

Fourniture de la pilule contraceptive d'urgence dans les dépôts de vente de médicaments informels de Kinshasa: résultats d'une étude par clientes fictives

CONTEXTE: Malgré l'importance des dépôts de vente de médicaments informels en tant que sources de contraceptifs à Kinshasa (République démocratique du Congo), il n'existe guère de données sur la qualité de leurs services. Étant donné les efforts déployés pour mettre le secteur privé à contribution dans l'élargissement de l'accès à la contraception, l'évaluation de la connaissance, des attitudes et des pratiques de ces prestataires à son égard est justifiée.

MÉTHODES: En avril-mai 2018, une étude par clientes fictives sur la fourniture de la contraception d'urgence (CU) a été menée dans 854 dépôts de vente de médicaments informels kinois. Douze clientes fictives, se présentant comme ayant moins ou plus de 18 ans et comme mariées ou célibataires, se sont rendues dans les dépôts pour y demander quelque chose qui leur permette de « ne pas tomber enceintes » après un rapport sexuel non protégé et pour acheter le médicament recommandé. Les fréquences des principaux résultats ont été calculées et les associations entre l'âge et la situation matrimoniale de la cliente et les méthodes et le conseil reçus ont été évaluées par tests chi carré.

RÉSULTATS: Globalement, les prestataires ont recommandé la CU dans 77% des cas et, dans 54%, les clientes ont obtenu la méthode. Dans 62% des cas où les prestataires avaient recommandé la CU, ils ont spécifié un délai de prise de la pilule. La période correcte d'efficacité a été indiquée dans 75% de ces cas. Dans 18% des cas, d'autres médicaments (non contraceptifs) ont été fournis et dans 7%, les prestataires n'ont pas aidé la cliente. Indépendamment du résultat de la visite, les prestataires ont presque toujours été qualifiés de respectueux (96%).

CONCLUSIONS: La mise à contribution des dépôts informels pour l'accroissement de l'offre contraceptive nécessitera l'identification des dépôts de qualité, le renforcement des chaînes d'approvisionnement et le plaidoyer en faveur de changements de politique qui reconnaissent ces dépôts comme prestataires efficaces de la contraception sans réduire leurs avantages perçus pour les femmes.

Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2020, pp. 1–9, 10.1363/46e9120

Par Julie H. Hernandez, Pierre Akilimalib et Muanda Fidèle Mbadu

Julie H. Hernandez est professeure adjointe, Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine, Nouvelle-Orléans (Louisiane, États-Unis). Pierre Akilimalib est professeur adjoint, École de Santé Publique de Kinshasa, Université de Kinshasa (République démocratique du Congo). Muanda Fidèle Mbadu est directeur, Programme National de Santé des Adolescents, Kinshasa (République démocratique du Congo).

Des efforts ont été entrepris en faveur de la planification familiale dans plusieurs pays à revenu faible par suite d'initiatives telles que FP2020, mais obtenir la participation du secteur privé dans l'amélioration de l'accès à la contraception moderne reste problématique^{1,2}. À l'heure où les établissements gérés par l'État offrent une couverture souvent insuffisante ou peuvent opposer des obstacles de coûts, de manque d'anonymat et d'attitudes défavorables de la part de leurs prestataires^{3,4}, les données portent de plus en plus à croire que les pharmacies et les dépôts de vente de médicaments du secteur privé pourraient peut-être résoudre certains de ces problèmes et assumer efficacement la distribution de la contraception moderne – en particulier aux jeunes clientes^{5,6}.

À Kinshasa, en République démocratique du Congo (RDC), la prévalence de la contraception moderne reste faible, à 27%, pour la totalité des femmes en 2018 et, en particulier, parmi celles âgées de 15 à 24 ans (24%)⁷, qui se heurtent à de multiples obstacles d'accès aux services de planification familiale dans les structures de l'État⁸. De plus, l'analyse contextuelle de l'offre de la planification familiale

révèle de gigantesques défis à l'assurance d'une prestation continue et de qualité de conseils et de méthodes adéquats à tous les niveaux du système national de santé publique⁹. Les ruptures de stock récurrentes, la pénurie de personnel qualifié, les coûts et les distances d'accès limitent la capacité des établissements gérés par l'État à soutenir et accroître la pratique contraceptive¹⁰. Dans ce contexte, les pharmacies locales privées peuvent offrir un débouché particulièrement prometteur à la jeunesse kinoise, qui cite largement (à hauteur de 68%) les « pharmacies » comme source principale de contraception⁷. Certes, la mobilisation du secteur privé, de même que la distribution mobile et communautaire, représentent autant de stratégies recommandées dans le Plan Stratégique National de la RDC 2014-2020 pour la planification familiale¹¹.

Dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne, le secteur privé est intégré au système national de santé par voie d'enregistrement et d'efforts d'encadrement, selon une classification clairement établie de « pharmacies », suivies de « dépôts de vente de médicaments » ou « drogueries » de niveau secondaire mais non moins formellement reconnus¹².

En revanche, sur les quelque 5 000 à 6 000 détaillants actifs estimés rien qu'à Kinshasa en 2015, 105 seulement étaient officiellement enregistrés au titre de pharmacies auprès du ministère de la Santé. Tous les autres étaient considérés comme des dépôts de vente de médicaments informels¹³. Le gouvernement juge ces points de vente illégaux et n'engage par conséquent avec eux aucune activité de renforcement de capacité, d'approvisionnement ou de suivi¹⁴. Ces dépôts sont généralement perçus comme des exploitations illicites, vendant de nombreux médicaments contrefaits¹⁵ et « tenues par des mains non expertes, de faux pharmaciens qui se plaisent à manipuler les médicaments comme de simples boutiquiers¹⁶ ». L'enquête FPwatch menée en 2015 confirme le statut largement informel de ces dépôts – gérés sans licence officielle et le plus souvent tenus par un personnel non qualifié dans le domaine de la santé.*¹⁷

L'enquête observe cependant aussi que les prestataires de ces dépôts représentaient 79% de ceux offrant au moins une méthode contraceptive moderne autre que le préservatif – alors que le secteur public n'en représentait que 11% – et recommande l'intégration des dépôts informels au système national de santé, avec formation, suivi des stocks et encadrement¹⁷.

L'étude présentée ici est, à notre connaissance, la première à se pencher, au-delà de l'inventaire des méthodes de planification familiale disponibles dans ces points de vente informels, sur la mesure de la qualité du service que peuvent y attendre les adolescentes et les jeunes femmes qui s'y adressent généralement en quête de contraception. Notre plan d'étude par clientes fictives repose sur une vaste documentation de cette approche aux fins de la collecte de données objectives et fiables sur la performance des prestataires de soins de santé dans l'optique de la consommatrice¹⁸⁻²¹.

