

# Distribution communautaire de contraceptifs injectables: stratégies d'introduction dans quatre pays d'Afrique subsaharienne

Par Theresa Hoke,  
Aurélie Brunie,  
Kirsten Krueger,  
Crystal Dreisbach,  
Angela Akol,  
Ny Lovaniaina  
Rabenja, Alice  
Olawo et John  
Stanback

*Theresa Hoke est scientifique II; Aurélie Brunie, scientifique I; Kirsten Krueger, haute responsable technique et Crystal Dreisbach était, au moment de la rédaction de cet article, responsable technique, toutes au service de FHI 360. Angela Akol est directrice nationale de FHI 360/Ouganda. Ny Lovaniaina Rabenja était, au moment de la rédaction de cet article, responsable programmatique chez FHI 360/Madagascar. Alice Olawo est associée à la recherche chez FHI 360/Kenya. John Stanback est directeur adjoint, PROGRESS, chez FHI 360.*

L'amélioration de l'accès aux services de planification familiale et l'élargissement du choix de méthodes sont deux stratégies fondamentales éprouvées d'accroissement de la prévalence contraceptive dans les contextes pauvres en ressources.<sup>1-4</sup> Les programmes communautaires de planification familiale sont conçus pour améliorer l'accès, en apportant les services aux communautés lointaines et isolées.<sup>5,6</sup> Les prestataires de ces services sont généralement les agents de santé communautaire, formés en matière de planification familiale mais sans références cliniques formelles. En dehors de l'établissement de santé, les agents de santé communautaire apportent une éducation socio-sanitaire propice à la planification familiale, distribuent des contraceptifs et orientent les clients vers les prestations en clinique. Depuis plusieurs décennies déjà, les programmes de distribution communautaire sont reconnus comme élargissant l'accès aux services de planification familiale dans les communautés sinon sous-desservies d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine.<sup>5</sup>

Malgré les importantes contributions de ces programmes aux prestations de planification familiale dans les contextes pauvres en ressources, leur plein potentiel d'élargissement du choix de méthodes n'a pas été réalisé en Afrique subsaharienne. Notamment, dans la plupart des pays, les politiques nationales autorisent la distribution du préservatif et de la contraception orale, mais pas celle de la contraception injectable, par les agents de santé communautaire. Cette contrainte limite sérieusement la sensibilité des programmes aux besoins et aux préférences des clientes, particulièrement en Afrique subsaharienne, où les injectables représentent aujourd'hui la méthode moderne la plus populaire.<sup>7</sup> Certains responsables de la santé hésitent à approuver la distribution communautaire des injectables en raison des doutes qui subsistent quant à la capacité de travailleurs non professionnels à respecter les normes de sécurité et de qualité lors de l'évaluation d'admissibilité médicale des clientes, de l'administration des injections, de l'élimination des aiguilles usagées ou du renouvellement approprié des injections. Une certaine inquiétude a aussi été exprimée quant au risque de voir les agents de santé communautaire se supplanter aux cliniciens et fournir d'autres services au-delà de leurs qualifications.

Les développements de la politique mondiale donnent cependant une nouvelle perspective utile sur le caractère approprié de la distribution communautaire des injectables. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et USAID (l'Agence américaine pour le développement inter-

national) ont organisé une consultation technique en juin 2009 afin d'examiner l'expérience programmatique et les résultats scientifiques mondiaux de la distribution communautaire. Les membres conviés ont examiné les écrits scientifiques pertinents, les documents de programme et les résultats d'entretiens d'information relatifs à l'expérience programmatique de neuf pays.<sup>8</sup>

Ainsi guidée par les faits, la consultation a conclu que, dotés d'une formation appropriée basée sur les compétences, les agents de santé communautaire peuvent sélectionner efficacement les clientes, leur administrer les injections de DMPA (ou AMPR, acétate de médroxyprogestérone retard) sans risques et les conseiller adéquatement sur les effets secondaires, avec une compétence équivalente à celle des prestataires chargés de l'administration en établissement d'injectables progestatifs.<sup>9</sup>

Cette déclaration a reçu l'aval d'associations internationales représentant les infirmières, les accoucheuses et les obstétriciens-gynécologues, ainsi que de la Fédération internationale pour le planning familial, de l'organisation Marie Stopes International, du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et de la Banque mondiale.

Face à ce soutien et à cet intérêt mondial grandissant, les décideurs ont aujourd'hui besoin d'une guidance pratique à l'introduction de la distribution communautaire de l'injectable. Cet article documente les observations directes obtenues lors du lancement d'initiatives de distribution communautaire en Ouganda, à Madagascar, au Nigéria et au Kenya. USAID a soutenu ces quatre programmes par l'octroi de subventions à l'organisation non gouvernementale (ONG) FHI 360, spécialisée dans le domaine de la santé et du développement mondiaux.

