

Des stratégies pour rendre les LAPM plus disponibles, plus accessibles et plus acceptables

En Afrique, des défis complexes entravent l'accès aux méthodes de contraception permanentes et à longue durée d'action (LAPM) ainsi que leur acceptation. Mais ces défis peuvent être relevés. Les programmes mis en œuvre dans des contextes aux faibles ressources ont démontré que les femmes et les hommes ont recours aux LAPM lorsque ces méthodes sont relancées ou introduites de manière efficace. Les efforts déployés au niveau national ont incorporé des stratégies, tant traditionnelles que novatrices, pour surmonter des obstacles clés, notamment des questions de politiques générales, la formation des prestataires de niveau intermédiaire à fournir des services de contraception en dispensaire et le lancement de campagnes médiatiques pour mieux sensibiliser les populations aux LAPM. Cependant, ces efforts n'ont enregistré qu'un succès limité. La poursuite de l'élaboration et de l'évaluation d'approches basées sur des preuves scientifiques, ainsi que la documentation et le perfectionnement de ces approches seront indispensables pour améliorer la distribution des LAPM dans la région.

Créer un environnement politique favorable

L'adoption de nouvelles politiques ou la mise à jour des politiques existantes peuvent faciliter l'accès aux LAPM. A cette fin, il est important que les politiques se traduisent par des lignes directrices et des protocoles afin de réduire les obstacles auxquels peuvent se heurter les femmes et les couples qui veulent obtenir des services de qualité.

Le Mali a été l'un des premiers pays africains à obtenir l'autorisation officielle de mise sur le marché et de mettre en place un programme d'introduction du Norplant sans avoir à répéter un essai clinique long et coûteux. Le Mali a aussi été parmi les premiers pays à permettre aux adolescentes ayant bénéficié de counseling d'utiliser cette méthode. Au Mali, le nombre de femmes utilisant des implants est passé de moins de 3.000 en 1987 à plus de 10.000 en 2001.¹

Le Ministère de la Santé du Kenya, ainsi que ses partenaires, a révisé les Lignes directrices du Kenya en planification familiale à l'intention des prestataires de services afin de prendre en compte les recommandations émises en 2004 par l'Organisation mondiale de la Santé. Les nouvelles lignes directrices ont été utilisées pour guider les prestataires des provinces de l'ouest et du littoral sur les critères de recevabilité élargis en matière d'adoption du dispositif intra-utérin (DIU). En partie en raison de ce changement, le nombre de nouvelles utilisatrices du DIU des centres médicaux bénéficiant du soutien AMKENI dans ces provinces est passé de 151 durant le premier trimestre 2003 à 373 durant le dernier trimestre 2005.²

Les programmes mis en œuvre dans des contextes aux faibles ressources ont démontré que les femmes et les hommes ont recours aux LAPM lorsque ces méthodes sont relancées ou introduites de manière efficace.

Assurer la sécurité des approvisionnements en contraceptifs

On parle ici d'un approvisionnement fiable et régulier en produits et équipement, ce qui est indispensable pour que les programmes puissent répondre à toute la demande actuelle et émergente en services de planification familiale, y compris les services LAPM. Il est également important de veiller à ce que les LAPM figurent sur les listes des médicaments essentiels, ce qui facilitera l'enregistrement de nouveaux contraceptifs au niveau national et améliorera ainsi l'accès.

Les gouvernements du Kenya et de la Tanzanie font partie des pays qui ont renoncé aux contributions en nature des bailleurs de fonds et qui financent eux-mêmes l'acquisition des contraceptifs. En 2005, le gouvernement tanzanien a créé une rubrique dans son budget annuel pour l'acquisition des contraceptifs. La même année, les implants ont été ajoutés à la liste des produits de base acquis.³

Tous les médicaments considérés comme nécessaires à un système de soins de santé de base figurent sur la *Liste modèle des médicaments essentiels de l'Organisation mondiale de la Santé*. En 2007, les implants à deux bâtonnets libérant du levonorgestrel, comme Jadelle, ont été ajoutés à la liste, ce qui comportait déjà les DIU. Le gouvernement du Kenya a approuvé Jadelle en 2003, bien avant qu'il soit ajouté à la liste internationale des médicaments essentiels.

