La distribution à base communautaire des contraceptifs injectables

Guide pratique de formation

Auteurs : Benjamin Weil, Kirsten Krueger, John Stanback et Theresa Hatzell Hoke

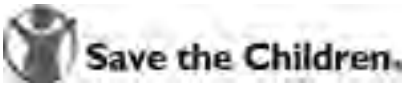
Family Health International

La distribution à base communautaire des contraceptifs injectables

Guide pratique de formation

Auteurs : Benjamin Weil, Kirsten Krueger, John Stanback et Theresa Hatzell Hoke

Family Health International



La distribution à base communautaire des contraceptifs injectables : guide pratique de formation

Auteurs : Benjamin Weil, Kirsten Krueger, John Stanback et Theresa Hatzell Hoke

Ce manuel est dédié aux femmes et aux hommes qui ont pris part aux projets pilotes et aux projets de mise à l'échelle qui ont eu lieu en Ouganda et à Madagascar.

© 2009 Family Health International

ISBN : 1-933702-34-6

Le présent ouvrage a pu être réalisé grâce au soutien généreux du peuple américain par le biais de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). Le contenu de cet ouvrage est la responsabilité de Family Health International (FHI) et ne reflète pas nécessairement les vues de l'USAID ou du gouvernement des Etats-Unis. Le soutien financier a été apporté par l'USAID au titre de l'accord de coopération GPO-A-00-05-00022-0, le programme Recherche et utilisation des technologies en matière de contraception et de santé de la reproduction (CRTU).

Family Health International
P.O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
Etats-Unis

Téléphone : +1 (919) 544.7040
Fax : +1 (919) 544.7261

Site Web : *www.fhi.org*

Remerciements

Les collaborateurs de ce manuel — Family Health International et Save the Children USA — possèdent une riche expérience de l'aide aux populations du monde en développement en vue de planifier des familles en bonne santé et d'améliorer leur santé de la reproduction. En faisant part dans cet ouvrage de leur connaissance des programmes de santé communautaire, ces deux organisations espèrent améliorer l'accès aux services de planification familiale en fournissant la contraception injectable aux personnes qui en ont besoin.

De nombreuses personnes ont participé à la rédaction de la version originale (en anglais) de ce manuel et nous les remercions toutes. Benjamin Weil, consultant indépendant, a réalisé l'importante tâche de la compilation du manuscrit préliminaire. Nous lui sommes reconnaissants de la compétence dont il a fait preuve pour synthétiser les informations à l'aide des concepts élaborés par les autres coauteurs, ainsi que pour incorporer rapidement et efficacement les commentaires des réviseurs.

Nous tenons également à remercier le personnel et les collègues suivants de leur expertise et de leurs contributions au contenu et à la révision du document en anglais : Amanda Abbott, Angela Akol, Martha Bekiita, Bonita Birungi, Crystal Dreisbach, Barbara Janowitz, Kelsey Lynd, Winifride Mwebesa, Tara Nutley, Serge Raharison, Elizabeth T. Robinson, Monica Wanjiru, et Jennifer Wesson.

Nous sommes tout particulièrement reconnaissants à Michael Szpir d'avoir effectué un travail remarquable de relecture et de correction de plusieurs versions préliminaires du manuel en anglais et à Elizabeth T. Robinson de la supervision indispensable du projet. Hopkins Design Group a assuré la conception graphique de cet ouvrage.

Mary Bean a apporté son expertise aux activités de révision de la traduction et de production du présent manuel en français.

Enfin, nous tenons à remercier l'Agence des Etats pour le développement international (USAID) d'avoir financé ce projet.

Family Health International
Save the Children USA
Décember 2008

A propos de ce manuel

Le présent manuel décrit comment ajouter les contraceptifs injectables à la gamme de services de planification familiale offerts dans le cadre d'un programme de distribution à base communautaire (DBC) *existant*. Cette approche repose sur l'expérience de deux projets pilotes récemment menés en Ouganda et à Madagascar. Ces pays ont été choisis en raison d'un besoin extrême en services de planification familiale, de l'existence de programmes DBC déjà établis et de la volonté de leur gouvernement à adopter cette approche de prestation de services en contraception injectable.

Le projet d'Ouganda a été amorcé en 2004 dans le district de Nakasongola et se poursuit jusqu'à ce jour. Les accomplissements du projet de Nakasongola a eu pour effet d'encourager l'intégration des contraceptifs injectables aux programmes DBC dans d'autres districts. Le projet était parrainé par Family Health International (FHI), Save the Children et la division de la Santé de la Reproduction du ministère de la Santé ougandais.

Le projet pilote de Madagascar a été lancé en 2006 dans les régions d'Anosy et d'Alaotra Mangoro. Le projet était parrainé par FHI et par le ministère malgache de la Santé et du Planning Familial, avec la collaboration de SantéNet, Population Services International (PSI), l'Adventist Development Relief Association (ADRA) et Action Santé Organisation Secours (ASOS).

Une forte demande pour la distribution à base communautaire de contraceptifs injectables se fait sentir dans ces deux pays, ainsi que dans un certain nombre de pays voisins. Le but ultime de la réalisation du présent ouvrage est de répondre à cette demande. Les directeurs de programmes, les autorités responsables et autres qui s'intéressent à accroître l'accès aux services de planification familiale apprendront beaucoup des leçons présentées dans cet ouvrage. Les lecteurs seront en mesure de visualiser les neuf étapes nécessaires pour préparer, entamer et poursuivre la DBC de contraceptifs injectables.

Bien que cet ouvrage se penche sur l'intégration des contraceptifs injectables à un programme DBC déjà existant, il contient des informations qui pourront être utiles pour ceux qui désirent commencer un programme DBC dans un endroit où il n'en existe pas encore. Cependant, cet ouvrage ne devra pas être le seul guide à prendre en considération pour entamer un programme DBC.

Les annexes contiennent une gamme d'outils — questionnaires, formulaires et autres ressources — qui peuvent vous aider à ajouter la contraception injectable à un programme DBC existant. Vous pouvez naturellement adapter et améliorer ces outils pour qu'ils conviennent à votre contexte.

Nous désirons vivement entendre vos suggestions sur les améliorations que nous pourrions apporter aux sections du présent ouvrage. N'hésitez pas à adresser vos commentaires à :

Family Health International
P.O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709 Etats-Unis

Téléphone : +1 (919) 544.7040
Courriel : publications@fhi.org

Table des matières

Remerciements		**i**
A propos de ce manuel		**ii**
Introduction		**1**
Les neuf étapes		**3**
Etape 1 :	Déterminer la faisabilité et le besoin de la DBC des contraceptifs injectables	**7**
Etape 2 :	Evaluer les coûts possibles de l'ajout des contraceptifs injectables à un programme DBC	**11**
Etape 3 :	Envisager d'incorporer la DBC des contraceptifs injectables à la politique nationale de santé et aux lignes directrices pour la prestation de services	**15**
Etape 4 :	Promouvoir l'utilisation des contraceptifs injectables et sensibiliser la communauté	**21**
Etape 5 :	Etablir un système logistique pour assurer l'approvisionnement régulier en fournitures	**25**
Etape 6 :	Former les agents DBC à fournir le service	**31**
Etape 7 :	Etablir des mécanismes pour assurer la grande qualité et la sécurité du service	**37**
Etape 8 :	Prévoir de documenter les activités et les réalisations du programme	**43**
Etape 9 :	Assurer la mise à l'échelle réussie du projet pilote	**49**
Points essentiels à retenir		**52**
Annexes		
Annexe 1 :	Ressources	**55**
Annexe 2 :	Abréviations	**57**
Annexe 3 :	Glossaire	**59**
Annexe 4 :	Formulaire d'évaluation rapide de la faisabilité d'ajouter des services de DMPA à un programme DBC existant	**61**
Annexe 5 :	Exemple de plan de formation pour la DBC du DMPA	**65**
Annexe 6 :	Examen d'évaluation des connaissances avant et après la formation	**67**
Annexe 7 :	Cours de formation : La prestation de services de DMPA par les agents DBC en Afrique	**69**

Annexe 8 :	Liste de contrôle pour les clientes souhaitant commencer l'usage du DMPA (ou du NET-EN)	**97**
Annexe 9 :	Calendriers 2009–2011	**103**
Annexe 10 :	Fiche de suivi annuel des clientes	**107**
Annexe 11 :	Fiche de référence des clientes des agents DBC	**109**
Annexe 12 :	Formulaire de gestion des stocks pour les agents DBC	**111**
Annexe 13 :	Liste de contrôle pour la supervision dans le cadre d'un programme DBC du DMPA	**113**
Annexe 14 :	Formulaire d'évaluation des compétences pour la DBC du DMPA	**115**

Encadrés

Une note sur la terminologie	**1**
Tour d'horizon des contraceptifs injectables	**2**
Deux modèles de distribution à base communautaire : Ouganda et Madagascar	**7**
Financer la DBC des contraceptifs injectables en Ouganda et à Madagascar	**11**
Faire participer les parties prenantes d'importance clé à l'échelle nationale	**16**
Rallier le soutien du district à la DBC des contraceptifs injectables	**17**
Les champions de la DBC au niveau du district	**21**
Gérer les approvisionnements en Ouganda et à Madagascar	**25**
Sélection des agents DBC à former en Ouganda et à Madagascar	**31**
Deux modèles de formation possibles	**32**
Evaluation de la formation en Ouganda et à Madagascar	**34**
Supervision en Ouganda	**37**
Supervision à Madagascar	**38**
Evaluation professionnelle des agents DBC	**38**
Formation de mise à jour pour les agents DBC d'Ouganda	**39**
Exemple de cadre de suivi et d'évaluation pour un programme DBC de contraceptifs injectables	**44**
Importance du suivi et de l'évaluation en Ouganda	**46**
Soutenir la mise à l'échelle du programme en Ouganda	**49**
Exemples de mise à l'échelle réussie	**50**
Le Project Matlab au Bangladesh	
Le Project APROFAM au Guatemala	

Introduction

D'après l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), 36 pays africains sur 46 connaissent actuellement de graves pénuries en médecins, infirmiers et sages-femmes. Cette insuffisance se produit à une époque de demande grandissante en services de planification familiale dans toute l'Afrique subsaharienne. C'est un phénomène qui se fait sentir surtout en milieu rural où les méthodes de contraception modernes sont rares et où le personnel formé à fournir ces services est peu nombreux.

Une manière de combler cette lacune consiste à fournir des contraceptifs injectables par le biais de programmes de distribution à base communautaire (DBC). Les contraceptifs injectables sont l'option que préfèrent beaucoup de femmes, étant donné que c'est une méthode pratique, efficace et sans danger que les femmes peuvent utiliser discrètement, à l'insu de leur partenaire. Bien qu'il en existe plusieurs types, le contraceptif injectable le plus couramment utilisé est le DMPA (l'acétate de médroxyprogestérone-dépôt), connu aussi sous le nom de Dépo-Provera.

Une note sur la terminologie

A des fins d'homogénéité, le terme conventionnel « distribution à base communautaire » (DBC) est utilisé dans ce manuel. Cependant, le concept de la distribution de produits aux individus d'une communauté est progressivement remplacé par celui de la fourniture non seulement de produits, mais aussi de services. L'expression « services à base communautaire » (SBC) est donc de plus en plus utilisée. Selon le pays ou la région en question, cette dernière expression peut recouvrir les activités mises en œuvre par le biais de véhicules comme les programmes de vulgarisation agricole, les pharmacies, les boutiques de médicaments et les programmes d'alphabétisation.

Pareillement, de nombreux termes sont utilisés dans les différents pays pour décrire les diverses catégories de personnel paraprofessionnel travaillant au niveau de la communauté. Dans ce manuel, le terme « agent de distribution à base communautaire », ou « agent DBC », a été choisi comme terme générique pour désigner ces paraprofessionnels.