## INITIATIVES DE PAYS

### Ouganda

D'après les résultats de l'enquête nationale 2006 d'Ouganda, 18% des femmes mariées pratiquaient alors la contraception moderne. Quarante et un pour cent présentaient en outre un besoin non satisfait de contraception: bien que sexuellement actives et ne désirant pas une grossesse, elles ne pratiquaient aucune méthode contraceptive. La faible pratique contraceptive peut être due, en partie, à l'accès limité aux établissements et aux services de santé. L'injectable DMPA est la méthode la plus populaire en Ouganda, pratiquée par 10% des femmes mariées. Elle est aussi identifiée comme la méthode préférée de 40% des utilisatrices et de 55% des femmes qui ne pratiquent aucune méthode mais qui ont l'intention d'en adopter une dans le futur.<sup>10</sup>

Sur cette toile de fond, le ministère de la Santé, Save the Children et FHI 360 ont mené une étude pilote<sup>11</sup> en 2004–2005, afin d'évaluer la sûreté, la qualité et la faisabilité de l'ajout du DMPA au programme de planification familiale en distribution communautaire existant, axé sur le cadre des agents de santé communautaire soutenus par les ONG dans le district de Nakasongola. Cette recherche, menée auprès de 777 femmes, a confirmé que les agents de santé communautaire bien formés et qui ont l'expérience de la distribution du préservatif et de la pilule peuvent administrer sans risques les contraceptifs injectables. L'étude indique par ailleurs que les femmes étaient tout aussi satisfaites de la qualité des soins reçus, qu'elles aient obtenu l'injectable d'un agent de santé communautaire ou d'un clinicien en établissement. Ces résultats ont inspiré la décision prise en 2006 par le ministère de la Santé de poursuivre la distribution communautaire de l'injectable à Nakasongola et d'étendre la pratique à d'autres districts.

En 2006, sous dérogation à la politique nationale alors en vigueur qui limitait la prestation des injectables aux cliniciens, FHI 360 a poursuivi son partenariat avec Save the Children pour la mise en œuvre d'un programme de distribution communautaire à Nakaseke et à Luwero, deux districts voisins de Nakasongola. En 2007, les services ont été étendus davantage encore, à deux programmes communautaires du secteur public des districts de Busia et de Bugiri. Durant les 12 premiers mois de cette expansion, 1.364 femmes ont accepté l'injectable des mains de 44 agents de santé communautaire formés; 30% de ces femmes utilisaient la méthode pour la première fois.<sup>12</sup> Les ONG des districts de Kanungu et de Mubende ont ajouté la distribution communautaire à leur programmation au même moment, mais FHI 360 n'en a pas obtenu les données d'adoption.

Tout au long de ces différentes phases, FHI 360 a assuré avec ses partenaires ougandais le plaidoyer de la distribution communautaire des injectables. Un comité consultatif national a été formé en 2006 et une documentation promotionnelle factuelle a été développée et distribuée à tous les districts du pays en 2007. Le projet a également identifié et mobilisé ses «champions» influents locaux. Il s'agissait généralement de politiciens défenseurs de la cause, menant les efforts de sensibilisation et d'influence de la décision, au niveau du district, parmi les dirigeants politiques et de la société civile locaux. L'évidence programmatique collective dérivée des diverses expériences de terrain menées dans le pays ont amené le ministère de la Santé à amender en 2010 les directives de politique nationale et normes de prestations concernant la santé et les droits sexuels et génésiques en Ouganda, approuvant ainsi l'offre et l'administration de l'injectable par les agents de santé communautaire. L'expansion à l'échelle nationale des programmes de distribution entamés se poursuit dans le cadre de la programmation globale de la planification familiale dans les communautés, tandis que le ministère de la Santé travaille à l'élaboration d'un plan national.