L'outil *Approche stratégique pour la sécurité des produits de santé de la reproduction* a aidé les pays aux ressources limitées à évaluer leur sécurité contraceptive et à élaborer des solutions pour assurer et maintenir un bon approvisionnement et une bonne palette de produits dans ce domaine. Madagascar fait partie d'un groupe de pays africains qui utilise déjà cet outil pour élaborer une nouvelle stratégie de financement des contraceptifs, y compris les LAPM.⁴

Etendre les services aux régions rurales

Si l'on veut améliorer l'accès des populations à toute une gamme de méthodes et de services de planification familiale, il est essentiel de rendre les LAPM plus disponibles. De nombreux efforts ont été déployés pour faciliter l'accès des femmes rurales aux LAPM en abordant les difficultés de mobilité, l'insuffisance d'informations sur la planification familiale et l'absence de personnel formé à mesure que les médecins quittent les zones rurales pour les zones urbaines à la recherche d'emplois plus intéressants et mieux payés.

En 2004, Save the Children USA a formé en Guinée des agents à base communautaire à fournir des informations sur le DIU et à référer les clientes intéressées aux services de pose de DIU situés dans le district de Mandiana. Les prestataires de deux centres de santé en milieu rural et d'un centre de santé en milieu urbain ont également été formés à la pose et au retrait du DIU. Après cette intervention, les prestataires ont signalé que 85 pour cent des femmes venues pour obtenir des services DIU avaient été référées par des agents communautaires. Le nombre de poses de DIU dans la zone d'étude a plus que quintuplé (passant de 13 dans les six mois précédant l'intervention à 73 dans les six mois suivant l'intervention).⁵

Par le biais de l'initiative CHOICE, Marie Stopes International dirige des équipes mobiles de prestataires de services LAPM, notamment dans les pays du Zimbabwe, du Kenya, de la Tanzanie et de Madagascar. Les équipes voyagent dans des véhicules entièrement équipés et offrent des services LAPM aux postes de soins du Ministère de la Santé situés en milieu rural. Etant donné que des technologies simples sont appliquées pour administrer l'anesthésie, les prestataires de niveau intermédiaire peuvent assurer tous ces services. En 2006, Marie Stopes Tanzanie opérait 19 centres fixes avec plus de 600 sites communautaires. Plus de 30.000 implants ont été posés et plus de 47.000 stérilisations féminines ont été effectuées.⁶

Maintenir un effectif de prestataires formés

Pour remédier à l'insuffisance de prestataires qualifiés en services LAPM en Afrique, des groupes « noyaux » de prestataires de soins de santé doivent être convenablement formés à dispenser ces services et à maintenir leurs compétences. Les paraprofessionnels constituent un groupe important pour le counseling et la référence des clients, en particulier à l'extérieur des principaux centres urbains. Une formation initiale et continue, accompagnée d'un soutien et d'un encadrement continus, est indispensable pour assurer des services de haute qualité.

Au Guatemala, le Ministère de la Santé a formé et agréé des infirmiers professionnels et des infirmiers auxiliaires à fournir des services de pose et de retrait du DIU dans les centres de soins et les postes de santé de neuf zones de santé rurales. En 2003 et 2004, 90 prestataires de soins ont suivi la formation et ont posé 722 DIU. Le projet a accru le nombre total de services DIU assurés par les centres de santé participants.⁷

Entre 1994 et 2004, EngenderHealth a formé plus de 300 équipes de médecins et d'infirmiers à effectuer la stérilisation féminine au Ghana. Le projet s'est également concentré sur la création d'un système de formation et d'encadrement durable couvrant tous les centres de santé participants. Pendant ce projet, le nombre de centres assurant la stérilisation féminine a presque triplé. Plus de 27.000 femmes ont choisi cette option.⁸

Fournir aux individus des informations exactes

Une plus grande sensibilisation à l'égard des LAPM et la prise en compte de la réticence vis-à-vis de ces méthodes en raison d'idées erronées et de mythes courants peuvent faciliter l'acceptation de ces services et créer une demande. Des projets ont disséminé des informations exactes

sur les LAPM sous diverses formes, notamment par la télévision, la radio, des imprimés, des réunions communautaires et des interactions entre pairs.