Les agents de distribution à base communautaire, ou « agents DBC », sont en général des membres de la communauté en qui les femmes ont confiance et qui ont été formés à fournir des services de planification familiale et des informations sur la santé de la reproduction dans un cadre confidentiel et privé. Les agents DBC travaillent souvent en collaboration étroite avec les formations sanitaires, les bureaux de santé de district, le ministère de la Santé de leur pays et les organisations non gouvernementales (ONG). La distribution à base communautaire de services de planification familiale peut se présenter sous la forme de visites au domicile de la cliente, de visites au domicile de l'agent DBC ou de visites à un poste de santé communautaire. Dans des endroits où ces agents n'existent pas, les femmes ont souvent à parcourir de longues distances pour se rendre dans une formation sanitaire approprié, ou elles doivent tout simplement se passer de services de planification familiale. Bien que les programmes DBC soient traditionnellement mis en œuvre en milieu rural, cette approche peut aussi être utilisée dans les régions qui connaissent de grandes disparités dans l'utilisation des services de santé.

La DBC des contraceptifs injectables est un concept relativement nouveau dans la plupart des pays en développement. Malgré tout, les programmes menés en Afrique, en Asie et en Amérique latine ont révélé que cette approche à la prestation de services de planification familiale peut s'avérer extrêmement efficace. En effet, les agents DBC ont prouvé à maintes reprises qu'ils :

- **peuvent administrer des injections sans danger**
- **savent quand référer les clientes à une formation sanitaire**
- **peuvent maintenir des approvisionnements réguliers**
- **peuvent se débarrasser des aiguilles et seringues sans danger**
- **peuvent informer les clientes sur les effets secondaires**
- **peuvent administrer les contraceptifs injectables conformément au calendrier**

Malgré les preuves scientifiques solides de l'efficacité et de l'absence de risque de la DBC des contraceptifs injectables, cette dernière demeure un volet peu courant des programmes DBC.

Tour d'horizon des contraceptifs injectables

Le Dépo-Provera est un contraceptif injectable qui contient un progestatif — acétate de médroxyprogestérone-dépôt (DMPA) — une version synthétique de l'hormone féminine progestérone. Une femme reçoit une injection de Dépo-Provera tous les trois mois pour éviter de tomber enceinte. L'hormone fonctionne en empêchant l'ovulation et en épaississant la glaire cervicale, ce qui la rend impropre à la pénétration des spermatozoïdes dans l'utérus.

Le Dépo-Provera peut être utilisé par les femmes en âge de procréer qui ne sont pas enceintes et qui ne présentent pas de contre-indications à l'emploi d'hormones injectables. Les contraceptifs injectables comme le Dépo-Provera sont des méthodes très efficaces, réversibles, discrètes et faciles à utiliser. En outre, ces méthodes ne gênent pas l'acte sexuel et elles n'ont pas d'effet sur la lactation.

Le Dépo-Provera présente d'autres avantages. Les femmes qui utilisent ce médicament sont moins susceptibles d'être atteinte d'un cancer de l'endomètre ou de l'ovaire, ou de souffrir d'une grossesse extra-utérine ou d'une maladie inflammatoire pelvienne symptomatique. Son utilisation peut réduire les crises de drépanocytose chez les femmes atteintes de cette maladie et peut également prévenir les crises d'épilepsie.

Néanmoins, le Dépo-Provera a quelques inconvénients. Le retour de la fertilité n'est en général pas immédiat — en moyenne les femmes doivent attendre neuf mois après la dernière injection avant de pouvoir concevoir. En outre, comparé à certaines méthodes comme le préservatif, le Dépo-Provera n'offre aucune protection contre le VIH et autres infections sexuellement transmissibles. Cette méthode peut aussi s'accompagner de quelques effets secondaires, notamment des règles prolongées, abondantes ou irrégulières (petits saignements, ou spotting), en particulier pendant les trois à six premiers mois d'emploi. Après la première année d'emploi, de nombreuses femmes se trouveront en état d'aménorrhée (c'est-à-dire qu'elles n'auraient plus leurs règles jusqu'à l'abandon de la méthode et au retour de la fertilité). D'autres effets secondaires peuvent être la prise de poids, les maux de tête et des nausées.

L'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) prévoit d'introduire une nouvelle formule de Dépo-Provera appelée « Dépo-subQ Provera 104 ». Le Dépo-subQ a la même efficacité que le Dépo-Provera original, mais il contient une dose plus faible d'hormone. La nouvelle formule est administrée par une injection sous-cutanée à l'aide d'une aiguille plus courte que celle exigée pour l'injection intramusculaire de la formule originale. Le Dépo-subQ sera fourni sous forme de dispositif d'injection prérempli, facile à utiliser et d'usage unique (Unject), ce qui constitue un élément encore plus important pour l'utilisation de cette méthode dans les pays en développement. L'emploi du Dépo-subQ comme contraceptif a été approuvé par l'Administration des produits pharmaceutiques et alimentaires des Etats-Unis (FDA) en 2004.

Il existe un autre contraceptif injectable à progestatif, appelé Noristérat ou NET-EN, qui doit être administré tous les deux mois.

D'autres contraceptifs injectables se composent à la fois de progestatif et d'œstrogène, mais ils doivent être administrés tous les mois. Ces produits combinés sous forme injectable sont moins couramment utilisés que ne le sont ceux à progestatif seul. En outre, leur administration requiert de plus grandes compétences techniques et ils ne sont donc en général pas administrés par des agents DBC. Aucun des contraceptifs injectables sur le marché ne provoquent des malformations congénitales ou la stérilité de la femme.

LES NEUF ETAPES

Les neuf étapes décrites ci-dessous sont indispensables pour établir et gérer un programme de distribution à base communautaire des contraceptifs injectables. Ces étapes élémentaires aideront les décideurs politiques et les directeurs de programmes à déterminer s'ils sont en mesure de fournir ce service. Il est important de reconnaître qu'un grand nombre de ces étapes doivent être considérées simultanément, même pendant les premières phases du projet pilote. Chaque étape est examinée en détail dans les sections suivantes du manuel.

Etape 1 :
Déterminer la faisabilité et le besoin de la DBC des contraceptifs injectables

Etape 2 :
Evaluer les coûts possibles de l'ajout des contraceptifs injectables à un programme DBC

Etape 3 :
Envisager d'incorporer la DBC des contraceptifs injectables à la politique nationale de santé et aux lignes directrices pour la prestation de services

Etape 4 :
Promouvoir l'utilisation des contraceptifs injectables et sensibiliser la communauté

Etape 5 :
Etablir un système logistique pour assurer l'approvisionnement régulier en fournitures

Etape 6 :
Former les agents DBC à fournir le service

Etape 7 :
Etablir des mécanismes pour assurer la grande qualité et la sécurité du service

Etape 8 :
Prévoir de documenter les activités et les réalisations du programme

Etape 9 :
Assurer la mise à l'échelle réussie du projet pilote

ETAPE 1

Déterminer la faisabilité et le besoin de la DBC des contraceptifs injectables

JOHN STANBACK/FHI

ETAPE 1

Déterminer la faisabilité et le besoin de la DBC des contraceptifs injectables

1

Existe-t-il un besoin en ce service dans votre région ou pays ? Les directeurs de programmes et les décideurs politiques en matière de santé devront :

- **Déterminer si les politiques du gouvernement soutiennent la DBC des services de planification familiale.** Ces politiques peuvent faciliter ou entraver vos efforts, suivant qu'elles encouragent ou découragent la DBC.
- **Repérer un programme DBC existant qui pourrait bénéficier de l'adjonction des services de contraception injectable.**
- **Déterminer si le programme est suffisamment solide pour ajouter des services de contraception injectable.** Il serait important d' examiner les capacités relatives des superviseurs du programme et du personnel des formations sanitaires. Les questions ci-après pourront vous aider à déterminer la capacité relative du programme existant (voir aussi Annexe 4).
  - Le programme DBC actuel est-il efficace ? Par exemple, combien « d'années-couples de protection » fournit-il ?
  - Le programme propose-t-il d'effectuer un bilan de santé avant de fournir une méthode de planification familiale (comme les contraceptifs oraux) ? Ou fournit-il uniquement des préservatifs ?
  - Le programme a-t-il la bonne réputation de garder ses employés ?
  - Le programme tient-il bien ses dossiers — y compris les formulaires soumis par les agents DBC ?
  - Le programme a-t-il accès à des approvisionnements réguliers et fiables fournis par des formations sanitaires ou autres sources ?
  - Le programme bénéficie-t-il d'un ferme soutien logistique ?
  - La présence du programme dans la zone est-elle continue ?
  - Quelles sont les qualifications des agents DBC ? Possèdent-ils les compétences et les connaissances de base requises pour s'instruire sur la contraception injectable ?
  - Existe-t-il un besoin en services de planification familiale à base communautaire que les formations sanitaires existants ne peuvent pas satisfaire, mais qui pourrait être satisfait par des agents DBC ?

BENJAMIN WEIL/FHI

Deux modèles de distribution à base communautaire : Ouganda et Madagascar

En Ouganda et à Madagascar, les agents DBC travaillent en étroite collaboration avec les formations sanitaires locales pour obtenir les fournitures nécessaires à l'administration de contraceptifs injectables. Les agents des deux pays ne sont pas directement payés en contrepartie de leur travail, mais ils ont reçu une indemnité de transport pour assister aux séances de formation initiales.

En Ouganda, les agents DBC reçoivent des imperméables, des bottes en caoutchouc et des bicyclettes pour faciliter leur travail. Dans le cadre du projet pilote de Madagascar, les agents ne bénéficient pas de ces incitations. Par contre, les 15 premières doses de Dépo-Provera leur sont fournies gratuitement, ainsi qu'un approvisionnement initial de seringues, d'aiguilles, d'alcool et de coton. Les agents doivent payer 150 ariary — environ 0,08 $US — pour chaque dose suivante de Dépo-Provera, laquelle vient avec une seringue et une aiguille. Les agents administrent chaque injection pour le prix de 300 ariary, réalisant ainsi un bénéfice de 100 pour cent.

Quel est le meilleur modèle ? Si les agents d'Ouganda sont reconnaissants des incitations qu'ils reçoivent, ils aimeraient gagner un peu d'argent pour leur travail. A Madagascar, les agents estiment qu'ils pourraient bénéficier d'incitations, comme des imperméables, des bottes en caoutchouc et des bicyclettes, en particulier pendant la saison des pluies. Mais ils trouvent aussi qu'un bénéfice de 150 ariary par cliente n'est pas suffisant.

Certains agents déclarent qu'ils éprouvent de la satisfaction à avoir l'occasion de perfectionner leurs compétences, à être traités avec respect par leur communauté et à aider les autres. Le développement personnel et professionnel peut être une récompense importante pour certains. D'autres déclarent que l'absence de rémunération financière ou matérielle est un facteur qui compromet la durabilité des programmes DBC. De nouveaux modèles de récompense des agents s'avèrent nécessaires.

- Les agents DBC sont-ils rattachés à une formation sanitaire ? Ce rattachement est indispensable pour la communication des informations, la supervision, les approvisionnements et les références aux services appropriés.
- Y a-t-il des membres du personnel d'une formation sanitaire, ou des superviseurs techniques, qui seraient disposés à encadrer la DBC des contraceptifs injectables ?
- Le programme actuel sera-t-il viable si vous y ajoutez des services de contraception injectable ?

- **Déterminer comment les agents DBC sont rémunérés ou motivés à travailler.**
  - Les agents DBC sont-ils bénévoles ou reçoivent-ils une certaine forme de paiement (sur la vente de DMPA ou sous forme de salaire) ?