## **Madagascar**

Alors que le ministère de la Santé et de la Planification familiale envisageait en 2006 la mise à jour de ses normes et procédures nationales concernant la santé génésique, ses partenaires internationaux lui ont présenté la documentation d'expériences fructueuses de la distribution communautaire de l'injectable en Ouganda, en Amérique latine, en Asie et ailleurs.<sup>7</sup> Le ministère a décidé d'inclure dans ses directives nationales révisées une disposition autorisant les agents de santé communautaire formés à offrir le DMPA. Les autorités ministérielles reconnaissaient le potentiel, à travers cette innovation, de contribuer à la réduction du besoin non satisfait de contraception, alors estimé à 24% parmi les femmes mariées tandis que la prévalence contraceptive était de 18%.<sup>13</sup> Avant d'autoriser la mise en œuvre à grande échelle, les autorités voulaient toutefois que soit démontrée l'adaptation probante de la distribution communautaire de l'injectable au contexte malgache. Aussi le ministère a-t-il, en collaboration avec FHI 360 et trois ONG, assuré la mise en œuvre de prestations dans 13 communautés couvrant quatre districts dans lesquels les agents de santé communautaire offraient déjà des services de planification familiale avec l'aide du projet Santé-Net sous financement d'USAID. Après formation à l'effet, 61 agents ont commencé à proposer l'injectable, la pilule et le préservatif, et à orienter les clientes vers le centre de santé le plus proche pour les autres méthodes. Une évaluation ultérieure a révélé que 1.662 clientes avaient accepté le DMPA proposé par un agent de santé communautaire durant les sept premiers mois de prestation. Quarante et un pour cent d'entre elles adoptaient ainsi la planification familiale pour la première fois ou reprenaient leur pratique contraceptive. Tous les agents faisaient du reste preuve d'une connaissance adéquate des normes de performance établies lors de la formation. Les clientes ont fait état de services de haute qualité. Presque toutes avaient l'intention de continuer à obtenir le DMPA d'un agent de santé communautaire et la plupart ont affirmé qu'elles recommanderaient le service à une amie.<sup>14</sup> À la lumière de ces résultats favorables, le ministère a décidé, en collaboration avec les ONG, d'élargir le programme pilote. En avril 2010, quelque 428 agents de santé communautaire proposaient, avec l'aide des ONG partenaires, le DMPA dans 27 des 111 districts de Madagascar.

## **Nigéria**

Le ministère fédéral nigérian de la Santé a commencé à examiner les données relatives à la distribution communautaire de l'injectable en 2007. Les autorités nationales cherchaient à accroître la prévalence contraceptive, qui était alors légèrement inférieure à 10% parmi les femmes mariées.<sup>15</sup> En 2008, avec l'aide de FHI 360, une délégation des autorités sanitaires s'est rendue en Ouganda pour y observer directement le programme de distribution communautaire. Le rapport de ce voyage d'étude a été distribué au groupe de travail national nigérian sur la santé génésique, qui a alors donné son appui à la formation d'un groupe

national de travail technique chargé de guider la conception et la mise en œuvre d'un projet similaire au Nigéria.

Les agents de vulgarisation sanitaire de communauté ont assuré la mise en œuvre de l'initiative nigériane. Il s'agit là du cadre inférieur de professionnels médicaux formés, dotés d'au moins deux années de formation aux prestations de santé curatives et préventives de base. Les responsables du ministère de la Santé désiraient tester la faisabilité de l'offre de l'injectable par les agents de vulgarisation. Ils ont choisi deux zones administratives locales comme sites pilotes dans l'état de Gombe, dans le nord du pays, où la prévalence contraceptive parmi les femmes mariées était de 4,5%.<sup>15</sup> Le partenaire local du projet, l'Association of Reproductive and Family Health, y a formé 30 agents de vulgarisation sanitaire de communauté. Selon les statistiques de prestation, ces agents ont administré l'injectable à 1.379 femmes rurales durant la période d'août à novembre 2009.

Satisfait des résultats du programme pilote, le ministère fédéral nigérien de la Santé a adopté les mesures nécessaires à l'élargissement du service à l'échelle nationale. En juillet 2012, le conseil national sur la santé approuvait une recommandation du ministère fédéral autorisant les agents de santé communautaire à offrir la contraception injectable et encourageant les ministères correspondants des états à étendre cette pratique. Avec l'appui de partenaires internationaux, le ministère fédéral de la Santé a aujourd'hui entrepris la révision des directives nationales sur la planification familiale et la santé reproductive et la finalisation du manuel de formation des agents de santé communautaire à la planification familiale. Le ministère apportera au reste son assistance technique aux états disposés à adopter la distribution communautaire de l'injectable.

### Kenya

En 2006, FHI 360 lançait une campagne de sensibilisation en vue d'éveiller l'intérêt du ministère de la Santé concernant la distribution communautaire de l'injectable. Les efforts promotionnels ont tout d'abord ciblé la division nationale de la santé reproductive, pour se concentrer ensuite sur les associations médicales professionnelles et les responsables de la santé au niveau régional et du district. Les conseillers de FHI 360 ont présenté les données de programmes de distribution communautaire de l'injectable couronnés de succès dans d'autres pays d'Afrique, soulignant la conformité de ces initiatives avec la stratégie kenyane de promotion des prestations de santé au niveau de la communauté. Trente deux pour cent des Kenyanes mariées pratiquaient alors la contraception moderne et 25% présentaient un besoin non satisfait de contraception.<sup>16</sup> En 2007, une délégation de 10 personnes, formée de gestionnaires du ministère de la Santé, de représentants d'associations médicales professionnelles et de partenaires internationaux d'ONG, a participé à un voyage d'étude du programme ougandais afin de mieux comprendre sa mise en œuvre. Inspirés par l'expérience positive de la délégation, les responsables nationaux du ministère ont accepté

de mener un projet pilote dans un district du Kenya. Un comité consultatif spécial a été formé, avec un sous-ensemble de membres du groupe de travail national sur la planification familiale, afin de guider la conception et la mise en œuvre du projet.