L'élément central du scénario interprété par les clientes fictives était la contraception d'urgence (CU). Ce choix reflète cinq facteurs fondamentaux. D'abord, cette étude faisait suite, conceptuellement, à une étude par clientes fictives menée antérieurement à Kinshasa, à l'occasion de laquelle les femmes avaient explicitement demandé la contraception d'urgence dans 73 pharmacies agréées²². Selon les conclusions de cette étude, les pharmaciens agréés offraient, dans l'ensemble, des services de qualité acceptable: 74% des clientes avaient reçu leur contraception d'urgence et 65 à 77% des pharmaciens avaient décrit correctement le délai d'efficacité de la méthode et ses effets secondaires possibles. Lors de la présentation des résultats, le retour des intervenants de la planification familiale avait cependant donné à penser que cette étude ne reflétait pas l'expérience typique des jeunes Kinois qui, confrontées au risque d'une grossesse non planifiée après un rapport sexuel non protégé, étaient plus susceptibles de s'adresser au dépôt de vente de médicaments le plus proche et de ne

pas savoir le nom exact des méthodes requises. Le plan de l'étude présentée dans cet article remédie à ces lacunes.

En deuxième lieu, la contraception d'urgence est une méthode qui requiert, d'une part, un approvisionnement rapide et un conseil sur les délais applicables, les effets secondaires possibles et les autres méthodes de planification familiale à envisager et qui est souvent demandée, d'autre part, par de jeunes personnes confrontées à une situation potentiellement embarrassante: elle est par conséquent souvent utilisée dans la recherche pour évaluer la capacité des prestataires à apporter des services adéquats, respectueux et confidentiels. Troisièmement, la contraception d'urgence est l'une des trois méthodes (avec la pilule et le préservatif masculin) les plus vendues dans les dépôts de vente de médicaments de Kinshasa¹⁷. Quatrième facteur, une grande proportion des jeunes Kinois déclarent la contraception d'urgence comme leur méthode contraceptive principale (23%)²³. Enfin, les directives nationales sur les services de santé reproductive recommandent aux prestataires de la contraception d'urgence de conseiller aussi leurs clientes sur les autres méthodes courantes, faisant de la fourniture de la CU un point d'accès possible à la mesure du conseil de planification familiale additionnel éventuellement offert par le personnel des dépôts de vente de médicaments.

L'objectif de cette recherche est double. L'étude évalue en premier l'accès à la contraception d'urgence des jeunes femmes confrontées au risque d'une grossesse non planifiée aux points de prestation auxquels elles sont le plus susceptibles de s'adresser. Il s'agit ensuite d'évaluer la qualité du service obtenu dans ces points de vente, en termes de connaissances techniques, d'attitudes et de pratiques des prestataires. Ce second objectif contribuera au renforcement des données concernant l'intégration des dépôts de vente de médicaments informels dans le système de santé national.

MÉTHODES

Échantillon de dépôts de vente de médicaments

Faute de registre officiel répertoriant tous les dépôts de vente de médicaments informels de Kinshasa, l'équipe chargée de la recherche s'est référée à un recensement effectué en 2011 par le ministère de la Santé, faisant état de 1 763 petits points de prestation, dont 98% non agréés par le gouvernement²⁴. Les dépôts situés dans la zone de santé militaire difficile d'accès (Kokolo) et dans une zone sanitaire rurale lointaine (Maluku 2) ont été exclus pour raisons de commodité, réduisant le cadre d'échantillonnage à 1 694 dépôts de vente de médicaments.

Pour obtenir un niveau de confiance de 95% (avec un intervalle de confiance de 3), l'équipe a calculé une taille d'échantillon requise de 655 sur l'ensemble connu de dépôts. Prévoyant cependant qu'un grand nombre de points de vente seraient introuvables pendant la phase de collecte des données, nous avons suréchantillonné les dépôts dans une mesure de 30% (195 points de vente), pour assurer la visite en avril et mai 2018 d'un minimum de 850 dépôts

*Le personnel exploitant des dépôts de vente de médicaments informels de Kinshasa va du pharmacien diplômé au « petit cousin du propriétaire », sur toute une gamme de profils d'éducation (y compris de niveau médical et infirmier). Nous utilisons génériquement le terme « prestataires » pour décrire leur fonction (concernant la fourniture de la pilule contraceptive d'urgence).

de vente de médicaments sélectionnés aléatoirement. Au total, 854 dépôts ont ainsi été visités.

Un problème est apparu presque immédiatement lors des visites d'essai effectuées pendant la phase de formation des clientes fictives: près de la moitié des points de vente recensés par le ministère de la Santé étaient introuvables, pour cause de fermeture ou de déménagement depuis le recensement. De plus, les immeubles de la capitale ne sont pas toujours désignés par une adresse complète ou n'ont pas d'adresse du tout, compliquant davantage encore la localisation de dépôts spécifiques. Soucieux d'éviter l'enregistrement d'un trop grand nombre de dépôts sous l'inscription « introuvable » dans l'échantillon, les chercheurs ont décidé qu'une cliente fictive qui ne trouverait pas le point de vente exact désigné dans la liste pourrait continuer son chemin (en commençant toujours par longer la rue à main droite) jusqu'à trouver un endroit similaire pouvant le remplacer. Les clientes fictives ont été dispersées suffisamment dans la ville pour qu'aucun dépôt ne soit visité deux fois par des participantes différentes. Au total, 60% des dépôts de vente de médicaments inclus dans cette étude l'ont été en remplacement de ceux introuvables inscrits sur la liste initiale. Ainsi, les 854 dépôts visités par les clientes fictives dans 33 des 35 zones sanitaires de Kinshasa forment un vaste échantillon de commodité, dont la représentativité est inconnue.

Du fait, à la fois, de la difficulté de localisation des dépôts et de la réticence anticipée de la part des prestataires à renseigner des chercheurs associés au ministère de la Santé, l'équipe n'a pas informé à l'avance les dépôts sélectionnés pour l'étude, pas plus qu'elle ne leur a rendu compte après les visites effectuées.

Formation et collecte des données

Les chercheurs ont recruté et formé 12 jeunes femmes âgées de 16 à 26 ans, au titre de clientes fictives, en avril 2018. Cinq d'entre elles avaient une expérience préalable de la collecte de données et sept étaient des étudiantes en soins infirmiers qui avaient déjà participé à des projets de distribution communautaire de contraceptifs. L'équipe de recherche s'est adressée directement aux jeunes femmes qui s'étaient bien acquittées de leurs tâches, de manière engagée et avec débrouillardise. À l'image d'autres études similaires menées en Afrique subsaharienne²⁵⁻²⁷, la formation (trois jours) a couvert la contraception d'urgence et d'autres méthodes, la méthodologie de la cliente fictive et ses objectifs, l'apprentissage et la pratique de scripts prédéterminés et la pratique de l'outil de collecte de données numérique Open Data Kit pour l'enregistrement des rapports de visite. Les stagiaires ont également pratiqué leur rôle dans des dépôts de vente de médicaments (exclus de l'échantillon) proches du bureau de recherche à Kinshasa.