En 2006, le projet ACQUIRE et le Ministère de la Santé du Kenya ont lancé dans le district de Kisii une campagne multi-médiatique, accompagnée d'activités de vulgarisation pour corriger les idées erronées et les mythes courants concernant le DIU. La campagne a fait usage d'annonces et interviews radiodiffusées, d'affiches et brochures et de clientes satisfaites qui ont contesté les opinions négatives et qui ont fourni des informations exactes sur le DIU. De 2005 à 2006, la sensibilisation des individus au DIU s'est améliorée et l'adoption de cette méthode a plus que doublé dans ce district. L'utilisation globale des LAPM a également augmenté de 27 pour cent.⁹

Engager le secteur privé

L'élargissement de la participation du secteur privé — qui inclut à la fois les organisations non gouvernementales et le secteur commercial — peut améliorer le choix des consommateurs en augmentant le nombre de sources pouvant offrir des LAPM. Le secteur privé peut être une autre source de contraceptifs particulièrement importante pour les clients qui peuvent se permettre ces services.

L'organisation Marie Stopes Tanzanie collabore avec le gouvernement tanzanien pour réduire les dépenses de formation, de personnel et d'équipement pour la distribution des LAPM. Marie Stopes International assure également des services LAPM à travers toute la Tanzanie. Ces services sont couverts par un financement central auquel participent de nombreux bailleurs. Cependant, un système de recouvrement des coûts est également en place pour aider les dispensaires à devenir plus autonomes. Entre 2001 et 2006, le nombre de stérilisations féminines réalisées par cette organisation a augmenté considérablement, passant de 5.271 à 48.000 — plus de 50 pour cent de toutes les stérilisations féminines pratiquées en Tanzanie.¹⁰

Le réseau de PSI/Népal, Sun Quality Health Network, qui a été créé en 2003, est une franchise collective composée de partenariats regroupant plus de 200 dispensaires privés. Le réseau utilise les dispensaires pour organiser aussi des foires de la santé afin d'offrir du counseling et des services de haute qualité relatifs au DIU, à la vasectomie et à la stérilisation féminine. D'ici 2006, près de 2.000 DIU avaient été posés et 6.000 stérilisations féminines avaient été effectuées dans des dispensaires fixes et mobiles.¹¹

Pendant les trois années du projet AMUA au Kenya, Marie Stopes International et Marie Stopes Kenya ont créé un réseau de 141 franchises collectives regroupant des médecins, des agents cliniques, des infirmiers et des agents de distribution à base communautaire qui dispensent des services LAPM dans cinq provinces. Entre 2004 et 2007, il y a eu plus de 15.000 poses de DIU et plus de 20.000 stérilisations féminines.¹²

Mettre en œuvre des stratégies intégrées

Les efforts les plus réussis d'introduction ou de relance des LAPM ont pour effet simultané d'augmenter la demande en services et d'améliorer la qualité de la prestation de ces services. La formation de « champions » qui encouragent l'usage des LAPM et qui sollicitent le soutien des gouvernements, des communautés médicales, des dirigeants locaux et du public en général est l'un des éléments importants d'une stratégie intégrée.

En 2003, le Ministère de la Santé du Kenya a lancé une initiative pour revitaliser l'emploi du DIU. La stratégie de réintroduction nationale consistait notamment à s'attirer le soutien des parties prenantes, renforcer la capacité à fournir des services de haute qualité, disséminer des informations exactes sur le DIU et procéder au suivi et évaluation des progrès réalisés. Pendant le projet, 2.800 femmes environ se sont fait poser un DIU aux 97 centres soutenus par AMKENI. Le nombre des nouvelles utilisatrices de DIU dans ces centres a plus que doublé entre 2003 et 2005.¹³



Le Service de Santé du Ghana a collaboré avec Engender Health/projet ACQUIRE et avec la Mission au Ghana de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international en vue de déterminer si la vasectomie pourrait être une option contraceptive viable dans ce pays. Une intervention qui s'est déroulée en 2004 a utilisé une campagne médiatique intense, des activités au sein des communautés et la formation de prestataires et de personnels cliniques afin d'assurer de meilleurs services en matière de vasectomie. Le nombre de vasectomies réalisées dans les zones couvertes par le programme est passé de 18 en 2003 à 81 en 2004.¹⁴

Documenter les efforts pour assurer la durabilité et l'amplification des programmes

Bien que des stratégies, tant traditionnelles que novatrices, aient été mises en œuvre pour relancer les LAPM, la documentation sur les efforts de longue durée est limitée. D'autres recherches, ainsi que le suivi et évaluation à long terme, sont toujours nécessaires pour repérer les interventions les plus efficaces et durables. La documentation de programmes pilotes ou de « pratiques prometteuses », à mesure qu'ils sont reproduits ou élargis, facilitera l'identification des interventions qui sont les plus susceptibles d'élargir l'accès aux LAPM et les choix en matière de santé de la reproduction.