Pour identifier un emplacement approprié pour le lancement du service, la division de la santé reproductive s'est associée à FHI 360, en 2007, en vue de la réalisation d'évaluations rapides dans six districts dotés de programmes de planification familiale au niveau de la communauté. Le comité consultatif a arrêté son choix sur le district de Tharaka, où les agents de santé communautaire assuraient déjà la distribution de contraceptifs oraux et du préservatif. La formation de 31 agents et le lancement des prestations ont eu lieu en 2009, avec l'assistance technique de FHI 360 et du projet APHIA II sous financement d'USAID. Entre août 2009 et septembre 2010, les agents ont ainsi administré l'injectable à un total de 832 clientes.<sup>17</sup> Le pourcentage de femmes pratiquant une méthode moderne a de plus triplé dans la zone ciblée après que les agents sanitaires ont commencé à offrir l'injectable.<sup>17</sup> Forts de ces résultats, la division de la santé reproductive, celle des services de santé communautaire et les autres intéressés, y compris FHI 360, poursuivent le plaidoyer en faveur du changement des directives nationales qui régissent la planification familiale, pour qu'y soit autorisée, avec la pilule et le préservatif, la distribution de l'injectable par les agents de santé communautaire.

### LEÇONS

#### Plaidoyer pour l'appui de la politique, du programme et de la communauté

L'expérience dans ces quatre pays révèle l'importance de l'établissement de relations et du partage d'information avec les autorités responsables des décisions concernant la politique de santé et l'allocation des ressources. Les conseillers techniques de FHI 360 ont continuellement partagé leurs données et leur information pratique avec les responsables de la planification familiale, invitant aussi leurs contributions pour favoriser la dynamique et obtenir leur appui. Ils ont rencontré les gestionnaires des programmes nationaux et les autorités de réglementation, les ONG, les associations médicales professionnelles, les donateurs et les partenaires internationaux engagés dans les secteurs de la santé et de la planification familiale. Bien que les activités spécifiques de plaidoyer et leur calendrier varient d'un pays à l'autre, l'approche commune a consisté à évaluer les priorités et les besoins d'information des décideurs, et d'y répondre par présentation d'une expérience programmatique documentée et des données factuelles issues de la recherche. Autre mécanisme de partage d'information particulièrement utile, les voyages d'étude ont permis aux gestionnaires des programmes de planification familiale d'observer l'approche adoptée en Ouganda et d'en envisager la transférabilité et l'innovation dans leurs propres contextes. Il est intéressant de noter que l'absence de politiques nationales favorables n'a pas nécessairement

empêché l'introduction de la prestation. Madagascar était le seul pays qui disposait initialement d'une politique nationale autorisant l'offre de la contraception injectable par des agents de santé sans formation médicale. En Ouganda, au Kenya et au Nigéria, les autorités gouvernementales ont procédé par dérogation spéciale à la réglementation en vigueur pour permettre la réalisation des pilotes.

La dynamique a pris de l'ampleur dans les quatre pays une fois formés les comités directeurs officiels appelés à guider la planification et la mise en œuvre des programmes de distribution communautaire. Outre les représentants des programmes de planification familiale, les comités ont accueilli parmi leurs membres d'autres responsables sur la scène de la santé, de la population, du bien-être social et du développement économique. De plus, l'éveil de l'intérêt des dirigeants locaux et leur participation au processus a joué un rôle favorable à l'acceptation de l'innovation dans les communautés où elle a été introduite. Les gestionnaires du programme national de planification familiale ont rencontré localement les responsables de district et des centres de santé ainsi que les leaders des communautés pour leur présenter l'initiative et en discuter.

### **Choix de site**

Les responsables de la santé au niveau national ont utilisé les données d'évaluations rapides pour déterminer les endroits où le service serait le plus utile et identifier les ressources existantes dont l'initiative pourrait profiter. L'information collectée l'a été sur l'accès aux établissements de santé, la dotation en personnel de ces établissements, l'estimation du besoin non satisfait de planification familiale, la demande d'injectables et la solidité des programmes d'agents de santé communautaire existants. Les gestionnaires ont ensuite choisi les programmes de distribution communautaire spécifiques auxquels l'injectable serait ajouté. Les programmes d'Ouganda et de Madagascar ont incorporé la distribution communautaire de l'injectable principalement dans les programmes soutenus par des ONG où des agents sans formation médicale assuraient déjà l'offre d'autres services de planification familiale. Tous les programmes ont choisi des sites ruraux présentant un important besoin de contraception non satisfait et un accès faible aux établissements de santé. Les gestionnaires des programmes ont ensuite choisi les membres individuels des communautés appelés à offrir l'injectable. Ils ont sélectionné ces responsables en fonction de critères de dynamisme, intelligence, alphabétisme, prestige au sein de la communauté et acquittement de responsabilités antérieures. Tous les agents sélectionnés avaient déjà l'expérience de la distribution de préservatifs et de contraceptifs oraux.