KELSEY LYND/FHI

- **Effectuer une évaluation des besoins.** Le besoin de la DBC des contraceptifs injectables peut dépendre de plusieurs facteurs :
  - Le besoin insatisfait en planification familiale.
  - La demande pour les méthodes de planification familiale chez les clientes des communautés ne disposant pas de formation sanitaire, y compris la demande spécifique pour la contraception injectable.
  - Les demandes des femmes pour une méthode de planification familiale qui n'exige pas la coopération de leur mari ou partenaire.
  - Les demandes exprimées par les femmes de disposer d'une méthode de planification familiale qu'elles peuvent utiliser quand elles allaitent.
- **Repérer des régions qui peuvent avoir besoin de contraception injectable.**
  - Existe-t-il dans le pays une zone spécifique qui révèle un besoin particulier de la DBC des contraceptifs injectables ?
  - Est-ce que cette zone utilise depuis longtemps les services à base communautaire ?
  - Est-il possible d'assurer la durabilité des services à base communautaire dans cette zone ?
- **Evaluer les possibilités de réussite des contraceptifs injectables dans votre pays en comparant la popularité relative des différentes méthodes contraceptives qui sont actuellement utilisées.**
- **Déterminer s'il existe une pénurie de personnel clinique formé pour administrer les injections.** Cette pénurie pourrait-elle être comblée par la DBC des contraceptifs injectables ?
  - Les services de planification familiale sont-ils facilement disponibles dans les formations sanitaires locales ?
  - Les formations sanitaires locales disposent-elles d'un personnel suffisant pour administrer régulièrement les contraceptifs injectables ?
  - Quel est le rayon couvert par la formation sanitaire ? Si cette dernière essaie de couvrir un grand rayon, son personnel risque de ne pas être en mesure de se rendre dans les communautés éloignées.
  - Les membres des communautés parcourent-ils de grandes distances pour se rendre aux formations sanitaires en vue d'obtenir des services de planification familiale ?

Pièges à éviter pendant l'Etape 1

- Penser qu'une région bénéficiera de la DBC de contraceptifs injectables quand la demande est faible et que l'offre est élevée (aux formations sanitaires existantes où la majorité de la population peut se rendre).
- Décider d'entamer la DBC de contraceptifs injectables en l'absence d'un programme DBC déjà établi.

ETAPE 2

Evaluer les coûts possibles de l'ajout des contraceptifs injectables à un programme DBC

KELSEY LYND/FHI

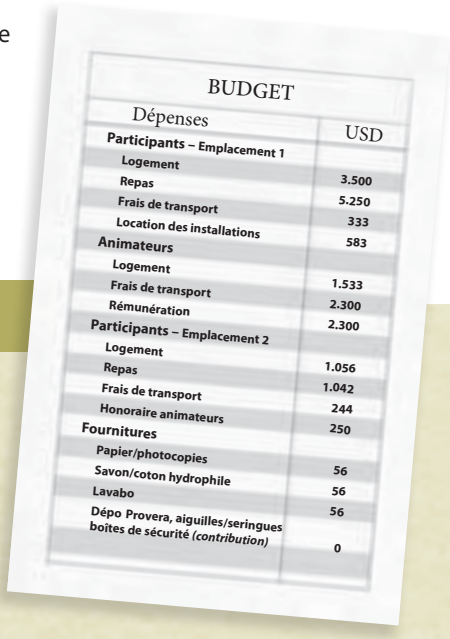
ETAPE 2

Evaluer les coûts possibles de l'ajout des contraceptifs injectables à un programme DBC

2

Une critique exprimée depuis longtemps sur les programmes DBC concerne leur coût trop élevé. Cependant, il ne doit pas en être ainsi. Le coût de l'adjonction des contraceptifs injectables à un programme DBC peut être faible si ce programme est déjà bien doté en ressources et qu'il fonctionne bien. Normalement, un programme DBC bien établi aurait déjà consacré les fonds nécessaires à la formation et à l'encadrement des agents DBC ainsi qu'à leur fournir des incitations. Si cette structure est en place, le coût de l'ajout des contraceptifs injectables peut être faible. En revanche, le résultat peut être considérable, se traduisant par une efficacité accrue et par un nombre grandissant de nouvelles clientes qui acceptent la planification familiale. Nous présentons ci-dessous certains des facteurs que vous devrez prendre en compte avant d'ajouter la contraception injectable à un programme DBC.

- **Déterminer les coûts de l'introduction et du maintien de la DBC des contraceptifs injectables.**
  - Les femmes ont-elles déjà accès à des services cliniques de planification familiale ? Il n'est guère utile d'ajouter la contraception injectable à un programme DBC si les femmes peuvent se rendre dans une formation sanitaire où elles peuvent recevoir ce service.
  - La formation des prestataires est l'une des plus grosses dépenses associées à l'introduction des contraceptifs injectables. En Ouganda, des sages-femmes ont reçu une formation intensive pour administrer des contraceptifs injectables. Généralement, la formation s'accompagne de dépenses telles que le voyage, les repas, les fournitures et la location du matériel audiovisuel, outre les coûts du formateur. Le recours à des formateurs rattachés au ministère de la Santé peut contribuer à forger des liens entre les responsables de la santé au niveau local et le programme DBC.
  - La supervision peut également être très coûteuse. Pour qu'un programme fonctionne bien, la supervision doit être fréquente ; tous les programmes devraient donc prévoir des visites de supervision à des intervalles rapprochés pour vérifier que les clientes reçoivent des services réguliers sans trop attendre et qu'elles bénéficient d'un counseling de qualité. Des visites de supervision fréquentes se traduiront par des coûts plus élevés en transport et en dépenses quotidiennes. Dans un programme DBC déjà établi et bien doté en ressources, la programmation normale des visites de supervision suffit probablement. En conséquence, l'adjonction des contraceptifs injectables à la gamme de méthodes n'entraînera sans doute pas ou guère de dépenses de supervision supplémentaires. Dans le cas de programmes DBC insuffisamment dotés en ressources, des fonds supplémentaires puissent s'avérer nécessaires pour couvrir le coût d'un nombre accru de visites de supervision.



BUDGET

Dépenses	USD
Participants – Emplacement 1	
Logement	3.500
Repas	5.250
Frais de transport	333
Location des installations	583
Animateurs	
Logement	1.533
Frais de transport	2.300
Rémunération	2.300
Participants – Emplacement 2	
Logement	1.056
Repas	1.042
Frais de transport	244
Honoraire animateurs	250
Fournitures	
Papier/photocopies	56
Savon/coton hydrophile	56
Lavabo	56
Dépo Provera, aiguilles/seringues boites de sécurité *(contribution)*	0

Financer la DBC des contraceptifs injectables en Ouganda et à Madagascar

Les programmes menés en Ouganda et à Madagascar ont tous les deux bénéficié du soutien fourni par leur ministère de la Santé respectif. Family Health International (avec le soutien de l'USAID) et Save the Children ont aidé à parrainer le programme d'Ouganda. Avec le soutien de l'USAID, FHI, secondée par ses partenaires, SantéNet, PSI, ADRA et ASOS, a fourni une assistance technique au programme de Madagascar.

- **Calculer les coûts de la mise à l'échelle du programme.**
  - Bien que la formation soit coûteuse, les planificateurs peuvent décider qu'une formation moins intensive est possible pendant la mise à l'échelle du programme, se traduisant par une réduction des coûts par personne. Cette réduction se produirait si un plus grand nombre de participants étaient inclus dans chaque séance de formation ou si la durée de la formation était raccourcie. Si, pendant phase de mise à l'échelle, il est possible d'avoir recours à des formateurs internes, les coûts peuvent alors être couverts par la réaffectation de ces formateurs. Cependant, si la mise à l'échelle du programme nécessite un grand nombre de stages supplémentaires, il pourra s'avérer nécessaire d'engager ou d'employer sous contrat d'autres formateurs, ce qui se traduira alors par une augmentation des coûts.
  - Quel type d'incitation ou de motivation fournirez-vous aux agents DBC, compte tenu de leurs responsabilités accrues et de leur plus lourde charge de travail ?
- **Evaluer l'efficacité de l'introduction et de l'appui financier continu du programme par rapport à ses coûts.**
  - Dans de bonnes conditions, l'ajout des contraceptifs injectables à un programme DBC peut être très efficace par rapport à son coût. Si un programme fonctionne bien, les contraceptifs injectables peuvent être ajoutés aux méthodes existantes à un coût raisonnable. La recherche a montré que l'élargissement de la gamme d'options contraceptives offertes aux femmes augmente les taux d'utilisation et de prévalence contraceptives.
- **Trouver des fonds pour ajouter la contraception injectable aux services à base communautaire.**
  - Le ministère de la Santé (seul ou en collaboration avec des partenaires internationaux) financera-t-il la prestation de services de contraception injectable dans le cadre d'un programme DBC existant ?
  - Le programme est-il réalisable sans le soutien financier du ministère de la Santé ? En l'absence du soutien financier du gouvernement, il est important d'avoir reçu l'engagement financier à long terme d'un bailleur de fonds.

Pièges à éviter pendant l'Etape 2

- Introduire un programme DBC de contraceptifs injectables et supposer (sans évaluation) que le programme national de santé ou que des bailleurs de fonds financeront les contraceptifs.
- Supposer (sans évaluation) que les clientes voudront et pourront payer les contraceptifs injectables.
- Négliger de calculer le coût de la formation (notamment les séances de perfectionnement sur les mises à jour techniques concernant tous les contraceptifs, y compris les contraceptifs injectables).

ETAPE 3

Envisager d'incorporer la DBC des contraceptifs injectables à la politique nationale de santé et aux lignes directrices pour la prestation de services

BENJAMIN WEIL/FHI

ETAPE 3

Envisager d'incorporer la DBC des contraceptifs injectables à la politique nationale de santé et aux lignes directrices pour la prestation de services

3

- **Déterminer si la politique nationale de santé ou les lignes directrices pour la prestation de services soutiennent déjà ces activités et si le personnel paramédical est autorisé à administrer les injections.** Si le personnel non médical donne de temps en temps d'autres injections (par exemple pendant les campagnes de vaccination), ceci peut faciliter l'acceptabilité de la DBC des contraceptifs injectables par les décideurs politiques.
  - L'existence d'une politique nationale officielle n'est pas forcément obligatoire pour entamer un programme DBC de contraception injectable, mais elle peut y contribuer. Dans un pays, par exemple, la politique nationale de santé n'a pas officiellement autorisé la pratique de l'administration des injections par des agents DBC, mais des membres importants du ministère de la Santé ont approuvé le démarrage d'un programme DBC.
  - Les nouvelles *Normes et procédures en santé de la reproduction* du ministère malgache de la Santé et du Planning Familial ont été finalisées juste avant le démarrage du programme pilote et comprennent maintenant la DBC de contraceptifs injectables. Ce changement de politique a été l'aboutissement des efforts ininterrompus de plaidoyer menés à l'échelle nationale auprès du ministère de la Santé et des bailleurs de fonds par un médecin fort zélé.
  - Certains pays voudront peut-être élaborer des programmes pilotes avant de prendre des décisions concernant la politique. En Ouganda, le Dr Anthony K. Mbonye, chef de la division santé de la reproduction du ministère de la Santé, a déclaré : « Il nous fallait acquérir de l'expérience avec la DBC du DMPA avant de modifier la politique. Après l'expérimentation conduite à Nakasongola, Kakaseke et Luwero, nous devrions posséder suffisamment d'expérience pour modifier la politique. »
  - Le Malawi est en train de revoir ses lignes directrices en prévision d'un programme DBC de contraceptifs injectables.
- **Plaidoyer pour la DBC des contraceptifs injectables si la politique nationale de santé d'un pays ne soutient pas déjà ce service.** Le ralliement d'un soutien à l'échelon national peut influencer la politique de santé et les lignes directrices pour la prestation de services.
  - Organiser des réunions avec les responsables du ministère de la Santé, les ONG pertinentes, les bailleurs de fonds et autres partenaires afin d'examiner les avantages de la DBC des contraceptifs injectables pour répondre aux besoins des femmes en milieu rural ainsi que dans des quartiers mal desservis, comme les bidonvilles. Les principaux avantages sont notamment :
    - L'expansion des services de contraception dans les zones où le besoin est insatisfait
    - La possibilité d'offrir aux femmes un choix plus large, en particulier à celles qui préfèrent une méthode fort efficace, commode et discrète
    - Réduction des risques de grossesse non planifiée, d'avortement dans des conditions dangereuses, ainsi que de morbidité et de mortalité maternelles
    - Promotion d'une meilleure survie infantile par l'espacement des naissances
  - Utiliser l'exemple de l'Ouganda pour démontrer l'efficacité d'un projet mettant en vedette la DBC des contraceptifs injectables.
  - Utiliser les informations figurant dans le dossier de plaidoyer (voir Annexe 1) pour démontrer comment fonctionnerait votre projet, l'innocuité de l'injection, l'intérêt de la DBC des contraceptifs injectables, ainsi que d'autres facteurs.

