sur les contre-indications de la méthode, ses avantages et inconvénients et ses effets secondaires. Seize pour cent seulement ont pu nommer plus d'une contre-indication; 47% en savaient une et 37% ne pouvaient en citer correctement aucune. Les saignements vaginaux inexplicables et l'hypertension grave sont les contre-indications le plus souvent citées (36% et 30%, respectivement; tableau 5, page 22). Rares sont les répondants qui ont pu citer le moindre avantage non contraceptif du DMPA, mais presque tous en connaissaient au moins un effet secondaire courant (non indiqué): 75% ont notamment cité les maux de tête; 69%, les saignements abondants; 59%, les saignements irréguliers; 44%, le gain de poids et 44%, les saignements vaginaux légers. Seuls 39% ont signalé spontanément l'aménorrhée en tant qu'effet secondaire, même si elle finit par concerner presque toutes les utilisatrices. La plupart des répondants ne connaissaient qu'un ou deux des quatre effets secondaires rares mais graves qui exigent une attention médicale, comme les «saignements très abondants» (87%).

Tous les répondants savaient que le DMPA assure une protection contraceptive fiable pendant trois mois (tableau 5). Concernant le retard de réinjection admis avant que le contraceptif ne perde son efficacité, 21% des répondants seulement ont indiqué deux semaines, le «délai de grâce» alors préconisé en Ouganda;* 46% pensaient que ce délai était inférieur à deux semaines (non indiqué).

Attitudes à l'égard de la planification familiale

Une série de questions a également été posée aux répondants concernant leurs connaissances et attitudes vis-à-vis de la planification familiale. D'une manière générale, les exploitants avaient des vues traditionnelles, telles

TABLEAU 3. Caractéristiques de prestation et sécurité sélectionnées des exploitants de drug shop qui vendent le contraceptif injectable

Caractéristique	% ou moyenne
POURCENTAGES	
Obtention des antécédents médicaux des nouvelles clientes avant la fourniture de DMPA	94
Conditions/antécédents médicaux demandés*, †	
Grossesse/menstruation	78
Affection cardiaque/ACV/thrombose	47
Cancer du sein	15
Saignement inhabituel	41
Hypertension	10
Maladie du foie	19
Élimination des seringues usagées immédiatement après l'injection‡	
Récipient objets tranchants	43
Bol/récipient ouvert	48
Latrine à fosse	7
Autre/sans réponse	2
Accès gratuit à des récipients pour objets tranchants‡	27
Élimination des seringues usagées en fin de journée/quand le récipient est plein‡	
Enterrées	5
Latrine à fosse	51
Brûlées	54
Fosse à ordures	4
Reprises par immuniseurs	1
≥1 blessure par piqûre d'aiguille durant les 12 derniers mois‡	24
≥1 cas d'abcès au site d'injection durant les 12 derniers mois‡	17
Réutilisation de seringue jetable pour cause de manque de fournitures‡	11
MOYENNES	
Nbre d'injections par semaine Étendue	10.4 0–50
Nbre d'injections de DMPA par semaine‡ Étendue	3.2 0–20

*Sur les 117 ayant obtenu les antécédents médicaux des clientes avant la fourniture de DMPA. †Les répondants pouvaient donner plus d'une réponse. ‡Parmi les 119 qui injectent le DMPA. N.B.: DMPA=acétate de médroxyprogesterone retard (AMPR).

que: «Une femme doit avoir la permission de son mari pour utiliser un contraceptif tel que Depo-Provera» (75% d'accord) et «La contraception favorise la promiscuité parmi les adolescents» (51% d'accord). Certaines des questions de type «d'accord/pas d'accord» donnent aussi une mesure de la connaissance technique de la planification familiale. La plupart des répondants (75%) ont correctement nié les énoncés erronés selon lesquels le DMPA causerait une stérilité permanente. En revanche, 44%

*L'Organisation mondiale de la Santé ne recommande actuellement l'évaluation de grossesse chez les utilisatrices de DMPA que lorsqu'elles se présentent à la réinjection avec au moins un mois de retard. (Source: World Health Organization, *Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2008 Update*, 2008, <http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_RHR_08.17_eng.pdf>, site consulté le 22 février 2011).