Pour les visites, chaque cliente fictive s'est vu attribuer deux caractéristiques de base (moins ou plus de 18 ans et mariée ou non mariée) et a appris un seul et même scénario afin d'obtenir des données comparables auprès de chaque point de vente visité²⁸. L'équipe de recherche a

réparti ces profils à parts égales entre les 12 clientes fictives (trois pour chaque combinaison mariée/non mariée et moins/plus de 18 ans), en veillant à les aligner autant que possible sur leur âge et leur état matrimonial réels.

La cliente fictive était appelée à se faire passer pour une jeune femme qui avait eu un rapport sexuel non protégé « l'autre nuit » (sans préciser la date exacte) et qui recherchait une solution pour « éviter de tomber enceinte ». L'équipe a spécifiquement instruit les jeunes femmes de ne pas mentionner la contraception d'urgence par son nom, à moins que le prestataire ne le fasse d'abord. Le projet les a dotées de l'argent nécessaire à l'achat de tout médicament qui leur serait proposé, étant entendu qu'elles remettraient au projet les médicaments obtenus.

Les clientes fictives ont du reste été formées à attendre les questions spécifiques ou informations supplémentaires posées ou données spontanément par le personnel du dépôt (concernant le délai d'utilisation de la contraception d'urgence, la posologie, les effets secondaires possibles et d'autres méthodes de planification familiale) avant de poser elles-mêmes des questions susceptibles d'amener le prestataire à fournir cette information. Mis à part ce scénario prédéterminé, les jeunes femmes étaient libres de définir les autres caractéristiques de leur personnage (par exemple, si elles étaient étudiantes, si leurs parents étaient très sévères, si elles étaient timides ou non), à la condition spécifique de garder ces détails constants lors de toutes leurs visites. Enfin, les clientes fictives ont été formées à observer l'attitude du prestataire pendant leur échange, par leur propre évaluation de l'obligeance et du respect qu'il leur aura témoigné ainsi que par enregistrement systématique d'incidents spécifiques tels qu'un prestataire posant des questions de nature intime, faisant la leçon à la cliente ou élevant la voix. La formation et la pratique sur le terrain ont aidé les clientes à se préparer à l'observation et à l'évaluation des attitudes des prestataires, y compris les éventuelles réactions hostiles ou questions indiscrettes. Les clientes fictives ont reçu l'instruction de ne pas révéler aux prestataires qu'elles étaient étudiantes en soins infirmiers (et, de ce fait, parfaitement au courant des méthodes de planification familiale), ainsi que de jouer fidèlement leur rôle, sauf dans les situations où elles se sentiraient en danger ou forcées de prendre le médicament fourni sur le champ²⁹.

Pour réduire le biais de rappel, les clientes ont enregistré leurs résultats immédiatement après chaque visite sur smartphone, au moyen de l'application Open Data Kit. L'application était programmée de manière à omettre automatiquement les questions inutiles suivant les réponses précédentes, de façon à couvrir tous les scénarios possibles (par exemple, pilule du lendemain reçue ou non et, si non, autre résolution de la visite). Toutes les clientes fictives ont enregistré les caractéristiques descriptives principales de la visite, notamment la taille du dépôt et le sexe du prestataire, ainsi que les résultats de la visite (CU ou autre médicament reçu et conseil). Si les clientes avaient reçu un conseil sur la contraception d'urgence

pendant la visite, elles ont également enregistré la qualité du conseil fourni. Conformément aux directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur la prestation de la contraception d'urgence, nous avons défini un conseil de qualité comme incluant la recommandation à la cliente de prendre la pilule aussitôt que possible et dans un délai de 72 heures[†] après le rapport sexuel non protégé, l'énumération des principaux effets secondaires possibles (règles irrégulières, nausées, vertiges, maux de tête) et l'indication qu'ils seront très probablement légers, et le conseil sur d'autres méthodes contraceptives telles que la pilule, les injectables et le préservatif (à des fins de contraception ou de prévention des IST). Toutes les clientes, indépendamment du résultat de la visite, ont enregistré toutes les questions posées, les autres méthodes de planification familiale mentionnées et l'amabilité, la patience et la discrétion générales du prestataire.

La prestation du service a été jugée adéquate si le prestataire avait recommandé la contraception d'urgence et vendu le bon produit à la cliente. Une visite a été considérée comme réussie si la cliente fictive avait quitté le dépôt de vente de médicaments avec une dose de contraception d'urgence.

Analyse des données

L'équipe de recherche a analysé tous les rapports de visite sous STATA 14, afin de calculer la fréquence des principaux résultats et d'évaluer, par tests chi carré, les associations potentielles entre le profil de la cliente (âge et situation matrimoniale) et les méthodes et le conseil reçus lors de la visite.

Le protocole de l'étude a été approuvé par l'Institutionnal Review Board de Tulane University et par le comité d'éthique de l'École de Santé Publique de Kinshasa.

RÉSULTATS

Caractéristiques des dépôts de vente de médicaments et des prestataires

Presque tous les dépôts visités (99%) comportaient au moins une pièce (par opposition à une ouverture directe sur la rue) et 16% vendaient des produits non pharmaceutiques, comme des boîtes de conserve et des boissons ou des produits d'hygiène et d'entretien. D'après les observations des clientes fictives, 49% avaient l'électricité au moment de la visite. Cinquante-six pour cent des prestataires des dépôts étaient de sexe féminin, contre 44% de sexe masculin.

[†]Les directives révisées de l'OMS concernant la fourniture de la contraception d'urgence indiquent une efficacité de la pilule pouvant aller jusqu'à 120 heures (cinq jours) après le rapport sexuel non protégé. Cependant, l'étiquette de la plupart des marques de contraception d'urgence vendues en RDC fait toujours mention d'un délai « maximum de 72 heures » et les prestataires n'ont pas reçu de formation mise à jour sur la période d'efficacité de 120 heures. Aussi, aux fins de cette étude, avons-nous considéré comme techniquement corrects les prestataires recommandant à leurs clientes de prendre la pilule « dans un délai de 72 heures/trois jours » ou de « 120 heures/cinq jours ».