Dossier de plaidoyer contenant dix synthèses sur la DBC du DMPA

- **Si les lignes directrices officielles ne peuvent pas être modifiées avant le démarrage du projet pilote, solliciter le soutien du ministère de la Santé pour aider à faire progresser le projet.** Une lettre en faveur du projet, envoyée aux bureaux de santé de district, devrait suffire.
- **Faire participer les parties prenantes d'importance clé à l'échelle nationale pour rallier leur appui à ce service.**
  - En Ouganda, Save the Children et FHI ont tenu des réunions s'adressant aux parties prenantes avec des responsables du ministère de la Santé et des représentants d'ONG, ainsi qu'avec la mission USAID. L'Ouganda a aussi formé une équipe de base — incluant le ministère de la Santé, FHI et Save the Children — chargée de coordonner et de mettre en œuvre le projet. D'autres parties prenantes importantes ont été consultées, notamment :
    - L'Association médicale ougandaise
    - L'Association ougandaise privée de sages-femmes
    - L'Association de gynécologues et d'obstétriciens d'Ouganda
    - Le Programme national élargi de vaccination d'Ouganda
  - A Madagascar, une équipe « Bonne Pratiques » de USAID/FHI s'est entretenue avec des responsables du ministère de la Santé et du Planning Familial pour discuter de l'intégration des meilleures pratiques en matière de santé de la reproduction, notamment la DBC des contraceptifs injectables, aux programmes de planification familiale. Après ces entretiens, le ministère a constitué un comité directeur se composant des acteurs principaux ci-après :

Faire participer les parties prenantes d'importance clé à l'échelle nationale

« Il faut avant tout convaincre une personne qui servira de catalyseur. » C'est ainsi que le Dr Anthony Mbonye, chef de la division de la Santé de la Reproduction au ministère de la Santé ougandais, explique le processus utilisé par FHI et ses partenaires pour convaincre les décideurs nationaux de plaider pour la DBC du DMPA dans le pays. « La première personne concernée au ministère, c'est le directeur des programmes — et c'était moi », explique-t-il.

Une fois convaincu des avantages potentiels de l'approche, le Dr Mbonye a joué un rôle important pour faire avancer le projet pilote en Ouganda. Il a soumis le protocole au Conseil national des sciences et technologies et a fait campagne pour son approbation. Puis il s'est assuré que les volets nécessaires de logistique, d'approvisionnement et de supervision étaient en place. Il a aussi facilité l'organisation de réunions régulières avec des responsables du ministère de la Santé, des représentants de Save the Children et des autorités sanitaires locales, ainsi qu'avec les dirigeants communautaires de Nakasangola.

Dès que les résultats du projet pilote sont devenus disponibles, le Dr Mbonye a facilité leur diffusion aux scientifiques et aux autres collègues de la profession. « Nous avons constaté que le taux d'acceptation était élevé, que le taux de continuation était élevé et que la sécurité des injections était bonne », a-t-il déclaré.

Le Dr Mbonye conseille aux autres responsables gouvernementaux qui envisagent d'appuyer la DBC des contraceptifs injectables d'examiner les preuves scientifiques et de voir comment l'approche pourrait contribuer à réaliser leurs buts. « Nous devons chercher des manières innovantes de faire le travail et impliquer tout le monde », dit-il. « Nous devons également mettre les initiatives communautaires en relation avec les services de santé officiels, notamment à travers la référence. »

BENJAMIN WEIL/FHI

- Le coordinateur du comité directeur, appartenant au ministère de la Santé et du Planning Familial
- Des co-investigateurs de projet, appartenant au ministère de la Santé et du Planning Familial
- Des partenaires du secteur de la santé, notamment SantéNet et PSI
- Des ONG, notamment ADRA et ASOS
- Un représentant de l'USAID
- Un représentant de FHI

- **Faire participer les parties prenantes d'importance clé à l'échelon du district — notamment les dirigeants politiques, les dirigeants communautaires, les chefs religieux et les prestataires de services.** La participation au niveau du district est indispensable pour 1) engager le personnel des formations sanitaires au niveau communautaire, 2) assurer la supervision du projet, 3) assurer l'approvisionnement en fournitures continu, 4) référer les individus aux services de santé appropriés et 5) établir des liens entre les communautés et les autorités nationales.
  - Se rappeler que certaines parties prenantes pourront avoir des réserves à l'égard de l'administration des injections par un personnel non médical. Il pourra être utile de citer l'exemple de l'Ouganda, où il a été extrêmement rare de se heurter à des problèmes d'injection ou d'infection résultant d'une injection.
  - Expliquer comment la DBC des contraceptifs injectables peut alléger la charge de travail des prestataires dans les formations sanitaires et les aider à accroître l'accès des femmes aux méthodes de contraception, en particulier auprès de celles vivant dans des zones reculées.
  - En Ouganda, les parties prenantes d'importance clé au niveau du district regroupaient les directeurs des services de santé, qui étaient en mesure de motiver d'autres acteurs, tels que les secrétaires à la santé au niveau du district. A Madagascar, la participation dès le début des autorités sanitaires du district a contribué à renforcer le soutien au projet. Les coordinateurs du projet ont contacté les bureaux de santé de district pour demander la permission de mettre en œuvre le projet pilote. Le comité directeur national, une fois établi, a tenu des réunions de coordination régionales.

Rallier le soutien du district à la DBC des contraceptifs injectables

Avant le démarrage du projet pilote en Ouganda, les responsables de la santé, au niveau national et au niveau du district, étaient réticents à ce que du personnel non médical administre les injections. « L'idée que [les agents DBC] donnent les injections était considérée comme radicale. J'étais vraiment très sceptique », a déclaré le Dr Godfrey Kasibante, coordinateur suppléant de la santé pour le district de Nakasongola. « Il était difficile d'imaginer que quelqu'un qui n'avait pas reçu de formation à l'éthique médicale ou aux mesures de sécurité pourrait donner des injections. Puis j'ai constaté qu'il n'y avait pas de problème. Le fait qu'ils [les agents] administraient avec succès les vaccins a aidé. »

Le Dr Kasibante a aussi été inspiré par le besoin d'accroître l'accès aux soins de santé dans les régions reculées. « Nous n'avons pas assez d'agents de santé pour donner les injections. Nous devons promouvoir la recherche de soins et apporter les services aux gens là où ils sont plutôt que d'attendre qu'ils viennent vers nous. »

Les statistiques sur les services de santé du district ont aussi apaisé le scepticisme du Dr Kasibante : « Save the Children est venu à Nakasongola en 2001 et cette organisation est en train d'améliorer les indicateurs en matière de planification familiale. En 2001, le taux de prévalence contraceptive [d'après les statistiques sur les services au niveau du district] était de 9 pour cent. Il est maintenant de 14 pour cent. » Cette augmentation se produit à un moment où le taux national d'utilisation contraceptive n'augmente pratiquement pas. La DBC de la planification familiale (y compris du DMPA) est considérée comme la raison principale de cette augmentation. En conclusion, le Dr Kasibante ajoute : « Accélérons le processus nécessaire pour mettre en place des services de DMPA… il serait bon de l'étendre à toutes les régions d'Ouganda. »

- **Déterminer si les formations sanitaires locales soutiennent l'idée de la DBC pour les contraceptifs injectables.**
  - Quelles sont les relations des agents DBC avec les formations sanitaires ? Lorsqu'on planifie un projet pilote, il est bon d'essayer de s'appuyer sur les relations existantes entre les agents DBC et les formations sanitaires locales. S'il n'existe pas de relations entre eux, il faut prendre contact avec ces établissements au début de la phase de planification. Faire valoir le besoin de leur expérience et de leur encadrement. Il est également important de leur souligner que les agents DBC peuvent contribuer à réduire la charge de travail des formations sanitaires et qu'ils peuvent prendre contact avec les clientes qui ne sont pas en mesure de s'y rendre normalement.
    - En Ouganda, les coordinateurs de projet tiennent des réunions d'encadrement mensuelles pour forger des liens entre les formations sanitaires et leurs communautés.
    - A Madagascar et en Ouganda, les agents DBC soumettent des rapports mensuels aux formations sanitaires, ce qui permet d'assurer un contact régulier avec le personnel de l'établissement et ce qui permet aussi aux agents DBC de se réapprovisionner en fournitures. En outre, des membres du personnel clinique supervisent les agents.
    - Aussi à Madagascar et en Ouganda, les agents se procurent leurs fournitures auprès des formations sanitaires. Le responsable clinique du sous-district de Lwampanga, en Ouganda, a été surpris quand il a entendu pour la première fois que les agents administraient les injections. Mais il reconnaît maintenant que cela facilite son travail, « les [agents DBC] font un bon travail. Nous travaillons de concert. »
- **Mobiliser le soutien communautaire à la DBC des contraceptifs injectables.**
  - A Madagascar, les coordinateurs de projet se sont efforcés d'obtenir l'engagement des maires et autres dirigeants communautaires, ainsi que des directeurs des formations sanitaires. Ces directeurs étaient réticents au début, mais ils se sont maintenant engagés à soutenir le projet. Les coordinateurs ont officiellement présenté le projet aux formations sanitaires et ont tenu des réunions avec la communauté pour présenter les agents DBC.
  - En Ouganda, l'éducatrice principale en santé, spécialiste du plaidoyer et de la communication qui travaille à la division de la Santé de la Reproduction du ministère de la Santé, s'est engagée dans l''élaboration d'un dossier de plaidoyer, *Améliorer l'accès à la planification familiale : la distribution à base communautaire du DMPA* (voir Annexe 1). Elle estime que les dix synthèses contenues dans le dossier aideront à rallier un soutien à la poursuite de l'expansion de ces services en Ouganda. Elle a aussi déclaré que « les parties prenantes [locales] ont joué un rôle dans l'élaboration du matériel d'information, et pas simplement Save the Children et FHI. Leur participation a contribué à apaiser les craintes et les préoccupations. L'élaboration des documents a été facilitée par l'ouverture d'esprit et aussi par la collaboration des dirigeants communautaires. Leur participation et leur acceptation en encourageront d'autres à suivre le mouvement. »

Pièges à éviter pendant l'Etape 3

- Supposer que l'absence de réglementations nationales existantes et de lignes directrices pour la prestation des services de contraception injectable par la DBC exclura la possibilité de démarrer un programme.