### **Ressources**

Dans les quatre pays, la distribution communautaire de l'injectable a été ajoutée à un programme de planification familiale communautaire existant, disposant donc déjà de systèmes de gestion des produits, de supervision, d'orientation et de rapport. Les pays ont cherché à obtenir

des fonds supplémentaires aux fins de la formation, des déplacements nécessaires à une meilleure supervision et de l'approvisionnement en fournitures médicales et autres telles que seringues, coton, récipients appropriés pour l'élimination sans risques des déchets médicaux, sacs à dos, bottes de caoutchouc et parapluies. Moyennant subvention d'USAID, FHI 360 a fourni aux quatre pays l'assistance financière et technique nécessaires aux activités de démarrage, notamment la conception et la mise en œuvre de la formation, la coordination du programme, l'élaboration des auxiliaires de travail (aide-mémoire plastifiés, etc.) et des outils de suivi et plaidoyer. Des ressources ont aussi été obtenues d'autres projets financés par USAID, tels que SantéNet à Madagascar et APHIAPlus Eastern au Kenya. Les gouvernements nationaux des quatre pays ont assumé le coût des produits contraceptifs. Enfin, les services de santé du secteur public et les ONG ont apporté d'autres ressources, telles que le temps-personnel de formation et supervision des agents de santé communautaire.

Les quatre initiatives de distribution ont suivi les procédures existantes de compensation des agents de santé communautaire concernant l'offre de l'injectable. En Ouganda, à Madagascar et au Kenya, les agents étaient bénévoles. Seul le programme du Nigéria a engagé un cadre d'agents sanitaires salariés plus qualifiés, bien qu'aucune rémunération monétaire supplémentaire ne leur ait été offerte en compensation de leur nouvelle responsabilité. À Madagascar, les agents de santé communautaire ont été autorisés à faire payer une faible somme pour leur service, équivalant à sept centimes américains, conformément à la politique de distribution d'autres contraceptifs. Dans les quatre pays, les agents de santé ont reçu différentes combinaisons de compensation en nature sous forme de cadeaux et d'équipement du programme, tels que casquettes, t-shirts et calculatrices. Outre leur utilité, ces articles offerts en prime semblent avoir joué un rôle d'incitation. Certains agents ont en effet déclaré se sentir motivés par la reconnaissance reçue de la part des membres de leur communauté et des autorités gouvernementales.

### **Formation**

Les quatre initiatives ont donné aux agents de santé communautaire la connaissance, les compétences et la confiance nécessaires à l'offre de l'injectable, parmi les autres services de planification familiale proposés. Le matériel de formation avait été mis au point en 2004 en Ouganda, où FHI 360 avait préparé, en collaboration avec Save the Children et avec une infirmière formatrice du ministère de la Santé, un programme avec livret illustré à l'intention des agents faiblement alphabétisés. Les principaux sujets abordés sont le conseil, la technique d'injection sans risques, la prévention de l'infection, le calendrier de réinjection, la tenue des registres et la gestion des produits. L'instruction s'est aussi concentrée sur l'usage d'un outil d'évaluation des clientes pouvant être admises à recevoir l'injectable, conformément aux critères de recevabilité médicale de l'OMS. Le matériel ougandais a été adapté en

vue de son usage dans les programmes des trois autres pays et au-delà.

Les gestionnaires des programmes de planification familiale ont organisé les équipes de formation composées d'une combinaison de formateurs nationaux, de district et des ONG. Le but était de minimiser le recours à l'assistance technique de formation externe, au profit de la durabilité du programme et de sa capacité d'expansion. Dans le programme pilote initial de Madagascar, par exemple, deux gestionnaires nationaux, tous deux médecins, ont assuré la formation, avec l'assistance technique de FHI 360. Lors de l'expansion des services, les programmes ont appliqué le modèle de formation du formateur, à commencer par celle des formateurs du ministère de la Santé au niveau du district puis des agents de santé communautaire.

La formation théorique des agents a été suivie d'un stage clinique, d'une durée de une à quatre semaines, dans les établissements de santé locaux. Ces stages ont permis aux agents d'appliquer les compétences apprises lors de la formation théorique, tout en assurant aussi le respect des normes de compétence avant leur certification à l'administration indépendante des injections. Les programmes ont introduit les aide-mémoire et listes de vérification pour aider les formateurs dans l'observation et l'évaluation de la compétence des agents pendant le stage clinique. Ces listes ont ensuite servi de guide pour les contrôles de routine. Les formateurs ont pris des dispositions spéciales pour assurer aux agents de santé communautaire une occasion suffisante de pratiquer l'administration d'injections sous surveillance clinique. Par exemple, le programme malgache a fait diffuser des annonces à la radio dans le but d'attirer un plus grand nombre de clientes de la planification familiale dans les cliniques pendant la période de stage. Dans les cas où les occasions de pratique surveillée avaient été insuffisantes dans le contexte de la formation en groupe, l'équipe de formation a pris les dispositions nécessaires pour assurer la pratique des agents sous surveillance directe des infirmières d'établissement de santé jusqu'à réalisation de six injections observées selon la technique correcte. Malgré les inquiétudes exprimées quant à leur capacité d'apprentissage de la technique d'injection, les agents de santé communautaire l'ont généralement maîtrisée sans difficulté. En fait, l'administration des injections n'a pas paru plus compliquée que l'apport de conseils aux clientes ou la tenue des registres.