TABLEAU 4. Pourcentage des exploitants de drug shop qui administrent le contraceptif injectable, par mesures sélectionnées de connaissance des pratiques d'injection sans risques

Mesure	% (N=119)
Nbre de fois qu'une seringue jetable ordinaire peut être stérilisée et réutilisée sans risques	
Jamais	95
Autre réponse quelconque	5
Pratiques d'injection mentionnées*	
Se laver les mains	45
Vérifier la date d'expiration sur le flacon	42
Agiter délicatement le flacon/le retourner 2 à 3 fois	40
Bien agiter le flacon	54
Que faire en cas d'aspiration de sang lors de la piqûre	
Enlever l'aiguille et essayer ailleurs	79
Autre réponse quelconque	15
Ne sait pas	6
Maladies mentionnées comme transmises par pratiques d'injection à risques/blessures par piqûre d'aiguille*	
VIH	82
Hépatite B	6
Hépatite C	4

*Les répondants pouvaient donner plus d'une réponse.

seulement ont correctement exprimé leur désaccord avec l'énoncé selon lequel «Depo-Provera ne peut être administré à une femme que pendant ses règles».

DISCUSSION

L'enquête révèle les caractéristiques d'un groupe de femmes et d'hommes qui vendent et injectent activement le DMPA dans les drug shops de l'Ouganda rural. Bien qu'illégale, cette pratique assure presque certainement un service extrêmement utile quand on sait le contexte de haute mortalité et morbidité maternelle, le mauvais approvisionnement des cliniques et l'importance du besoin non satisfait de planification familiale.

Beaucoup d'exploitants de drug shop sont des infir-

TABLEAU 5. Pourcentage d'exploitants de drug shop, par mesures spécifiques de connaissances spécifiques au DMPA

Connaissance	% (N=124)
Contre-indications du DMPA mentionnées*	
Saignements vaginaux inexplicables	36
Hypertension grave	30
Antécédents de maladie cardiaque	9
Affection hépatique grave	7
Antécédents de cancer du sein	2
Effets secondaires graves requérant une attention médicale*	
Saignements très abondants	87
Forts maux de tête	52
Douleur thoracique	19
Grossesse	16
Durée de la protection contraceptive	
3 mois/12 semaines	100
Autre	0

*Les répondants pouvaient donner plus d'une réponse. N.B.: DMPA=acétate de méthoxyprogestérone retard (AMPR).

mères et sages-femmes parfaitement qualifiées qui devraient selon nous être encouragées à continuer leur apport de services de planification familiale aux femmes pauvres des milieux ruraux. Bien que moins qualifiés, les autres exploitants poursuivront vraisemblablement la vente et l'administration de l'injectable dans les conditions actuelles d'inapplication de la réglementation. Tous les prestataires, indépendamment de leurs qualifications, bénéficieraient d'une formation ou d'un recyclage aux techniques d'injection sans risques et au conseil en matière de planification familiale, ainsi que d'un meilleur accès à des solutions d'élimination des déchets sans risques et, idéalement, d'une surveillance médicale. L'idée n'est pas radicale: en Ouganda comme ailleurs, les agents sanitaires de communauté dotés d'une formation limitée administrent l'injectable légalement et dans des conditions médicalisées.¹²⁻¹⁵ Étant donné la formation et l'expérience supérieures des exploitants de drug shop – presque tous ceux de notre échantillon ont déclaré une certaine formation clinique –, leur formation au titre d'agents de distribution communautaire va de soi et pourrait être assurée sans avoir à considérer le processus fort compliqué du changement de l'environnement réglementaire et de politique ougandais. Bien gérée et moyennant l'instauration d'un certain élément de surveillance permanente, cette formation pourrait aussi avoir l'important avantage de réduire le nombre d'injections à risques et inutiles d'autres médicaments. (Les injections de DMPA sont probablement celles les plus sûres administrées dans les milliers de drug shops ougandais, car la version de marketing social joint une seringue à usage unique à chaque flacon.)