ETAPE 4

Promouvoir l'utilisation des contraceptifs injectables et sensibiliser la communauté

JASON B. SMITH/FHI

ETAPE 4

Promouvoir l'utilisation des contraceptifs injectables et sensibiliser la communauté

4

- **Si possible, conduire une campagne d'information.**
  - Les campagnes d'information pourraient consister en messages diffusés à la radio ou à la télévision pour faire connaître les services de contraception injectable par la DBC dans la zone cible. Assurez-vous de savoir quelle est la proportion de votre population cible qui a accès à la télévision ou à la radio avant de mettre en œuvre une telle campagne.
    - A Madagascar, les messages radiodiffusés ont attiré des clientes vers les formations sanitaires, permettant ainsi aux agents DBC d'accomplir leur formation pratique qui comportait l'administration de six injections.
- **Produire et diffuser des informations imprimées de plaidoyer — par exemple des prospectus et des affiches — sur la contraception injectable.** Les programmes peuvent aussi utiliser ou adapter le dossier de plaidoyer intitulé *Améliorer l'accès à la planification familiale : la distribution à base communautaire du DMPA* (voir Annexe 1).
  - Pour les populations qui savent lire et écrire, des prospectus (distribués aux formations sanitaires locales, à des réunions communautaires et à d'autres lieux de rassemblement) et des affiches (bien visibles dans les formations sanitaires, les bâtiments municipaux, les places de marché, etc.) peuvent éveiller l'intérêt de la communauté et rallier son soutien à la DBC des contraceptifs injectables.
- **Tenir et organiser des réunions communautaires pour des chefs d'opinion.**
  - A Madagascar, les coordinateurs de projet ont organisé des réunions communautaires à l'intention des maires, des chefs villageois et autres dirigeants pour rallier leur soutien à la DBC des contraceptifs injectables. Les coordinateurs ont également fait une présentation officielle aux formations sanitaires. Les agents DBC qui venaient d'être formés à administrer les injections ont reçu un certificat officiel du ministère et ont été présentés aux communautés où ils travailleraient par les maires, les chefs villageois et les superviseurs techniques. Le bouche-à-oreille entre clientes ont aussi contribué à susciter une demande.

JASON B. SMITH/FHI

Pièges à éviter pendant l'Etape 4

- Négliger de susciter le soutien et la demande en DBC des contraceptifs injectables avant de lancer le programme.

Les champions de la DBC au niveau du district

En Ouganda, la planification familiale est souvent prônée par les personnes qui jouissent d'un grand respect au sein de leur communauté. Dans le district de Luwero, le secrétaire à la santé au niveau local, Erasmus Musisi Mugerwa, a été choisi par la communauté pour être le champion de la planification familiale. Dirigeant populaire et catholique, Mugerwa est fortement convaincu du besoin de limiter la taille des familles. D'après Mugerwa, « En tant que porte-parole, nous devrions nous efforcer d'aider notre population à comprendre le lien entre la qualité de vie et la taille de la famille. Ensuite, nous devrions plaider auprès du gouvernement et des bailleurs de fonds pour le soutien à la planification familiale ». En tant que dirigeant politique, Mugerwa occupe une position stratégique pour rallier le soutien à l'initiative de DBC du DMPA dans son district. Une de ses stratégies clés est d'encourager les femmes et autres représentants de la communauté à soutenir les agents DBC et à mobiliser les femmes à utiliser les services de planification familiale.

ETAPE 5

Etablir un système logistique pour assurer l'approvisionnement régulier en fournitures

KELSEY LYND/FHI

ETAPE 5

Etablir un système logistique pour assurer l'approvisionnement régulier en fournitures

5

- **Définir un système spécifique qui garantisse la DBC des contraceptifs injectables.**
  Travailler dans le cadre d'un système bien établi (gouvernemental ou non gouvernemental, suivant les conditions) pour obtenir et distribuer les contraceptifs et les fournitures connexes. Dans certains programmes, il peut être plus pratique que les agents DBC soient directement approvisionnés par une ONG ou par un autre bailleur que par le biais des formations sanitaires publiques. Par exemple, ceci pourrait être le cas si l'ONG reçoit des dons de produits contraceptifs. Quelle que soit la forme d'approvisionnement des agents DBC, les liens avec les formations sanitaires doivent être solides afin de faciliter les références entre les agents et les centres de santé.
  - Dans les conditions idéales, les coordinateurs de projet travailleront dans le cadre d'un système existant. Soit les agents seront déjà bien au courant de ce système, soit les coordinateurs auront besoin d'établir des relations de collaboration entre les agents, leurs superviseurs et le personnel des centres. Ce système peut fonctionner par le biais du ministère de la Santé ou d'un autre partenaire.
  - En Ouganda et à Madagascar, les formations sanitaires locales (en liaison avec les bureaux de santé du district et le ministère de la Santé) sont responsables de la gestion des approvisionnements (voir Annexe 12). En Ouganda, ces contraceptifs sont gratuits, tandis qu'à Madagascar les clientes doivent payer.
- **Identifier les personnes chargées d'assurer la gestion logistique.**
  - Dans la plupart des endroits, il existe des systèmes déjà établis — en général rattachés au ministère de la Santé — qui permettent d'avoir accès aux fournitures médicales. Lorsque ces systèmes n'existent pas, il faudra repérer des personnes, au niveau national, qui peuvent coordonner la distribution des produits. Il faudra aussi déterminer comment se fera la distribution des produits aux formations sanitaires, à tous les niveaux.

Gérer les approvisionnements en Ouganda et à Madagascar

A Madagascar, les agents DBC ont commencé à travailler avec à leur disposition un stock de 15 doses de Dépo-Provera, 15 seringues, 30 millilitres d'alcool, 50 grammes de coton, deux conteneurs d'objets piquants ou tranchants (appelés boîtes de sécurité), des outils de suivi, des formulaires à remplir, des listes de contrôle, des manuels et un sac à dos pour mettre et transporter ces fournitures. En Ouganda, les fournitures de départ étaient similaires, mais les agents utilisaient de l'eau qui avait été bouillie au lieu d'alcool pour nettoyer l'endroit de l'injection.

Les gestionnaires de la logistique doivent prendre en compte la fréquence des visites et la quantité de fournitures requises quand ils réapprovisionnent les agents DBC. Par exemple, les ruptures de stock ont parfois été un problème en Ouganda, les formations sanitaires n'étant pas en mesure de réapprovisionner les agents en Dépo-Provera. Le système logistique de Madagascar n'a pas encore trouvé de solution durable à l'approvisionnement des agents en alcool ; certains agents ont dû acheter de l'alcool quand il ne leur en restait plus. D'autres ont commencé à utiliser de l'eau bouillie.

- En Ouganda, le responsable médical du district est chargé de l'ensemble de la gestion logistique au niveau du district. Au niveau d'un formation sanitaire communautaire, les responsables du service de maternité peuvent être chargés d'approvisionner les agents. Les autres gestionnaires de la logistique au niveau de la communauté peuvent inclure des sages-femmes, des agents cliniques et des directeurs des formations sanitaires.
- A Madagascar, les ONG facilitent le suivi et le renforcement des systèmes de logistique nationaux. S'il se produit une rupture de stock ou un problème d'approvisionnement, les ONG contribuent à signaler et résoudre le problème.

JOHN STANBACK/FHI

- **Acquérir des stocks suffisants de flacons à usage unique, de boîtes de sécurité pour le matériel d'injection et de seringues autobloquantes.** A mesure qu'augmente la disponibilité des seringues Uniject (qui sont préremplies d'une dose unique et qui ne peuvent pas être réutilisées), la distribution des contraceptifs injectables sera facilitée.
- **Assurer la passation régulière des commandes.**
  - Il est important de passer les commandes de fournitures à intervalles réguliers (et de commander des stocks suffisants) afin d'éviter des ruptures de stock. Cela peut s'avérer difficile, étant donné que les agents DBC, les formations sanitaires et les bureaux de santé de district ont tous besoin de soumettre leurs commandes en temps utile. Les coordinateurs de projet peuvent employer les tactiques suivantes :
    - Passer de nouvelles commandes quand il ne reste plus qu'un mois d'approvisionnement. Un élément important du suivi et évaluation du projet est d'enregistrer la distribution des stocks et d'estimer les besoins d'approvisionnement futurs *(voir étapes 7 et 8)*.
    - Suivre les lignes directrices du ministère de la Santé pour le réapprovisionnement.
  - A Madagascar, les agents DBC retournent chaque mois à leur formation sanitaire locale pour soumettre leur rapport à leur superviseur, ce qui leur donne aussi l'occasion de passer une nouvelle commande et de recevoir de nouvelles fournitures. Aussi à Madagascar, les agents doivent acheter au moins cinq doses de Dépo-Provera et cinq seringues par commande.
- **Mettre les agents de santé à base communautaire en rapport avec les formations sanitaires pour l'obtention de fournitures, les références et pour la gestion des déchets.**
  - Votre projet devra encourager les formations sanitaires et les agents DBC à référer les clientes au service approprié.
    - Les formations sanitaires devront référer les clientes aux agents DBC lorsqu'elles vivent trop loin pour effectuer des visites régulières ou quand le centre n'a pas le temps de fournir des méthodes de planification familiale.
    - Les agents DBC devront référer les clientes aux formations sanitaires si un problème survient au site de l'injection, si les clientes éprouvent des effets secondaires sérieux qui méritent une attention médicale ou si les clientes nécessitent ou veulent une méthode de planification familiale que les agents ne peuvent pas fournir (par exemple un dispositif intra-utérin ou un implant contraceptif).
  - La gestion des déchets ne devrait pas être un problème si les agents reçoivent une formation convenable sur l'élimination des objets piquants ou tranchants et si les agents et les centres de santé communautaires s'entendent sur les directives. Les coordinateurs de projet devront se rappeler qu'il faut longtemps pour remplir une boîte de sécurité de seringues ayant servi.
  - Les coordinateurs de projet peuvent tenir des réunions mensuelles avec le personnel des formations sanitaires pour examiner les questions d'approvisionnement, de références et de gestion des déchets.

- A Madagascar, les agents ont été instruits de rapporter aux centres leurs boîtes de sécurité une fois remplies de déchets tranchants. Il incombe au centre d'incinérer convenablement la boîte et son contenu.

- **S'assurer que les contraceptifs injectables, comme le Dépo-Provera, peuvent être conservés dans des conditions adéquates.**
  - Le Dépo-Provera devra être conservé en position verticale, à l'abri du soleil, des enfants et des animaux, entre 20 et 25 degrés C de température. Il ne faudra pas dépasser la durée de conservation de cinq ans.
  - Un conteneur solide — en métal si possible — protège les contraceptifs injectables et les seringues et les conserve à l'abri des enfants et des animaux.
  - Afin d'éviter de dépasser la date de péremption des contraceptifs injectables, les projets peuvent remettre aux agents seulement quelques doses à la fois (par exemple cinq à dix par visite). Le nombre de doses peut être adapté au nombre de clientes pour éviter une rupture de stock.

Pièges à éviter pendant l'Etape 5

- Ne pas définir les rapports entre les agents DBC et les formations sanitaires locales en matière d'approvisionnement en produits.
- Ne pas réussir à établir un système de soumission régulière des commandes qui fonctionne bien ; l'absence d'un tel système peut se traduire par des ruptures de stock. Les commandes doivent être soumises par les agents DBC aux formations sanitaires, ces dernières les transmettant aux bureaux de santé du district et ces bureaux les transmettant à leur tour aux programmes de santé nationaux.

ANGELA AKOL/FHI

ETAPE 6

Former les agents DBC à fournir le service

KELSEY LYND/FHI

ETAPE 6

Former les agents DBC à fournir le service

6

- **Trouver des personnes compétentes qui soient capables de devenir de bons agents DBC.** Il est important de disposer par écrit de critères précis pour la sélection des agents DBC qui fourniront les contraceptifs injectables. En collaboration avec les parties prenantes, les coordinateurs de projet devront :
  - Définir des critères de sélection des agents DBC.
  - Envisager un plan pour assurer une bonne couverture géographique.
  - Sélectionner les agents en faisant intervenir les communautés.
- **Etablir un cours de formation à l'intention des agents DBC.** S'assurer que votre cours de formation tient compte des *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* établis par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et qu'il reçoive l'approbation du ministère de la Santé. Le document de l'OMS peut être consulté sur le site : *www.who.int/reproductive-health/publications/fr/mec*.
  - Adapter un ou des cours de formation existant(s) ou en créer (un) de nouveau(x).
  - Traduire vos cours de formation, si nécessaire.
  - Il est recommandé d'évaluer les connaissances en planification familiale que peuvent avoir les agents DBC avant de les former. Un examen préalable de leurs connaissances en planification familiale permettra de mieux cerner les aspects du sujet qu'il convient de couvrir. Par exemple, vous pourrez être en mesure d'axer la formation sur les techniques d'injection sans danger et de fournir des informations détaillées sur les contraceptifs injectables. En l'occurrence, quelques jours pourront suffire à couvrir le sujet.