### **Assurance de qualité**

Les quatre initiatives ont identifié des priorités de qualité et de sûreté similaires, en conformité avec les normes internationalement reconnues pour l'administration des injectables, soit l'assurance du choix libre de la méthode contraceptive, l'observation des critères de recevabilité médicale, la technique d'injection sans risques avec seringues autobloquantes, l'élimination sans risques des déchets médicaux, le conseil sur les effets secondaires possibles, l'orientation appropriée concernant la gestion des effets secondaires graves et la protection de la confidentialité

de la cliente. Les responsables de la santé ont défini les attentes de performance dans les directives de prestation introduites lors de la formation.

La supervision est le mécanisme principal de suivi de la qualité des services et de renfort des normes de performance. Les cliniciens du secteur public et le personnel des ONG ont assumé diverses responsabilités de supervision. Les mécanismes mis en œuvre pour le suivi et l'accompagnement d'autres prestations de services de planification familiale communautaire l'ont également été pour ceux des services ayant trait aux injectables. Dans certains cas, des infirmières ont assumé la supervision des agents de santé communautaire lors de leurs visites mensuelles dans les établissements de santé pour la soumission de leurs rapports et leur réapprovisionnement. Il s'agissait là d'une bonne occasion pour l'accompagnant clinique d'évaluer les connaissances et de répondre aux questions des agents. Dans certains cas, les agents de santé communautaire assuraient aussi leurs services de planification familiale dans un établissement de santé, donnant au superviseur l'occasion de contrôler leur performance effective. Les accompagnants des ONG étaient plus aptes à suivre les agents dans leurs communautés propres. L'attente originale qui voulait que les cliniciens du secteur public basés en établissement supervisent les agents au sein de leur communauté s'est avérée largement irréaliste. Les superviseurs des ONG vivaient pour leur part généralement dans ces communautés et n'étaient pas affectés aux nombreuses autres responsabilités incombant à ceux des établissements de santé. Cela n'empêche, même les superviseurs des ONG se sont trouvés confrontés à des contraintes de temps et de déplacement ayant limité leur capacité de rester en contact régulier avec les agents de distribution communautaire. Pour combler le vide ainsi occasionné en Ouganda, certains agents de santé communautaire ont été désignés en tant que leaders appelés à apporter une guidance ad hoc à leurs pairs. Au Kenya, les infirmières engagées comme agents de vulgarisation sanitaire de communauté ont assumé la supervision des agents de santé communautaire, conformément à la stratégie du ministère de la Santé concernant les prestations communautaires.

### **Gestion des produits**

Les quatre pays ont tiré parti des procédures de gestion des produits déjà mises en place pour les services de planification familiale et de santé. Les agents de santé communautaire ont reçu leurs approvisionnements en contraceptifs des établissements de santé locaux, qui les obtenaient pour leur part des dépôts de district approvisionnés par les entrepôts nationaux. L'entretien d'approvisionnements réguliers s'est avéré difficile dans tous les contextes. Rarement suscités au niveau des agents de santé communautaire, les problèmes se sont principalement posés lorsque les établissements de santé ne disposaient pas des réserves nécessaires. Le manque de stocks des établissements était généralement le résultat de mauvaises prévisions, de commandes tardives ou de pénuries nationales.

Les superviseurs ont soutenu les agents de santé communautaire dans l'acquittement de leurs responsabilités de gestion des produits. Ils ont facilité la collaboration entre les agents déployés par les ONG et les établissements de santé locaux, afin d'assurer la réponse aux besoins d'approvisionnement des agents. Les superviseurs ont procédé par accompagnement sur le terrain pour renforcer l'aptitude des agents de santé communautaire à tenir des registres de stocks précis. Dans un pays au moins, l'ONG d'appui a veillé à ce que les agents disposent constamment de fournitures en leur procurant les produits non disponibles au centre de santé. Dans certains cas, lorsque les routes étaient inondées et impraticables par exemple, les agents de santé communautaire ont éprouvé des difficultés à atteindre les établissements de santé pour obtenir leurs fournitures. Une solution adoptée par le programme pilote de Madagascar a consisté à délivrer de plus grandes réserves aux agents avant la saison des pluies. Enfin, dans trois des programmes, FHI 360 a, en collaboration avec les gestionnaires de la santé au niveau du district et national, facilité l'accélération des approvisionnements et encouragé les responsables de district à soumettre leurs commandes en temps utile pour faire face à la demande croissante de l'injectable. Un programme a bénéficié d'une assistance technique à court terme financée par USAID pour renforcer les compétences et procédures de gestion logistique.