Résultats des visites

Après avoir entendu la demande des clientes fictives, dans 80% des cas, les prestataires ont posé des questions supplémentaires, concernant notamment la date exacte du rapport non protégé (79% des visites), la date des dernières règles de la cliente (27%) et la pratique antérieure d'une méthode contraceptive (5%), toutes précisions pertinentes à la prestation adéquate de la contraception d'urgence (Tableau 1, page 5). Dans l'ensemble, les prestataires associés à quelques visites seulement ont posé d'autres questions de nature personnelle ou non pertinentes, comme l'âge de la cliente (8%), sa situation matrimoniale (6%) ou si son partenaire l'autoriserait à utiliser la contraception d'urgence (5%).

Soixante-dix-sept pour cent des prestataires visités ont recommandé la contraception d'urgence; dans 70% de ces cas, ils avaient au moins un produit CU adéquat disponible en stock. Cinquante-quatre pour cent des visites ont ainsi été jugées réussies. De plus, dans tous les cas où les prestataires ne disposaient pas de contraceptifs d'urgence en stock (23%), ils ont pu recommander un autre point de vente à la cliente. Les clientes fictives orientées vers d'autres dépôts ne s'y sont pas rendues.

• **Produits de contraception d'urgence reçus.** Durant les 460 visites réussies, les prestataires ont proposé un large éventail de marques et de prix, reflet des complexités du marché pharmaceutique privé en RDC (Tableau 2, page 5). Tous, sauf un petit fabricant (Pharmaceuticals Limited), étaient conformes aux bonnes pratiques de fabrication de l'OMS et tous les produits vendus portaient l'étiquette d'une formulation à base de 1,5 mg de lévonorgestrel, le médicament officiellement approuvé et enregistré sur la liste des médicaments essentiels de la RDC (indépendamment de la marque). L'équipe de recherche n'a testé ni la qualité ni la composition exacte des médicaments obtenus dans le cadre de cette étude. La marque la moins chère était G Nancy (2 101 francs congolais [FC]; 1,29 \$US), tandis que Norlevo était la plus onéreuse (4 959 FC [3,04 \$US]). Les marques le plus souvent recommandées étaient Pilule (2 370 FC [1,45 \$US]; recommandée dans 33% de la totalité des visites réussies) et G Nancy (dans 30%).

Dans 82 autres cas où les prestataires avaient recommandé la contraception d'urgence, les clientes fictives ont obtenu du Duogynon, une pilule fabriquée de l'autre côté du fleuve Congo, à Brazzaville (République du Congo). Le Duogynon se vend sous conditionnement en papier grossier et étiquettes décolorées marquées GYNAKOSID; la composition en est de 5 mg de méthylestradiol. Bien que non reconnu comme méthode de contraception d'urgence admise selon les normes internationales, le Duogynon est proposé à ce titre dans les dépôts de vente de médicaments et est très populaire parmi les Congolaises, qui désignent souvent la méthode sous ce nom de marque³⁰. Le marché et la chaîne d'approvisionnement de ce produit ne sont guère documentés en RDC, mais son prix peu élevé (664 FC [0,41 \$US]) – environ le quart du prix moyen d'une dose de contraceptif d'urgence vendu dans les dépôts

TABLEAU 1. Résultats des visites de clientes fictives aux dépôts de vente de médicaments informels, Kinshasa, République démocratique du Congo, 2018

Résultat	N	% (N=854)
Le prestataire a posé des questions supplémentaires	684	80,1
Date exacte du rapport sexuel non protégé	670	78,5
Date exacte des dernières règles	230	26,9
Pratique contraceptive antérieure	41	4,8
Âge de la cliente	65	7,6
Situation matrimoniale	47	5,5
Autorisation de la CU par le partenaire	45	5,3
Le prestataire a recommandé la CU	658	77,0
Le prestataire a vendu un produit de CU adéquat à la cliente	460	53,9
Le prestataire n'avait pas de produit de CU en stock mais a orienté la cliente	198	23,2
Le prestataire a offert une information supplémentaire sur la CU†	636	96,7
Période d'efficacité	405	61,6
Effets secondaires possibles	243	36,6
Renvoi à une brochure d'instructions	67	10,2
Le prestataire a recommandé une solution autre que la CU	196	22,9
Autre médicament (non contraceptif)	157	18,4
Autre méthode contraceptive (sans faire mention de la CU)	73	8,5
Consultation d'un médecin en centre de santé	42	4,9
Renvoi vers une autre pharmacie	32	3,7
Recours à l'avortement	4	0,5
Autre	18	2,1
Le prestataire n'a pas aidé la cliente	56	6,6
A dit que rien ne pouvait être fait	27	3,2
Ne savait pas que faire	18	2,1
A dit qu'il y avait des solutions mais a refusé son aide	11	1,3

† Sur les 658 prestataires ayant recommandé la CU. N.B.: CU=contraception d'urgence.

(2 451 FC [1,50 \$US]) – pourrait expliquer son succès. Aux fins de cette étude, nous n'avons pas qualifié de réussies les visites ayant abouti sur l'obtention du Duogynon.

• **Qualité du conseil sur la contraception d'urgence.** Lors des visites durant lesquelles les prestataires ont recommandé la contraception d'urgence, une information complémentaire sur la méthode a été offerte aux clientes fictives dans 97% des cas. Plus spécifiquement, dans 62% des cas où la contraception d'urgence a été recommandée, les prestataires ont précisé le délai de prise (30% spontanément et 32% à la demande de la cliente). Dans les cas où un délai a été spécifié, trois quarts des prestataires ont indiqué une période correcte de 72 heures (selon l'étiquette du conditionnement à Kinshasa); deux pour cent de plus ont mentionné la recommandation actuelle de l'OMS, de cinq jours/120 heures d'efficacité. Dans 14% des cas, les prestataires n'ont pas donné une information exacte mais ont indiqué qu'il était impératif de prendre le contraceptif d'urgence « aussitôt que possible » tandis que, dans les 9% restants, ils donnaient des recommandations erronées (par exemple, « le lendemain », « avant le rapport sexuel » ou « pas plus de 48 heures après le rapport »).

Trente-sept pour cent seulement des prestataires ayant

recommandé la contraception d'urgence ont informé la cliente sur les effets secondaires possibles (3% spontanément et 34% à la demande de la cliente). Selon les directives de l'OMS, les effets secondaires de la contraception d'urgence sont rares, généralement légers et ils se résolvent ordinairement sans autre traitement, comme indiqué par la majorité des prestataires ayant abordé la question (76%; non représenté). Les prestataires ayant parlé des effets secondaires ont mentionné spécifiquement: règles irrégulières ou intermittentes (10%), nausées (9%), vertiges (5%), maux de tête (3%) et douleurs abdominales (2%), conformément, ici aussi, aux recommandations de l'OMS sur le conseil relatif à la contraception d'urgence. Dans 4% des cas où les effets secondaires ont été discutés, toutefois, les prestataires ont indiqué erronément que l'usage répété de la contraception d'urgence peut être cause d'infertilité ou de cancer, selon un mythe courant circulant sur la plupart des méthodes hormonales en RDC.