Sélection des agents DBC à former en Ouganda et à Madagascar

KELSEY LYND/FHI

En Ouganda, les agents DBC devaient remplir les conditions suivantes :

- **Etre respectés au sein de la communauté**
- **Etre majeurs (plus de 18 ans)**
- **Etre des personnes de confiance**
- **Avoir fait 7 ans au moins d'études**
- **S'intéresser à la planification familiale**
- **Etre de bons conseillers**

En Ouganda, il était également important que les agents DBC aient déjà référé de nombreuses clientes au centre approprié pour l'obtention de Dépo-Provera. Pour pouvoir recevoir la formation, les agents devaient obtenir de bonnes notes à un examen préalable des connaissances en PF. Dans le cadre du projet pilote d'Ouganda, 20 personnes sur 130 ont été sélectionnées pour recevoir la formation dans le district de Nakasongola. Le nombre d'agents pour le district est passé à 25 depuis l'achèvement du projet pilote. Vingt-cinq autres agents servent maintenant les districts de Luwero et de Nakaseke.

A Madagascar, les agents DBC ont été sélectionnés en fonction des critères suivants :

- **Savoir lire et écrire**
- **Accomplissements passés**
- **Recommandations de superviseurs en santé communautaire**
- **Acceptation par la communauté**
- **Acceptation des méthodes de planification familiale modernes**
- **Emplacement**
- **Capacité physique**
- **Enthousiasme**

A Madagascar, les coordinateurs de projet prévoient d'inclure un examen des connaissances en planification familiale comme condition préalable à la formation de nouveaux agents. Ces derniers devront obtenir un score minimum pour pouvoir participer à la formation.

KELSEY LYND/FHI

- A Madagascar et en Ouganda, les formateurs ont utilisé les cours de formation qui avaient été mis au point par les ministères respectifs de la Santé et du Planning Familial. Un cours sous forme de livret illustré qui avait été préparé par FHI est venu compléter la formation (voir Annexe 7).

- **Se procurer le matériel de formation.** Ce matériel peut inclure :
  - Des listes de contrôle ou autres documents sur les thèmes suivants : 1) l'exclusion de la possibilité d'une grossesse, 2) la fourniture de pilules contraceptives ou de la contraception injectable, 3) les normes de prestation de service en counseling et 4) l'administration d'injections (voir Annexe 8 ou *www.fhi.org/en/RH/Pubs/servdelivery/checklists/index.htm*).
  - Les supports visuels, comme 1) des affiches montrant toutes les méthodes de planification familiale, 2) des échantillons de méthodes de planification familiale et 3) des calendriers, des fiches de cliente et des fiches de référence.
- Identifier des formateurs compétents.
  - Chercher des formateurs qui possèdent les compétences requises. Egalement, examiner les avantages de faire participer dans la formation des parties prenantes locales et des superviseurs, chaque fois que possible, étant donné que c'est une manière de renforcer le soutien et l'intérêt des collaborateurs essentiels.
  - En Ouganda, les formateurs provenaient d'équipes de formation rattachées aux bureaux de santé de district. Avant le démarrage de la formation, ils ont bénéficié d'une séance d'orientation sur les services à base communautaire assurée par les coordinateurs de programme. A Madagascar, les formateurs se composaient de personnel du ministère de la Santé et du Planning Familial, de responsables des bureaux de santé de district, ainsi que de partenaires ONG.

KELSEY LYND/FHI

Deux modèles de formation possibles

En Ouganda, la formation a duré trois semaines. Pendant la première semaine, la formation s'est déroulée en salle de classe. Les agents se sont exercés aux techniques d'injection sur des tomates et des oranges et ont appris à se débarrasser des aiguilles qui avaient servi. Les deuxième et troisième semaines ont porté sur la formation pratique qui s'est déroulée aux postes de santé sous l'encadrement du personnel médical. Outre les thèmes mentionnés plus haut, les formateurs ont couvert les points suivants : mobilisation communautaire, discussions sur l'éducation en santé, techniques de counseling, gestion logistique et remplissage des registres et formulaires en vue de la tenue de statistiques.

A Madagascar, la formation a duré trois jours. Le premier jour a couvert la formation théorique en salle de classe. D'abord, les agents se sont exercés aux techniques d'injection sur des papayes. Pendant la deuxième journée, les agents ont administré, tout en étant encadrés, leurs six premières injections à des clientes de la formation sanitaire de proximité. La plupart des agents ont été en mesure d'effectuer deux injections au moins pendant la formation ; ils devaient effectuer les quatre injections qu'il leur restait à leur formation sanitaire respectif. Le temps nécessaire pour administrer ces quatre injections supplémentaires dans le cadre de la formation a varié entre une semaine et un mois, suivant le nombre de clientes, l'emplacement du centre de santé et le temps libre de l'agent. Les directeurs formations sanitaires, les responsables au niveau du district et les superviseurs techniques ont également pris part à la formation sur la DBC des contraceptifs injectables.

- **Dispenser la formation.**
  - Suivre les recommandations du ministère de la Santé en matière de formation, ainsi que le programme que vous avez adapté ou créé.
  - La durée de la formation dépendra du nombre de thèmes et de la profondeur des informations que vous déciderez de couvrir (voir Annexe 5 et l'encadré « Deux modèles de formation possibles ».)
  - Veiller à inclure une formation pratique à l'administration des injections. Vous pouvez demander aux agents de s'exercer en premier lieu sur des fruits ou des légumes, mais ils devront aussi s'exercer sur des personnes. Dans les conditions idéales, les agents devraient administrer un nombre minimum d'injections à des personnes tout en étant encadrés — pendant la formation ou après l'achèvement de la formation théorique. La formation basée sur les compétences attendues devra probablement se dérouler dans des formations sanitaires locales. Ceci a pour avantage de permettre aux agents DBC et au personnel de santé qui les encadre de forger des relations.
  - Prévoir, pendant la formation, des séances sur la tenue des registres et des formulaires. Les agents DBC devront soumettre leurs statistiques aux directeurs de projet de façon régulière. Il est important que les registres et les formulaires soient tenus avec précision pour assurer le suivi et l'évaluation du programme.
- **Evaluer la formation dans son intégralité.**
  - Soumettre les agents DBC à un examen avant et après la formation afin d'évaluer leurs connaissances et compétences (voir Annexes 6 et 14).
  - Interroger les agents après la formation pour susciter leurs commentaires sur les formateurs, le cours et le matériel de formation, l'apprentissage en matière d'injection et leur confiance à administrer les contraceptifs injectables.
  - Observer les agents pendant qu'ils administrent les injections et qu'ils dispensent aux clientes des séances de counseling sur la planification familiale.
  - Surveiller les agents dans les semaines et les mois qui suivent afin de voir comment ils retiennent les connaissances et les compétences qu'ils ont acquises pendant la formation.
  - Examiner les rapports et les registres des agents DBC.

Pièges à éviter pendant l'Etape 6

- Négliger d'établir des critères de sélection des agents DBC — y compris de fixer un score minimum à l'examen préalable des connaissances en planification familiale pour être autorisé à recevoir la formation.
- Passer trop de temps à revoir les questions de planification familiale que les agents devraient déjà bien connaître.
- Ne pas passer suffisamment de temps à la formation pratique — en particulier à l'administration des injections, aux procédures de référence et à la bonne gestion des déchets.
- Ne pas fournir un nombre suffisant de seringues autobloquantes et de flacons de DMPA pour les séances d'exercice.
- Négliger de mobiliser des clientes pour les séances au cours desquelles les agents DBC s'exerceront à administrer les injections. Les injections sur des fruits et des légumes peuvent être une bonne idée au départ, mais elles ne suffisent pas pour la formation pratique.

Evaluation de la formation en Ouganda et à Madagascar

JOHN STANBACK/FHI

La durée des séances de formation a été fort différente en Ouganda et à Madagascar. En Ouganda, la formation a durée trois semaines, tandis qu'elle a duré trois jours à Madagascar. Cependant, la formation pratique s'est poursuivie à Madagascar jusqu'à ce que les agents DBC nouvellement formés avaient chacun administré six injections en étant encadrés dans une formation sanitaire. En Ouganda, les agents ont été formés à administrer cinq injections tout en étant encadrés.

En Ouganda, le personnel de Save the Children a appris que les agents DBC avaient plus besoin de s'exercer que de formation théorique. Certains agents, en particulier ceux qui étaient peu scolarisés, avaient besoin de beaucoup s'exercer à administrer des injections et la formation en petits groupes procurait les meilleures conditions d'apprentissage.

A Madagascar, les coordinateurs de projet ont estimé qu'une journée de formation ne suffisait pas pour une séance de perfectionnement sur la santé de la reproduction. Ils pensaient également que l'apprentissage aurait été meilleur si les groupes avaient été plus petits, permettant ainsi de mieux répondre aux besoins individuels. Si les groupes avaient été plus restreints, les agents auraient également pu administrer toutes leurs injections en étant encadrés pendant la formation. En outre, les stagiaires n'ont pas disposé d'un nombre suffisant de seringues et d'aiguilles pour s'exercer à donner les injections. Bien qu'une journée de contraception gratuite aux formations sanitaires locales ait été annoncée à la radio, le nombre de clientes qui se sont présentées n'a pas été suffisant pour permettre à tous les stagiaires de s'exercer suffisamment pendant l'encadrement. Les coordinateurs de projet ont aussi estimé que les dates de formation auraient pu être fixées trois mois à l'avance. Ceci aurait permis aux principaux membres du personnel des formations sanitaires d'en être informés et ce qui aurait probablement facilité le recrutement de clientes pour les séances d'exercice. En raison de l'insuffisance de clientes, certains agents formés en novembre n'ont pas pu administrer toutes les injections requises avant janvier.

Les coordinateurs ont également estimé qu'un examen comme condition préalable à la formation aurait permis de sélectionner des personnes plus qualifiées pour recevoir cette formation. Sur le plan positif, les formateurs étaient compétents, tout le monde a achevé la formation et tous les agents sauf un ont été autorisés à commencer à offrir le Dépo-Provera dans les six semaines suivant la formation.

ETAPE 7

Etablir des mécanismes pour assurer la grande qualité et la sécurité du service

KELSEY LYND/FHI

ETAPE 7

Etablir des mécanismes pour assurer la grande qualité et la sécurité du service

7

Les actions qui suivent permettront de garantir que le personnel de projet puisse assumer ses responsabilités avec compétence et efficacité.

- **Attribuer les tâches de gestion logistique, de distribution du matériel, de référence des clientes et de gestion des déchets.**
  - Les coordinateurs de projet devront décider :
    - Qui assurera un approvisionnement régulier en contraceptifs, en seringues et aiguilles, en coton, en alcool (si on en utilise) et autres articles nécessaires. Au sein du système de santé national, le personnel travaillant au niveau communautaire aura besoin d'être en rapport avec le personnel de district, qui lui-même aura besoin d'être en communication avec le ministère de la Santé (ou autres personnes travaillant au niveau national) afin d'assurer une gestion logistique continue et sans à coup.
    - Qui remettra le matériel aux agents DBC. La distribution du matériel pourra se faire au niveau d'une formation sanitaire parrainée par le gouvernement ou par une ONG. La personne chargée de cette tâche pourra être un médecin, un infirmier, un pharmacien, une sage-femme, un agent clinique ou quelqu'un d'autre.
    - Comment référer les clientes à d'autres prestataires de soins pour les questions auxquelles les agents DBC ne peuvent pas répondre ou pour les services que les agents ne peuvent pas fournir (voir Annexe 11).
    - Qui s'occupera de la gestion des déchets produits par ces services (par exemple, des conteneurs d'objets piquants pleins d'aiguilles et de seringues).
- **Etablir un système de calendrier d'injection.**
  - Le calendrier dépendra de la fréquence des injections nécessaires. Les injections de Dépo-Provera sont administrées tous les trois mois. Les agents DBC devront contacter leurs clientes avant l'achèvement de la plage d'administration (ou du « délai de grâce ») de quatre semaines déterminé par l'injection précédente.
  - Remettre aux agents DBC un calendrier et des fiches de suivi sur lesquels ils peuvent clairement indiquer les dates des injections futures (voir Annexes 9 et 10).
  - Le recours aux agents DBC a pour avantage que ces personnes vivent en général à proximité de leurs clientes, ce qui leur permet de rester en proche contact.