#### **Documentation des processus et des résultats**

Les programmes de distribution communautaire de l'injectable présentés dans cet article étaient considérés comme introductifs et les gestionnaires des programmes nationaux de planification familiale désiraient en connaître les données de faisabilité, d'acceptabilité et d'impact. Les initiatives des quatre pays ont adopté des approches de suivi et d'évaluation distinctes pour répondre aux besoins d'informations spécifiques exprimés. En Ouganda et à Madagascar, les programmes ont d'abord été lancés en tant qu'études de recherche. Au niveau de la phase initiale du programme ougandais, le succès de l'intervention a été mesuré en fonction des taux de réinjection au bout de trois mois, de la satisfaction de l'utilisatrice, de la connaissance par la cliente des caractéristiques essentielles de l'injectable et des comparaisons d'incidence de morbidité entre les injections administrées par les agents de santé communautaire et en clinique.<sup>11</sup> À Madagascar, l'équipe d'évaluation a examiné l'adoption du service, les taux de réinjection à trois mois, la satisfaction de l'utilisatrice et la connaissance et la satisfaction d'emploi des agents de santé communautaire.<sup>14</sup>

Dans les quatre pays, les gestionnaires des programmes ont adopté les procédures de rapport de suivi ordinaire des services des agents de santé communautaire par examen des registres de clientes, des journaux de stocks, des rapports d'activité mensuelle et des dossiers de cliente individuels. Les gestionnaires ont examiné l'impact du programme en fonction du nombre de personnes ayant accepté les services, du pourcentage de celles également

nouvelles utilisatrices de la planification familiale et des taux de réinjection. Parmi les autres indicateurs de suivi utiles, on notera la proportion d'agents de santé communautaire formés ayant continué à offrir l'injectable en plus de la pilule et du préservatif. Les données relatives aux services assurés par les agents de santé communautaire ont finalement été incorporées dans les statistiques de services du centre de santé d'attache et saisies régulièrement dans les systèmes nationaux de gestion de l'information sanitaire.

En dépit des efforts de simplicité des exigences de rapport, la plupart des agents de santé communautaire impliqués dans les quatre initiatives pilotes ont éprouvé des difficultés à s'acquitter de leurs responsabilités mensuelles. Dans deux pays, notamment, ils ont collecté l'information dans leurs propres carnets, estimant trop compliqués les formulaires sinon prévus. Beaucoup ont trouvé difficile de remplir la série de formulaires apparemment redondants. Étant donné la faible modification des procédures lors de l'ajout de la distribution de l'injectable, il est probable que les difficultés déjà présentes soient simplement apparues plus clairement sous examen détaillé des performances des agents.

#### **Conclusions pour les programmes à venir**

Les quatre initiatives examinées révèlent la manière dont le processus d'introduction de la distribution communautaire de l'injectable a été adapté au contexte de différents pays. Cette adaptation jette les bases de l'expansion et de la reproduction du programme en d'autres endroits. Les différences observées dans les quatre contextes témoignent de la souplesse et de la pertinence générale de ce type de programme de distribution en Afrique subsaharienne. Certaines conditions préalables communes avaient cependant été remplies dans chacun des quatre pays: l'offre de l'injectable a été ajoutée aux programmes communautaires existants de planification familiale et la formation a été limitée à un sous-ensemble d'agents de santé communautaire répondant à des critères précis. Plusieurs difficultés communes ont émergé de l'expérience, notamment la disponibilité limitée des cliniciens aux fins de la supervision des agents de santé communautaire, les problèmes d'assurance du réapprovisionnement en temps utile et les difficultés de rapport. L'expérience tirée des quatre programmes documente les solutions créatives imaginées pour résoudre ces difficultés, souvent inhérentes aux systèmes de santé dénués de ressources.

Si les programmes présentés ont été organisés à échelle relativement réduite, chacun était conçu en vue de produire des données factuelles pertinentes à la décision de l'incorporation de la distribution communautaire de l'injectable dans la programmation ordinaire de la planification familiale. Dans la perspective de leur expansion à long terme, les interventions ont été gardées aussi simples et peu onéreuses que possible et les services ont été mis en œuvre dans le cadre de l'infrastructure existante. Pour renforcer la capacité de maintien et d'expansion de ces ser-

vices, les stratégies d'introduction ont maximisé le recours aux partenaires locaux existants, tels que les formateurs du secteur public et les ONG locales. Pour l'avenir, l'examen des processus d'expansion et de leurs résultats apporterait une contribution utile à la base factuelle.