Dans le but d'améliorer l'accès aux services DIU ainsi que la qualité de ces services, le sous-comité sur le DIU de l'initiative MAQ (Maximiser l'accès et la qualité) de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international a mis au point « une trousse à outils pour le DIU ». Publié en 2006, l'*IUD Toolkit* est une ressource en ligne qui fournit des informations complètes sur le DIU qui sont basées sur des preuves scientifiques. Les décideurs, les directeurs de programme, les prestataires et autres peuvent utiliser cette ressource pour améliorer les services DIU existants et ajouter de nouveaux services à leurs programmes et pour s'informer des innovations visant à élargir l'accès au DIU. Ils peuvent également adapter la trousse aux conditions locales. Dans la première moitié de 2007, la trousse à outils a été visitée plus de 45.000 fois dans le monde entier.

- 1 Kerrigan M, Gaffikin L. *The Effect of Norplant Implants Training on Increasing Access to Family Planning Services: The Senegal and Mali Experiences*. JHPIEGO Technical Report FCA-24. Baltimore, MD: JHPIEGO Corporation, 1996.
- 2 Fischer S. *Translating Research into Practice: Reintroducing the IUD in Kenya*. Research Triangle Park, NC: Family Health International, 2005.
- 3 Pile JM, Simbakalia C. *Repositioning Family Planning—Tanzania Case Study: A Successful Program Loses Momentum*. New York: EngenderHealth/ACQUIRE Project, 2006; Sarley D, Rao R, Hart C, et al. *Contraceptive Security: Practical Experiences in Improving Global, Regional, National, and Local Product Availability*. Arlington, VA: U.S. Agency for International Development/DELIVER, 2006.
- 4 Hare L, Hart C, Scribner S, et al., eds. *SPARHCS: Strategic Pathway to Reproductive Health Commodity Security. A Tool for Assessment, Planning, and Implementation*. Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs/INFO Project, 2004.
- 5 Keita DR, Mwebesa W. *Rapid Impact Assessment of the IUD in the Medical District of Mandiana, Guinea*. Washington, DC: Save the Children, 2006.
- 6 Quinn H, Marie Stopes International. Personal communication. September 27, 2007.
- 7 Montufar E, Vernon R, Morales C, et al. *Improving Access to Long-Term Contraceptives in Rural Guatemala through the Ministry of Health*. New York: Population Council, 2005.
- 8 EngenderHealth. *Improving Access and Quality of Clinical Family Planning Services in the Public and Private Sectors in Ghana*. End of Project Report. Accra, Ghana: EngenderHealth, 2004.
- 9 The ACQUIRE Project. *Revitalizing Family Planning in Kisii District, Kenya: Increasing Awareness, Access and Use of the IUCD through Supply, Demand and Advocacy*. New York: EngenderHealth/The ACQUIRE Project, 2007.
- 10 Quinn.
- 11 Eber M. Increasing awareness and access to long-term and permanent methods through clinic franchising and health fairs in Nepal. In: *IUD Toolkit*. Washington, DC: U.S. Agency for International Development/Maximizing Access and Quality Initiative, 2006. Accessible : http://www.maqweb.org/iudtoolkit/marketing_comm/truthcampaign.shtml.
- 12 Obhai G, Coombes Y. *Social Franchising Project for Modern Clinical Family Planning Methods*. End of Project Evaluation Report. London: Marie Stopes International, 2007.
- 13 Fischer.
- 14 The ACQUIRE Project. *'Get a Permanent Smile'—Increasing Awareness of, Access to, and Utilization of Vasectomy Services in Ghana*. New York: EngenderHealth/The ACQUIRE Project, 2005.

Cette synthèse a pu être réalisée grâce au soutien généreux du peuple américain par le biais de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). Family Health International est responsable du contenu de cette synthèse qui ne reflète pas nécessairement les vues de l'USAID ou du Gouvernement des Etats-Unis. L'aide financière a été fournie par l'USAID au titre de l'accord coopératif No. GPO-A-00-05-00022-00, dans le cadre du programme Recherche et utilisation des technologies en matière de contraception et de santé de la reproduction (CRTU).

Pour de plus amples informations ou des exemplaires supplémentaires, prière de contacter :

Coordinatrice des publications
Family Health International
P.O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709 Etats Unis
Tél : 1.919.544.7040
Courriel : publications@fhi.org

© 2008 Family Health International