• **Recommandations autres que la contraception d'urgence.** Dans 23% des cas, sur la totalité des visites, les prestataires n'ont pas recommandé la contraception d'urgence (Tableau 1). Dans l'ensemble, dans 18% des cas, ils ont recommandé un autre médicament (non contraceptif) et, dans 9%, ont suggéré une autre méthode contraceptive, le plus souvent la pilule mensuelle. Dans d'autres cas, le prestataire a recommandé à la cliente de consulter un médecin dans un centre de santé (5%) ou de se rendre dans un autre dépôt de vente de médicaments (4%). Enfin, dans une faible proportion de cas, les prestataires n'ont pas aidé la cliente, en lui indiquant soit qu'il n'y avait rien à faire (3%) ou qu'ils ne savaient que faire (2%). Lors de très rares visites (1%), les prestataires ont refusé explicitement d'aider la cliente.

Dans 59% des cas où les prestataires avaient recommandé un médicament autre que la contraception d'urgence, ils ont suggéré la prise d'un vermifuge, comme Decarys ou Tanzol (non représenté). Les prestataires ont aussi recommandé l'antibiotique tétracycline, la quinine et différents cocktails anti-inflammatoires ou vitaminés. De plus, dans neuf cas, ils ont suggéré le misoprostol (qui peut être pris

TABLEAU 2. Distribution (%) des visites de clientes fictives réussies, par marque de produit de contraception d'urgence vendu, et prix moyen des produits

Marque (fabricant/pays)	% (N=460)	Prix moyen
Pilule S (Synokem Pharmaceuticals, Inde)	33,4	2 370 FC (US\$1,45)
G Nancy (Alliance Biotech, Inde)	30,2	2 101 FC (US\$1,29)
Alèze (Jai Pharma, Inde)	10,7	2 370 FC (US\$1,45)
Pilule du Lendemain (Synokem Pharmaceuticals, Inde)	9,8	2 244 FC (US\$1,38)
Planfam (Par Laboratories, Inde)	9,3	2 216 FC (US\$1,36)
Norlevo (Delpharm Lille, France)	6,3	4 959 FC (US\$3,04)
Contraception d'urgence (Pharmaceuticals Limited, Inde)	0,2	3 000 FC (US\$1,84)
Total	100,0	s/o

N.B.: Une visite a été considérée comme réussie si la cliente fictive avait quitté le dépôt de vente de médicaments avec une dose de contraception d'urgence. Les chiffres n'atteignent pas nécessairement un total exact de 100,0 pour cause d'arrondissement. FC=francs congolais. s/o=sans objet.

à des fins abortives), l'identifiant spécifiquement par son nom pour cinq et en décrivant les effets sans le nommer pour les quatre restants. Enfin, lors de quatre visites, les prestataires ont soit indiqué explicitement que la cliente devrait chercher à se faire avorter ou ont fait allusion à l'intervention.

Dans la majorité (71%) des cas où les prestataires avaient recommandé la prise de l'un des médicaments cités plus haut, ils les avaient en stock, au prix moyen de 736 FC (0,45 \$US). Le plus cher – la quinine – coûte 1 871 FC (1,15 \$US) la dose et le moins cher et le plus souvent fourni – Decarys –, 243 FC (0,15 \$US). Au total, 143 clientes ont acheté un médicament autre que la contraception d'urgence auprès du dépôt visité. Les autres remarques qualitatives enregistrées par les clientes laissent entendre que la posologie recommandée pour tous ces médicaments variait largement suivant le prestataire, dépassant pour certains des doses potentiellement toxiques.

Enfin, lors de 11 seulement des 854 visites (1%), les prestataires ont refusé explicitement d'offrir une solution de contraception d'urgence à la cliente fictive, invoquant notamment la nécessité d'un certificat médical et l'illégalité de la vente de cette contraception aux femmes jeunes et à celles non mariées.

• **Conseil sur d'autres contraceptifs et services de santé.** Indépendamment du résultat de la visite, les clientes fictives ont enregistré la mention ou non par le prestataire d'autres méthodes contraceptives. Dans la plupart des cas (70%), les prestataires n'ont ni mentionné ni suggéré l'utilisation d'une autre méthode. Dans ceux où ils en ont recommandé une, celles le plus souvent mentionnées étaient la pilule (40% des visites concernées), le préservatif (28%), les contraceptifs injectables (22%) et la méthode du calendrier (13%). S'ils recommandaient un contraceptif particulier, les prestataires en disposaient presque toujours en stock (96 à 100% des visites).

Le personnel des dépôts de vente de médicaments n'a suggéré, spontanément ou à la demande de la cliente, la consultation d'un autre prestataire pour parler des questions de planification familiale que dans 7% de la totalité des visites. Le cas échéant, le prestataire a recommandé la visite d'un centre de santé dans 94% des cas, orienté la cliente vers un autre dépôt de vente de médicaments dans 11% et suggéré la consultation d'un agent de santé communautaire dans 1% (plusieurs réponses étaient possibles).

Évaluation des connaissances et attitudes des prestataires

Dans l'ensemble, les clientes ont fait état d'attitudes positives de la part des prestataires. Quarante-deux pour cent ont été saluées lors de leur arrivée au dépôt, 98% ont indiqué que le prestataire leur avait donné le temps d'expliquer soigneusement leur problème et 82% estimaient qu'il ou elle avait pris le temps d'expliquer les solutions possibles.

Les clientes sont apparues un peu plus nuancées dans leur évaluation de la connaissance technique de la contraception d'urgence démontrée par les prestataires. Qua-

rante-deux pour cent seulement ont jugé leur prestataire très bien informé sur la question et 56% ont indiqué qu'il ou elle semblait parfaitement à l'aise dans l'explication des aspects importants de l'utilisation de la méthode, concernant notamment le délai d'administration et les effets secondaires (non représenté). En revanche, environ un cinquième des prestataires ont été qualifiés de « pas vraiment » (14%) ou « pas du tout » (6%) au cours de ces questions. Ces estimations subjectives sont conformes à l'issue effective des visites correspondantes.

Cela dit, presque toutes les clientes fictives ont fait état de prestataires parfaitement discrets et respectueux tout au long de la visite (93% et 96%, respectivement). Les clientes ont enregistré 35 incidents négatifs sur 854 visites (4%). Il s'agissait, pour la majorité, d'incidents où le prestataire leur avait fait « une leçon de morale » sur les comportements sexuels sûrs (17 cas), leur avait posé des questions de nature intime (14) ou les avaient priées de revenir avec leur partenaire ou leurs parents (11). Dans neuf cas, les prestataires avaient crié sur les jeunes femmes et, dans cinq, ils avaient impliqué d'autres personnes dans la conversation. Deux prestataires avaient obligé la cliente à quitter le dépôt sur le champ.