Une mise en garde s'impose cependant concernant ces expériences programmatiques. Dans les quatre pays, les initiatives ont été lancées avec une assistance technique extérieure et avec l'appui de ressources de donateurs. Le soutien des ONG, essentiel au succès des programmes de Madagascar et d'Ouganda, était aussi partiellement tributaire d'un financement extérieur. Cela dit, dans chaque cas, le ministère de la santé et les autres partenaires nationaux ont assumé une responsabilité grandissante du programme. Les pays pourraient vraisemblablement lancer des initiatives de distribution communautaire de l'injectable avec une bien moindre assistance technique extérieure, en tirant notamment parti des expériences d'autres pays et des ressources existantes telles que programmes de formation, outils de suivi et stratégies de plaidoyer.

La distribution communautaire de l'injectable est une innovation qui mérite d'être considérée par les décideurs en quête de mesures aptes à renforcer les prestations de la planification familiale. Cela tout particulièrement en Afrique subsaharienne, où l'injectable domine l'éventail des méthodes et où la majorité des femmes présentant un besoin de contraception n'ont guère accès aux services cliniques.<sup>7,18</sup> Les décideurs des régions sous-desservies en manque de services de distribution communautaire, ou dans lesquelles ces services sont faibles, pourraient envisager un investissement ou réinvestissement dans les initiatives d'approche communautaire qui incluent l'injectable dans l'éventail de méthodes, afin d'améliorer l'accès aux services de planification familiale et d'élargir le choix des clientes.

## RÉFÉRENCES

1. Simmons R et al., The strategic approach to contraceptive introduction, *Studies in Family Planning*, 1997, 28(2):79-94.
2. Ross JH et al., Contraceptive method choice in developing countries, *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28(1):32-40.
3. Jacobstein RL et al., Fragile, threatened, and still urgently needed: family planning programs in Sub-Saharan Africa, *Studies in Family Planning*, 2009, 40(2):147-154.
4. Shelton JD et Davis SS, Some priorities in maximizing access to and quality of contraceptive services, *Advances in Contraception*, 1996, 12(3):233-237.

5. Prata NF et al., Revisiting community-based distribution programs: Are they still needed? *Contraception*, 2005, 72(6):402-407.
6. Prata N, Making family planning accessible in resource-poor settings, *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Science*, 2009, 364(1532):3093-3099.
7. Lande R et Richey C, Expanding services for injectables, *Population Reports*, 2006, Série K, No. 6.
8. Malarcher S et al., Provision of DMPA by community health workers: what the evidence shows, *Contraception*, 2011, 83(6):495-503.
9. 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.
10. Uganda Bureau of Statistics (UBOS) et Macro International Inc., *Uganda Demographic and Health Survey*, 2006, Kampala, Uganda: UBOS, et Calverton, MD, USA: Macro International Inc., 2006.
11. Stanback J, Mbonye AK 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.
12. Krueger K et al., Scaling up community provision of injectables through the public sector in Uganda, *Studies in Family Planning*, 2011, 42(2):117-124.
13. Institut National de la Statistique, (INSTAT) Madagascar, et ORC Macro, *Enquête Démographique et de Santé, Madagascar 2003-2004*, Calverton, MD, USA: INSTAT et ORC Macro, 2005.
14. Hoke TH et al., Community-based provision of injectable contraceptives in Madagascar: 'task shifting' to expand access to injectable contraceptives, *Health Policy and Planning*, 2012, 27(1):52-59.
15. National Population Commission, Nigeria et ICF Macro, *Nigeria Demographic and Health Survey 2008*, Abuja, Nigeria: National Population Commission et ICF Macro, 2009.
16. Central Bureau of Statistics (CBS), Kenya Ministry of Health (MOH), Kenya et ORC Macro, *Kenya Demographic and Health Survey 2003*, Calverton, MD, USA: CBS, MOH et ORC Macro, 2004.
17. Kenya Ministry of Public Health and Sanitation et al., *Introducing Community-Based Distribution of Injectable Contraceptives, Experiences and Outcomes from a Pilot Project in Tharaka District, Eastern Province of Kenya*, Final Report, 2010, Nairobi, Kenya: Kenya Ministry of Public Health.
18. Cleland JG, Ndugwa RP et Zulu EM, Family planning in Sub-Saharan Africa: progress or stagnation? *Bulletin of the World Health Organization*, 2011, 89(2):137-143.

## Remerciements

Les activités de terrain décrites dans ce document ont bénéficié d'une subvention d'USAID (United States Agency for International Development) en vertu de l'accord de coopération CRTU (Contraceptive and Reproductive Health Technologies Research and Utilization) GPO-A-00-05-00022-00. La préparation du document a été financée par USAID en vertu de l'accord de coopération PROGRESS (Program Research for Strengthening Services) GPO-A-00-08-00001-00.

**Coordonnées de l'auteur:** [thoke@fhi.org](mailto:thoke@fhi.org)