À plus long terme, bien sûr, l'homologation de prestataires formés et l'application plus rigoureuse des licences et des réglementations de sécurité sont désirables et pourraient renforcer le partenariat des drug shops dans l'effort ougandais d'amélioration de la santé publique et l'accès à ses Objectifs du millénaire pour le développement. Pour leur part, les propriétaires des drug shops doivent prendre plus au sérieux la responsabilité de l'homologation de leur établissement et l'emploi d'exploitants qualifiés. Dans cette attente toutefois, notre enquête indique une nécessité immédiate de formation et de supervision, ainsi que d'accès universel à des récipients sûrs pour objets tranchants et au matériel de marketing et d'information mis à la disposition des fournisseurs légaux des injectables de marketing social. Il se peut en fait que le processus ait déjà commencé: après notre recherche, le principal groupe ougandais de marketing social de la planification familiale a formé, dans quatre districts, 150 exploitants de drug shop à la prestation sans risques des contraceptifs injectables. L'intervention de formation demeure cependant limitée et les politiques officielles n'ont pas changé.

RÉFÉRENCES

1. Goodman C et al., Drug shop regulation and malaria treatment in Tanzania—why do shops break the rules, and does it matter? *Health Policy and Planning*, 2007, 22(6):393–403.
2. Tumwikirize WA et al., Management of acute respiratory infections

in drug shops and private pharmacies in Uganda: a study of counter attendants' knowledge and reported behaviour, *East African Medical Journal*, 2004, 81(Suppl.):S33-S40.

3. Brugha R et Zwi A, Improving the quality of private sector delivery of public health services: challenges and strategies, *Health Policy and Planning*, 1998, 13(2):107-120.

4. Mills A et al., What can be done about the private health sector in low-income countries? *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80(4):325-330.

5. Ajayi OO, Contraceptive Knowledge and Compliance with Guidelines for Providing Contraceptive Services by Patent Medicine Vendors in Ibadan North Local Government Area, unpublished dissertation, Ibadan, Nigeria: University of Ibadan, 2009.

6. Brieger WR et al., Interactions between patent medicine vendors and customers in urban and rural Nigeria, *Health Policy and Planning*, 2004, 19(3):177-182.

7. Uganda National Drug Authority, *Licensing Requirements and Guidelines for 2011*, Kampala, Uganda: Uganda National Drug Authority, 2010.

8. Uganda Ministry of Health, *Pharmaceutical Situation Assessment, Level II Health Facilities Survey, Report of a survey conducted July-August 2008*, Dec. 2008, <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16377e/s16377e.pdf>>, site consulté le 1er février 2011.

9. Adome RO, Whyte SR et Hardon A, *Popular Pills: Community Drug Use in Uganda*, Amsterdam: Het Spinhuis, 1996.

10. Uganda Ministry of Health, *National Communication Strategy for*

Promoting Rational Use of Medicines, May 2009, <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16511e/s16511e.pdf>>, site consulté le 1er février 2011.

11. Uganda Bureau of Statistics (UBOS) et Macro International, *Uganda Demographic and Health Survey, 2006*, Calverton, MD, USA: UBOS et Macro International, 2007.

12. Stanback J et al., Community-based health workers can safely and effectively administer injectable contraceptives: conclusions from a technical consultation, *Contraception*, 2010, 81(3):181-184.

13. Malarcher S et al., Provision of DMPA by community-health workers: what the evidence shows, *Contraception*, 2011 (forthcoming).

14. Stanback J, Mbonye A et Bekiita M, Contraceptive injections by community health workers in Uganda: a nonrandomized community trial, *Bulletin of the World Health Organization*, 2007, 85(10):768-773.

15. Government of Uganda, Addendum to Section 3.8.2 of the 2006 National Policy Guidelines and Service Standards for Sexual and Reproduction Health, 2011.

Remerciements

Le financement de la recherche décrite dans cet article a été assuré par l'organisme USAID (U.S. Agency for International Development). Les auteurs tiennent à remercier le personnel des bureaux ougandais de Family Health International et de Save the Children pour leur précieuse assistance.

Coordonnées de l'auteur: jstanback@fhi.org