Nous avons mené une analyse supplémentaire des associations potentielles entre le profil de la cliente (âge et situation matrimoniale) et le résultat de la visite, par tests chi carré. Une seule différence significative en est ressortie: une plus grande proportion de clientes se présentant comme ayant moins de 18 ans, par rapport à leurs « aînées », avait reçu des médicaments autres que la contraception d'urgence (17% contre 11%; $p=0,01$).

DISCUSSION

Les dépôts de vente de médicaments locaux sont régulièrement reconnus comme la source préférée de contraceptifs des Kinois, du fait de leur accessibilité, de leurs prix abordables et de leur discrétion³⁰. Cependant, malgré l'intérêt grandissant pour les approches de marché total et les efforts de certaines organisations de marketing social à élargir l'accès à la contraception^{8,31,32}, la qualité des services pouvant être attendus de ces dépôts et les occasions d'élargissement du conseil contraceptif et de l'approvisionnement au niveau communautaire ne sont guère documentés. Les programmes nationaux de santé publique et les représentants du ministère de la Santé sont généralement réticents à l'idée d'une collaboration avec ces prestataires, dont ils considèrent l'absence d'agrément comme étant la marque, sans aucune distinction, d'un service de mauvaise qualité.

Les observations de cette étude révèlent toutefois qu'un vaste sous-ensemble de ces dépôts de vente de médicaments non autorisés est capable de répondre adéquatement aux besoins contraceptifs des résidentes de leur communauté et représente dès lors une occasion d'élargissement de l'accès à la contraception. En fait, par rapport à une étude comparable menée en 2016 dans les pharmacies agréées de Kinshasa²², les dépôts non autorisés présentent

un profil fort similaire: environ trois quarts des prestataires de chaque catégorie offraient la contraception d'urgence aux clientes et étaient capables de les conseiller adéquatement sur le délai d'administration et la posologie, mais pas nécessairement sur les effets secondaires (65% dans les pharmacies agréées et 45% dans les dépôts de vente de médicaments). Autrement dit, le niveau de services de contraception, en termes de connaissances techniques et d'attitudes (dans les deux études, les clientes ont jugé plus de 90% de la totalité des prestataires serviables et respectueux), n'est pas fondamentalement différent entre la plupart des pharmacies agréées et des dépôts non autorisés.

Notre étude met par ailleurs en lumière certaines questions troublantes dans la prestation de la contraception d'urgence par les dépôts de vente de médicaments, comme la recommandation de produits non contraceptifs ou l'information incorrecte concernant les effets secondaires sur la fertilité future, et ce dans quelque 20% des cas. Cette observation correspond aux résultats d'études similaires menées au Kenya²⁶ et au Nigeria²⁷, et renforce peut-être les craintes de nombreux responsables nationaux et internationaux en ce qui concerne une collaboration éventuelle avec le secteur privé en RDC. Indépendamment de leur statut juridique, certains prestataires, minoritaires, de pharmacie ou de dépôt de vente de médicaments sont en effet partiellement responsables de la persistance du recours à des produits non contraceptifs (tels que médicaments vermifuges ou antipaludéens), de l'entretien de mythes défavorables sur les méthodes de planification familiale et de la circulation de produits pharmaceutiques non autorisés dans les communautés (par exemple le Duogynon), jetant ainsi une ombre négative sur la majorité des dépôts sources d'information et de médicaments appropriés pour les femmes en quête de solutions contraceptives.

Les résultats de cette étude portent à croire que les milliers de dépôts de vente de médicaments non agréés actuellement actifs à Kinshasa pourraient présenter une excellente occasion d'élargir l'accès à la contraception dans les communautés. Certaines organisations non gouvernementales (ONG) internationales vouées à la planification familiale en RDC soutiennent déjà les dépôts par le biais de formations, d'approvisionnement en contraceptifs et de suivi de leurs ventes, mais la pleine mobilisation de leur potentiel exigerait un effort des autorités de santé nationales, en vue de la légitimation de ces dépôts, de la définition et de la diffusion des directives et des normes applicables et de la surveillance de leurs activités à travers le système national d'information sanitaire. Cette démarche pourrait inviter la résistance des dépôts eux-mêmes, qui pourraient voir dans le processus d'enregistrement – fût-ce sous une forme moins contraignante que celle déjà appliquée aux pharmacies agréées – l'imposition d'une charge administrative et financière supplémentaire encore à leur commerce. Le défi principal à relever serait donc de veiller au respect des normes minimales de prestation de la contraception et à l'enregistrement des ventes dans le cadre des programmes de planification familiale natio-

naux, sans attendre de ces prestataires qu'ils assument pleinement un rôle clinique.

Les pharmacies et les dépôts de vente de médicaments, indépendamment de leur situation légitime ou non, représentent fondamentalement des entreprises à but lucratif, dont le principal objectif est de vendre leurs produits. Il en découle, malgré leur immense potentiel d'accroître la pratique contraceptive si les incitations du marché sont en place pour les encourager à stocker et offrir les méthodes, que ces entreprises ne disposent guère de temps et de ressources à investir dans le conseil ou le suivi des clientes (faute, du reste, de motivation à ce faire). Une documentation-conseil disposée stratégiquement dans les dépôts et les pharmacies (comme des brochures ou des messages audiovisuels librement accessibles approuvés par les programmes nationaux et produits avec l'aide d'ONG) pourrait favoriser l'optimisation des créneaux de planification familiale et de conseil dans ces points de vente²⁸.

La littérature existante confirme la capacité limitée des dépôts de vente de médicaments et des pharmacies à servir de points d'entrée à la prestation de services de planification familiale en structure de santé²⁶⁻²⁸, même dans les contextes où les politiques sont en place pour assurer l'orientation des clientes vers un conseil contraceptif intégral^{33,34}. Cela d'autant plus que les femmes choisissent souvent les petits points de prestation privés et informels car ils offrent des avantages de commodité, de rapidité et d'anonymat, qui diminueraient si ces prestataires devaient assumer des responsabilités de conseil et d'orientation, au-delà de la recommandation d'une consultation en structure de santé, en cas d'effets secondaires problématiques. En d'autres termes, ce que les autorités de la planification familiale peuvent considérer comme des services de contraception incomplets représente précisément ce qui facilite la décision des femmes qui ont accès à des prestataires informels: un échange anonyme rapide, limité à la fourniture d'un minimum d'information utile et où la méthode préférée peut être achetée, suivant le besoin, à prix abordable. Tandis que les programmes de santé recherchent les approches de la qualité centrées sur les clientes, l'aboutissement de tout effort de mise à contribution de ces prestataires tiendra donc, autant que possible, au maintien de leur valeur perçue pour les femmes.