Supervision en Ouganda

En Ouganda, des agents de santé de Save the Children supervisent les agents DBC au niveau du district et au niveau communautaire. Dans le district de Nakasongola, un superviseur est chargé de surveiller le travail de 10 agents DBC dans chaque canton. Le personnel des formations sanitaires peut aussi assurer une supervision sur place.

Olivia Nakayiza est l'un des superviseurs. Elle est agent de santé pour Save the Children depuis 2005 et elle assure la supervision de la DBC du Dépo-Provera depuis 2006. Elle essaie généralement de rester discrète lorsqu'elle observe les agents DBC au travail. S'ils éprouvent des difficultés avec une activité particulière, comme par exemple des présentations éducatives qu'ils sont parfois obligés de faire, elle donne des avis et vient compléter les informations fournies par les agents DBC. Olivia observe aussi les séances de counseling et aide les agents à remplir les formulaires. Elle estime que les agents font un bon travail. Olivia et les agents revoient entièrement les listes de contrôle pour déterminer si certaines clientes peuvent recevoir une méthode spécifique. Chaque agent a encore besoin d'être suivi pour vérifier qu'il donne des informations correctes aux clientes.

Supervision à Madagascar

A Madagascar, il existe plusieurs niveaux de supervision. Pour soutenir le lancement du projet pilote, des membres du ministère de la Santé et du Planning Familial se sont rendus dans les communes du projet un mois après la séance de formation, ce qui leur a aussi permis de s'entretenir avec tous les partenaires et de s'assurer que le projet se déroulait bien. Les superviseurs techniques travaillant pour ADRA, ASOS et des ONG ont aidé les agents DBC à entamer leur travail et ils se sont assurés que le chef de village était au courant de leurs nouvelles compétences pour l'administration du DMPA. Une ou deux fois par mois les superviseurs font des visites aux agents pour offrir un soutien technique et moral. Ils vérifient que les agents remplissent correctement leurs rapports mensuels d'activités. Chaque mois, lorsque les agents se rendent à la formation sanitaire, les superviseurs cliniques ont l'occasion de vérifier que l'agent DBC comprend bien ce qu'il fait, de répondre à ses questions et de l'aider à résoudre les difficultés.

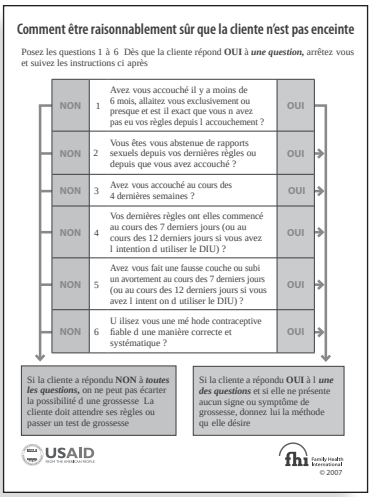
- **Assurer une supervision encourageante conformément au calendrier prescrit.**
  - Les coordinateurs de projet devront établir et utiliser une liste de contrôle qui comporte des questions sur le counseling, le système de référence, la technique d'injection, l'élimination des déchets et l'approvisionnement en fournitures (voir Annexe 13).
  - Assurer que le personnel des établissements sanitaires sont formés pour superviser et encourager les agents DBC au niveau local et qu'il est disponible à le faire. Cette activité peut nécessiter des visites régulières ou, si possible, le détachement du personnel de district ou de sous-district pour répondre aux besoins des agents et assurer la grande qualité des services.
  - Tenir une réunion de sensibilisation avec les superviseurs afin de s'assurer de leur collaboration et de leur compréhension. Tenir des réunions régulières avec les agents DBC, les superviseurs et le personnel des formations sanitaires pour examiner les questions de sécurité, de qualité et d'approvisionnement, en fonction des besoins.
  - Les superviseurs devront rendre des visites régulières aux agents DBC pour suivre leur travail — y compris le counseling, les séances d'éducation sur la santé, la gestion des déchets et le stockage des fournitures.
  - Déterminer les types de supervision qui existent déjà au sein des ONG et des bureaux de santé de district. La DBC des contraceptifs injectables peut-elle être facilement incorporée aux systèmes de supervision existants ? Si non, calculer les coûts supplémentaires qui seront nécessaires pour l'ajout d'une couche de supervision supplémentaire (à savoir salaires, frais de transport ou communication).

Evaluation professionnelle des agents DBC

A Madagascar, les coordinateurs de projet se rendent dans chaque commune pour déterminer le nombre d'agents DBC qui ont été « déclarés compétents » et « présentés officiellement à leur communauté ». Les superviseurs disposent d'un formulaire qui leur permet d'évaluer régulièrement le nombre d'injections administrées et si les agents se conforment bien aux procédures. Ces derniers ont parfois rencontré quelques problèmes à remplir leurs rapports mensuels et à les soumettre à temps. En particulier, ils ont eu des difficultés à repérer les nouvelles utilisatrices des services de planification familiale et à en rendre compte parce que certaines clientes étaient nouvelles dans le cadre du programme DBC, mais elles avaient été transférées d'une formation sanitaire en tant qu'utilisatrices régulières du Dépo-Provera.

En Ouganda, les superviseurs remplissent des listes de contrôle trimestrielles sur la performance professionnelle des agents DBC. Le programme a enregistré des résultats inégaux. Certains agents n'ont pas offert des séances de counseling permettant aux clients de faire des choix éclairés. D'autres n'ont pas tenu leurs registres avec précision.

- **Effectuer des évaluations professionnelles, à intervalles réguliers, des agents DBC ayant reçu la formation.**
  - Les superviseurs — des bureaux de santé de district ou des ONG partenaires — devront être en mesure d'évaluer le travail des agents DBC tous les mois ou tous les trimestres. La première évaluation devra avoir lieu peu après la mise en œuvre du programme. Cette première évaluation permettra de s'assurer que les agents donnent des informations correctes sur la planification familiale et qu'ils administrent les injections en toute sécurité.
  - Les évaluations professionnelles devront répondre aux questions suivantes :
    - Les agents fournissent-ils aux clientes des informations correctes et complètes sur la planification familiale — y compris les possibilités d'effets secondaires et le besoin d'une double protection dans les contextes à forte prévalence de VIH ?
    - Les agents DBC utilisent-ils leurs listes de contrôle pour écarter la possibilité d'une grossesse ?
    - Les agents déterminent-ils correctement si les clientes peuvent recevoir sans danger les contraceptifs injectables ?
    - Les agents DBC remplissent-ils correctement leurs rapports d'activité, les fiches des clientes et tout autre formulaire requis ? Ont-ils un nombre suffisant de formulaires vierges ? Utilisent-ils correctement les calendriers ?
    - Les agents DBC administrent-ils convenablement les injections ?
    - Les agents réfèrent-ils leurs clientes aux formations sanitaires en cas de besoin (par exemple pour l'obtention de méthodes de planification familiale qu'ils ne peuvent pas fournir ou pour l'évaluation d'effets secondaires) ?



Comment être raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte

Posez les questions 1 à 6 Dès que la cliente répond **OUI** à ***une question,*** arrêtez vous et suivez les instructions ci après

NON	1	Avez vous accouché il y a moins de 6 mois, allaitez vous exclusivement ou presque et est il exact que vous n avez pas eu vos règles depuis l accouchement ?	OUI
NON	2	Vous êtes vous abstenue de rapports sexuels depuis vos dernières règles ou depuis que vous avez accouché ?	OUI
NON	3	Avez vous accouché au cours des 4 dernières semaines ?	OUI
NON	4	Vos dernières règles ont elles commencé au cours des 7 derniers jours (ou au cours des 12 derniers jours si vous avez l intention d utiliser le DIU) ?	OUI
NON	5	Avez vous fait une fausse couche ou subi un avortement au cours des 7 derniers jours (ou au cours des 12 derniers jours si vous avez l intent on d utiliser le DIU) ?	OUI
NON	6	U ilisez vous une mé hode contraceptive fiable d une manière correcte et systématique ?	OUI

Si la cliente a répondu **NON** à ***toutes les questions,*** on ne peut pas écarter la possibilité d une grossesse La cliente doit attendre ses règles ou passer un test de grossesse

Si la cliente a répondu **OUI** à 1 ***une des questions*** et si elle ne présente aucun signe ou symptôme de grossesse, donnez lui la méthode qu elle désire

USAID

fhi Family Health International © 2007

Liste de contrôle pour écarter la possibilité d'une grossesse

- **Conduire une formation de mise à jour à l'intention des agents DBC, conformément aux besoins.**

Pièges à éviter pendant l'Etape 7

- Ne pas expliquer clairement aux agents DBC comment utiliser le calendrier pour donner à leurs clientes une date pour leur prochaine injection.
- Négliger de vérifier comment les agents remplissent les formulaires et les rapports d'activité.
- Négliger de vérifier que les agents informent bien leurs clientes sur la gamme complète de méthodes contraceptives qui leurs sont disponibles et sur les effets secondaires possibles de chacune. (S'abstenir de le faire peut porter la cliente à discontinuer la méthode.)

Formation de mise à jour pour les agents DBC d'Ouganda

En Ouganda, les responsables du ministère de la Santé veulent que la DBC des contraceptifs injectables soit élargie au reste du pays. La motivation des agents DBC est une importante considération dans le cadre de cette expansion, étant donné qu'ils sont bénévoles et ne sont pas payés. Certains responsables craignent que le programme n'attende trop des agents. Une approche pour maintenir l'engagement des agents est de leur fournir des stages de mise à jour qui rappelleraient à ces derniers que leur travail s'inscrit dans un cadre plus vaste.

Le programme ougandais a tenu un stage de mise à jour en 2007. Ce stage a procuré aux agents de nouvelles informations sur les méthodes de planification familiale, leur a permis de faire part des leçons qu'ils avaient apprises et de continuer à perfectionner leurs compétences professionnelles. Rose Nanyonjo — agent DBC dans le village de Kiyanja, district de Nakasongola depuis 2004, a déclaré qu'elle avait acquis des compétences supplémentaires grâce à ce stage et que cette mise à jour l'avait incitée à poursuivre son travail.

ETAPE 8

Prévoir de documenter les activités et les réalisations du programme

KELSEY LYND/FHI

ETAPE 8

Prévoir de documenter les activités et les réalisations du programe

8

Les programmes devront être régulièrement suivis pour 1) maintenir et améliorer la qualité des services et 2) enregistrer les résultats. Les coordinateurs de projet devront établir un mécanisme permettant de documenter l'avancement du programme, ses succès, ses difficultés, ainsi que les leçons importantes qui en ont été tirées. Prendre en considération les actions ci-dessous.