Limites

Cette étude présente certaines limites. D'abord et surtout, l'instabilité inhérente de la population de petits dépôts de vente de médicaments informels. Faute d'un recensement complet des prestataires privés de Kinshasa et étant donné les difficultés de localisation des dépôts figurant sur les listes, notre échantillon ne peut pas être considéré comme véritablement représentatif de tous ces points de vente. De plus, du fait de l'obtention de l'échantillon initial au départ d'un recensement compilé par le ministère de la Santé, il peut y avoir eu un certain biais en faveur des dépôts de meilleure qualité dans l'univers initial. Cela dit, étant donné que plus de la moitié des dépôts de vente de médica-

ments visités étaient des établissements de remplacement ne figurant pas dans le recensement initial, le processus de collecte des données a vraisemblablement résolu le problème. Par conséquent, le grand nombre de dépôts visités et leur répartition dans 33 zones sanitaires de Kinshasa rend très probable la capture des expériences typiques des jeunes femmes dans la capitale.

Ensuite, la présentation au personnel des dépôts de clientes totalement naïves, n'ayant prétendument aucune connaissance antérieure des solutions de contraception d'urgence, différait des autres études dans lesquelles les femmes avaient demandé spécifiquement la pilule contraceptive d'urgence^{22,35,36}. Aussi le plan de recherche ne couvre-t-il pas le type de services et de médicaments obtenus par les femmes ayant une plus grande expérience de la méthode. La comparaison des résultats avec ceux de l'étude précédente dans les pharmacies agréées de Kinshasa en est aussi limitée²², cette dernière ayant présenté des clientes non naïves. Compte tenu de la faible sensibilisation à la méthode dans une grande partie de Kinshasa¹¹, les chercheurs estiment néanmoins justifié le choix de clientes fictives représentant des jeunes femmes inexpérimentées.

En troisième lieu, le recours à sept clientes fictives sur 12 dotées, pour le moins, d'une certaine connaissance médicale peut avoir introduit un certain biais dans les résultats des visites, soit du fait de leur maîtrise supérieure de la question par rapport à la moyenne des jeunes Kinois, soit parce que leur connaissance technique pourrait les avoir rendues plus critiques dans leur évaluation des réponses et de l'attitude des prestataires. Le test de signification effectué sur les réponses des clientes n'a cependant révélé aucune association entre le niveau d'éducation des clientes et leur évaluation de l'attitude des prestataires ou de leur disposition à leur fournir la contraception d'urgence.

Conclusions

Cette étude éclaire quelque peu le monde occulte des dépôts de vente de médicaments non agréés de Kinshasa quant à leur capacité de fournir la contraception d'urgence aux jeunes femmes confrontées au risque d'une grossesse non désirée. Elle révèle une situation moins désastreuse que celle initialement attendue par les intervenants de la planification familiale en RDC. Nous avons constaté que le personnel de ces dépôts locaux prodiguait en grande majorité aux jeunes femmes une information utile, exacte et respectueuse. Ce résultat contredit la perception répandue – dans les cercles des autorités gouvernementales en particulier – que ces établissements sont incapables de fournir des services de contraception appropriés^{15,16}. Une implication programmatique majeure de cette recherche est la nécessité que les programmes de planification familiale en RDC identifient et établissent des modèles de partenariat avec les dépôts de vente de médicaments qui assurent des services de contraception adéquats pour les méthodes qu'ils offrent généralement, tout en reconnaissant cependant que ces points de vente ne désirent peut-être pas être pleinement agréés au même titre que les pharmacies. La «

droguerie » et les autres classifications similaires utilisées en Afrique subsaharienne pour désigner ce niveau secondaire de prestataires de médicaments pourraient servir de modèle à la structure d'un tel partenariat, dont la mobilisation pourrait être assurée à la faveur d'incitations du marché telles que les programmes de marketing social, le renforcement de la chaîne d'approvisionnement et les activités de génération de la demande au niveau communautaire. Le plus grand défi consistera toutefois à repositionner les dépôts de vente de médicaments dans le contexte de la fourniture de contraceptifs en assurant un niveau acceptable de qualité mais sans les surcharger de tâches qu'ils ne puissent pas nécessairement accomplir et qui risqueraient en fait d'amoinrir leurs avantages perçus dans une perspective centrée sur la cliente.

RÉFÉRENCES

- Riley C et al., Getting to FP2020: harnessing the private sector to increase modern contraceptive access and choice in Ethiopia, Nigeria and DRC, *PLOS ONE*, 2018, 13(2):e0192522, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0192522>.
- Nguyen H et al., Assessing public and private sector contributions in reproductive health financing and utilization for six Sub-Saharan African countries, *Reproductive Health Matters*, 2011, 19(37):62–74, [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(11\)37561-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(11)37561-1).
- Tumlinson K, Okigbo CC et Speizer IS, Provider barriers to family planning access in urban Kenya, *Contraception*, 2015, 92(2): 143–151, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2015.04.002>.
- Chandra-Mouli V et al., Contraception for adolescents in low and middle income countries: needs, barriers and access, *Reproductive Health*, 2014, 11:1, <http://dx.doi.org/10.1186/1742-4755-11-1>.
- Radovich E et al., Who meets the contraceptive needs of young women in Sub-Saharan Africa? *Journal of Adolescent Health*, 2018, 62(3):273–280, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.09.013>.
- Gonsalves L et Hindin MJ, Pharmacy provision of sexual and reproductive health commodities to young people: a systematic literature review and synthesis of the evidence, *Contraception*, 2017, 95(4):339–363, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2016.12.002>.
- Tulane University School of Public Health et École de Santé Publique de l'Université de Kinshasa, *Performance Monitoring and Accountability 2020 (PMA2020) Survey Round 7, PMA2018/DRC-R7 (Kinshasa)*, Kinshasa, République démocratique du Congo et Baltimore, Maryland, États-Unis: PMA2020, 2018, <https://www.pmadata.org/countries/democratic-republic-congo/drc-indicators/pma2018kinshasa-round-7-indicators>.
- Muanda M et al., Barriers to modern contraceptive use in Kinshasa, DRC, *PLOS ONE*, 2016, 11(12):e0167560, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0167560>.
- Kwete D et al., Family planning in the Democratic Republic of the Congo: encouraging momentum, formidable challenges, *Global Health: Science and Practice*, 2018, 6(1):40–54, <http://dx.doi.org/10.9745/GHSP-D-17-00346>.
- Babazadeh S et al., Assessing the contraceptive supply environment in Kinshasa, DRC: trend data from PMA2020, *Health Policy and Planning*, 2018, 33(2):155–162, <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czx134>.
- Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), Ministère de la Santé publique (MSP) et ICF International, *Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014*, Rockville, Maryland, États-Unis: MPSMRM, MSP et ICF International, 2014, <https://dhsprogram.com/publications/publication-fr300-dhs-final-reports.cfm>.
- Lowe RF et Montagu D, Legislation, regulation and consolidation in the retail pharmacy sector in low-income countries, *Southern Med Review*, 2009, 2(2):35–44.

13. Bola S, National Program for Drugs and Medicines, Ministère de la Santé, République démocratique du Congo, Kinshasa, communication personnelle, 15 mars 2015.
14. Bishikwabo KN, The informal pharmaceuticals market in the Democratic Republic of Congo, *Development in Practice*, 1998, 8(2):241–245, <http://dx.doi.org/10.1080/09614529853882>.
15. Amwanga Z, Pharmacies hors la loi en RDC: des médicaments accessibles mais non sans risque, *Global Press Journal*, 17 juin 2019, <https://globalpressjournal.com/africa/democratic-republic-of-congo/illegal-pharmacies-provide-access-not-safety-drc/fr/>.
16. Office congolais de contrôle, Plus de 5 000 pharmacies à Kinshasa fonctionnent sans autorisation officielle, blog, 2013, <http://occ.cd/plus-de-5-000-pharmacies-a-kinshasa-fonctionnent-sans-autorisation-officielle/>.
17. FPwatch Group, *FPwatch Study Reference Document: Democratic Republic of Congo Outlet Survey 2015*, Washington, DC: Population Services International, 2016.
18. Chandra-Mouli V et al., A systematic review of the use of adolescent mystery clients in assessing the adolescent friendliness of health services in high, middle and low-income countries, *Global Health Action*, 2018, 11(1):1536412, <http://dx.doi.org/10.1080/16549716.2018.1536412>.
19. Bessinger RE et Bertrand JT, Monitoring quality of care in family planning programs: a comparison of observations and client exit interviews, *International Family Planning Perspectives*, 2001, 27(2):64–70, <http://dx.doi.org/10.2307/2673816>.
20. Boyce C et Neale P, *Using Mystery Clients: A Guide to Using Mystery Clients for Evaluation Input*, Watertown, Massachusetts, États-Unis: Pathfinder International, 2006, <https://pdfs.semanticscholar.org/0f1e/79fa0e2c77ca9e27148fc8ae3324276ddbe0.pdf>.
21. Rethans JJ et al., Unannounced standardised patients in real practice: a systematic literature review, *Medical Education*, 2007, 41(6): 537–549, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02689.x>.
22. Hernandez JH et al., The provision of emergency contraception in Kinshasa's private sector pharmacies: experiences of mystery clients, *Contraception*, 2018, 97(1):57–61, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2017.08.001>.
23. PMA Agile, *PMA Agile Dashboard DRC Client Exit Interviews*, Baltimore, Maryland, États-Unis: PMA2020, 2018, <https://pma2020.org/pma-agile-dashboard-drc-cei>.
24. Mbadu MF, Programme national de la santé des adolescents, Ministère de la Santé, République démocratique du Congo, Kinshasa, communication personnelle, 22 mars 2015.
25. Sieverding M et al., Bias in contraceptive provision to young women among private health care providers in South West Nigeria, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2018, 44(1):19–29, <http://dx.doi.org/10.1363/44e5418>.
26. Obare F, Keesbury J et Liambila W, The provision of emergency contraceptives in private sector pharmacies in urban Kenya: experiences of mystery clients, *African Population Studies*, 2010, 24(1-2):42–52, <http://dx.doi.org/10.11564/24-1-2-305>.
27. Ujuju C et al., An assessment of the quality of advice provided by patent medicine vendors to users of oral contraceptive pills in urban Nigeria, *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2014, 7:163–171, <http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S57117>.
28. Ambegaokar M et al., Assessing the performance of pharmacy agents in counseling family planning users and providing the pill in Benin: an evaluation of Intrah/PRIME and PSI training assistance to the Benin social marketing program, *PRIME Technical Report*, Chapel Hill, Caroline du Nord, États-Unis: Intrah et PRIME II Project, 2003, n° 37, <http://www.prime2.org/prime2/pdf/TR37.pdf>.
29. Fitzpatrick A et Tumlinson K, Strategies for optimal implementation of simulated clients for measuring quality of care in low-and middle-income countries, *Global Health: Science and Practice*, 2017, 5(1):108–114, <http://dx.doi.org/10.9745/GHSP-D-16-00266>.
30. Hernandez JH et al., Awareness and perceptions of emergency contraceptive pills among women in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2017, 43(3):121–130, <http://dx.doi.org/10.1363/43e4417>.
31. Brady C et al., *Planning Guide for a Total Market Approach to Increase Access to Family Planning: Toolkit and Glossary*, Washington, DC: U.S. Agency for International Development, 2016, http://evidenceproject.popcouncil.org/wp-content/uploads/2016/05/RH_tma_icfp_toolkit.pdf.
32. Hardee K, Wofford D et Thatte N, Partnering with the private sector to strengthen provision of contraception, *Family Planning Evidence Brief*, Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2017, n° WHO/RHR/17.08, <http://dx.doi.org/doi.org/10.31899/rh4.1007>.
33. Liambila W, Obare F et Keesbury J, Can private pharmacy providers offer comprehensive reproductive health services to users of emergency contraceptives? Evidence from Nairobi, Kenya, *Patient Education and Counseling*, 2010, 81(3):368–373, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.09.001>.
34. Delotte J et al., Délivrance de la contraception d'urgence aux mineures dans les pharmacies françaises, *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2008, 36(1):63–66, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2007.11.001>.
35. Tavares MP et Foster AM, Emergency contraception in a public health emergency: exploring pharmacy availability in Brazil, *Contraception*, 2016, 94(2):109–114, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2016.04.006>.
36. Asantewa MI, Dispensing practice of pharmacy staff in the provision of emergency contraceptive pills, thèse inédite, Accra: School of Public Health, University of Ghana, 2015.

Remerciements

La recherche décrite dans cet article a bénéficié d'une subvention (2017/66688) de la fondation David and Lucile Packard Foundation. Les auteurs tiennent à remercier Temple Cooley, Coley Gray et Amy Iftekhar. Merci aussi à Annie Glover pour ses commentaires réfléchis sur les versions préliminaires du manuscrit.

Coordonnées de l'auteur: jhernan7@tulane.edu