- **Commencer dès le début.** S'assurer que le programme comporte un volet de suivi et d'évaluation dès le début.
- **Attribuer du temps, de l'argent et du personnel pour le suivi et l'évaluation.** Environ 5 à 10 pour cent du budget du programme devront être consacrés aux activités de suivi et d'évaluation**.**
- **Faire intervenir les parties prenantes du programme dans toutes les activités de suivi et d'évaluation.** Cette stratégie est indispensable pour assurer la compréhension par tous du programme, maximiser la participation et susciter un sens de la responsabilité à l'égard du programme.
- **Etablir un cadre conceptuel.** Ce cadre permet d'articuler les buts et objectifs du programme. Commencer par indiquer l'impact désiré et comment y parvenir (*voir l'exemple de cadre conceptuel figurant à la page suivante)*.
- **Utiliser le cadre conceptuel pour établir des normes de performance.** Les normes de performance sont les buts prévus au niveau du programme — les cibles déterminées à l'avance que vous devrez utiliser pour évaluer un projet. La sélection de normes de performance utiles exige une réflexion minutieuse, une méthode de perfectionnement et le dégagement d'un consensus entre les parties prenantes. En règle générale, les normes de performance devront respecter les critères SMART — **s**pécifique, **m**esurable, **a**tteignable, **r**éaliste et en **t**emps utile. Un exemple de critère SMART est : « d'ici juillet 2008, le programme DBC établira un bon système de référence avec au moins une formation sanitaire dans chacun des cinq districts participants ».

KELSEY LYND/FHI

- **Etablir une série d'indicateurs mesurables basés sur les normes de performance établies.** Un bon indicateur reposera sur des données qui sont raisonnablement faciles à recueillir. Cet indicateur vous permettra d'évaluer en unités significatives l'ampleur du changement qui aura eu lieu. Ces indicateurs vous aideront finalement à déterminer si les normes de performance auront été atteintes. Par exemple, les indicateurs suivants pourraient mesurer les « extrants » (*outputs*) du programme précisées dans l'exemple de cadre conceptuel ci-dessus :
  - Nombre de personnes formées comme agents DBC
  - Nombre de tentatives de visites à domicile
  - Nombre de visites à domicile réalisées
  - Nombre de femmes informées sur les méthodes de planification familiale
  - Nombre de femmes acceptant la contraception (femmes qui acceptent d'essayer une méthode)
  - Nombre de femmes qui commencent la contraception et ensuite l'arrêtent
  - Rapport entre le nombre de personnes contactées, le nombre de personnes acceptant la contraception et le taux d'abandon
  - Nombre d'injections administrées
  - Nombre de fiches de référence remplies par les agents DBC

Exemple de cadre de suivi et d'évaluation pour un programme DBC de contraceptifs injectables

Intrants

- Ressources humaines
- Ressources financières
- Contraceptifs injectables et autres fournitures
- Environnement politique favorable
- Programme et matériel de formation

Extrants du programme

- Obtenir le soutien des cliniciens, dirigeants locaux et groupes communautaires au programme DBC
- Etablir un système de référence avec les formations sanitaires
- Etablir des systèmes de supervision, de rémunération et d'incitation
- Elaborer un système de gestion des stocks
- Sélectionner des agents DBC qui répondent aux conditions requises
- Former les agents DBC au counseling, à l'administration des injections et aux démarches à suivre pour les références
- Affecter des super-viseurs au suivi régulier des agents DBC
- Adapter les activités du programme conformément aux besoins

Réalisations intermédiaires

- Meilleur accès aux contraceptifs
- Plus grand choix de contraceptifs
- Meilleure qualité des soins

Réalisations à long terme

- Utilisation accrue de la contraception
- Taux de continuation accrus

Impacts désirés

- Réduction du nombre de grossesses non désirées
- Meilleur espacement des naissances

- **Identifier les sources de données.** Les sources de données peuvent inclure les statistiques mensuelles sur les services fournis, les registres de gestion des stocks, les rapports des agents DBC, les impressions et les commentaires des dirigeants communautaires sur le programme, les témoignages des clientes ou les résultats des enquêtes menées auprès des clientes, et cetera.
- **Etablir un calendrier et élaborer un plan de collecte des données.** Une bonne méthode pour organiser les activités de suivi et d'évaluation consiste à créer un tableau indiquant votre plan de collecte de données — assorti d'indicateurs, d'un calendrier et du nom des personnes chargées de chaque activité *(voir l'exemple de tableau ci-dessous)*.

Norme de performance	Indicateur	Source de données	Méthode de rassemblement de données	Fréquence de la collecte des données	Date d'achèvement prévue	Personne responsable

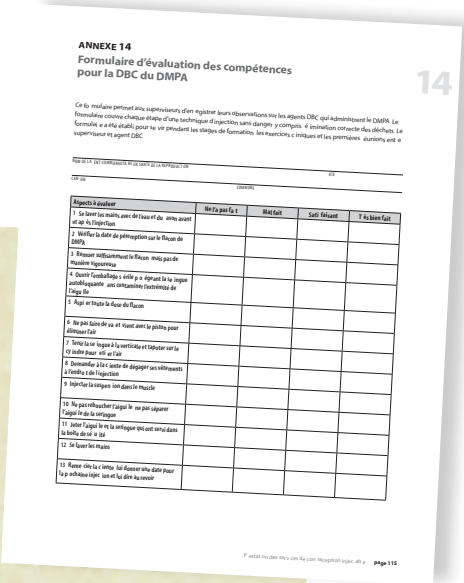
- **Concevoir des outils de collecte des données.** Les formulaires de collecte de données utilisés par les agents DBC devront être faciles à comprendre et faciles à transporter (voir Annexe 10). Les éléments d'information nécessaires devront être inclus dans les registres tenus par l'agent DBC. Pensez attentivement aux informations que vous avez besoin de recueillir pour bien mesurer l'avancement du programme. N'incluez pas certains indicateurs simplement parce qu'ils sont « intéressants ». Assurez-vous de pouvoir justifier comment chaque indicateur sera utilisé pour gérer et améliorer le programme. N'oubliez pas de tester tous les formulaires auprès des agents DBC et autres et d'essayer de réduire au minimum la tâche de collecte d'information dont vous chargez les agents.
  - Les agents DBC peuvent recueillir des informations concernant les points suivants :
    - Le nom et l'adresse de la cliente
    - Les caractéristiques de la cliente (âge, niveau d'études, nombre d'enfants vivants, etc)
    - Les dates de la première visite et des visites de suivi
    - Les contraceptifs injectables :
      - Nouvelle utilisatrice
      - Utilisatrice continuant l'usage de la contraception
      - Date d'injections
    - Dates où la cliente a été référée à un autre service et nature de la référence
    - Clientes ayant abandonné le programme DBC et raison (par exemple abandon de la planification familiale, changement de méthode ou administration de la méthode à un centre de santé)
    - Stock inutilisé à la fin du mois
  - Les superviseurs peuvent recueillir des informations concernant les points suivants :
    - Le nom de l'agent
    - La zone ou le district qui lui est confié
    - Le nombre de clientes et de visites par cliente
    - Le nombre d'injections administrées
- **Former les agents DBC et les superviseurs à enregistrer les informations.** Souligner qu'il est important que les agents et les superviseurs enregistrent des statistiques exactes sur leur travail. Par

exemple, il convient d'insister sur le fait que des informations complètes peuvent contribuer à assurer des financements futurs et que la bonne gestion des stocks permettra d'éviter des ruptures de stock.

- **Compiler les informations pour les rapports d'activité, les rapports trimestriels et les rapports de projet annuels.** Envisager d'inclure des rapports sur les fournitures contraceptives, ainsi que des statistiques fournies par la formation sanitaire afin de déterminer le nombre total de personnes qui utilisent les différentes méthodes de planification familiale. Il peut aussi être bon de compiler des rapports sur les déplacements, les stages et les ressources financières.
- **Examiner la signification des résultats dans le cadre du programme.** Le nombre d'utilisatrices de la contraception a-t-il augmenté pendant la durée du programme ? Le programme a-t-il assuré un approvisionnement suffisant en produits ?
- **Disséminer les rapports le cas échéant.** Suivant le type de rapport, il peut s'avérer utile de faire connaître les informations sur les extrants et les réalisations du programme aux parties prenantes, y compris les responsables du ministère de la Santé, les bailleurs de fonds internationaux, les partenaires ONG, les bureaux de santé de district et les formations sanitaires.
- **Partager les résultats avec ceux qui prennent part au programme, y compris les agents DBC et les membres du personnel des formations sanitaires.** Ceux qui participent le plus directement au travail possèdent souvent les idées les meilleures pour améliorer ce travail. En outre, la prise de connaissance de la somme totale de leur travail sert souvent d'incitation aux agents DBC comme au personnel des formations sanitaires.
- **Utiliser les formats approuvés pour la soumission des résultats au bureau de santé de district.** Les formulaires et les indicateurs standard, en particulier ceux qui ont déjà été mis en place pour le système intégré de gestion de la santé au niveau national, devront être utilisés chaque fois que possible afin de correspondre aux besoins des systèmes de collecte de données existants.
- **Encourager l'application des résultats.** Les résultats d'évaluation sont utiles seulement s'ils sont appliqués. Encourager de nouvelles mesures pour améliorer le programme en tenant compte des résultats obtenus. Par exemple, si les données recueillies à partir des registres des agents DBC et des enquêtes auprès des participants révèlent que les femmes de certains districts ne reçoivent pas leurs injections à temps, il faudra le signaler immédiatement aux directeurs de programme afin que les activités puissent être modifiées de manière à corriger ce problème.

Pièges à éviter pendant l'Etape 8

- Négliger de planifier le suivi et l'évaluation au début du projet.
- Négliger d'établir des indicateurs quantifiables prédéterminés pour mesurer les extrants du programme.
- Former insuffisamment les agents DBC et les superviseurs à enregistrer les données pertinentes concernant leurs services.



ANNEXE 14

Formulaire d'évaluation des compétences pour la DBC du DMPA

14

Ce fo mulaire permet aux supervuseurs d'en egistrer leurs observations sur les agents DBC qui administrent le DMPA. Le formulaire convu chaque d'évalu d'une technique d'injection sant dangeu y compris é imination correcte des déchets. Le formulai e a été établi pour he vir pendant les stages de formation: les exercices c iniques et les premières éunions ent e superviseur et agent DBC.

Nom de l'agent DBC (prénom): Date:

CAR ON (Localité):

Aspects à évaluer	Ne l'a pas fa t	Mal fait	Satisfaisant	Très bien fait
1. Se laver les mains avec de l'eau et du savon avant et après l'injection				
2. Vérifier la date de péremption sur le flacon de DMPA				
3. Bien secouer le flacon mais pas de manière vigoureuse				
4. Ouvrir l'emballage stérile en enlevant la languette autocollante sans contamination extérieure de l'aiguille				
5. Aspirer toute la dose du flacon				
6. Ne pas faire de vu et vient avec la pointe pour éliminer l'air				
7. Tenir la seringue à la verticale et taper sur la seringue pour enlever l'air				
8. Demander à la client ante de dégager ses vêtements à l'endroit de l'injection				
9. Injecter la seringue tout dans le muscle				
10. Ne pas refermer l'aiguille ne pas séparer l'aiguille de la seringue				
11. Jeter l'aiguille et la seringue qui ont servi dans la boîte de sécurité				
12. Se laver les mains				
13. Donner cette client une date pour la prochaine injection et lui dire au revoir				

Pourcentage des services de contraception injectable

Page 115

Importance du suivi et de l'évaluation en Ouganda

D'après le Dr Anthony K. Mbonye, chef de la division de la Santé de la Reproduction au ministère malgache de la Santé, il est très important de documenter comment les agents DBC assument leurs tâches, comment est assurée la supervision de leur travail et ce qui se produit sur le terrain. « Une fois que d'autres districts se rendront compte que [les agents DBC] peuvent faciliter l'accès à la planification familiale et fournir ces services, ils voudront participer, » déclare-t-il.

ETAPE 9

Assurer la mise à l'échelle réussie du projet pilote

KELSEY LYND/FHI

ETAPE 9

Assurer la mise à l'échelle réussie du projet pilote

9

Si le projet pilote est mené avec succès, l'étape finale est la réplication du programme dans d'autres régions du pays. Cette étape de « mise à l'échelle » est plus facile à accomplir si elle fait partie dès le départ des buts et des activités du programme — c'est à dire dès la phase d'élaboration du projet pilote. Bon nombre des étapes décrites précédemment préparent le terrain à une mise à l'échelle réussie. Cependant, il faut aussi prendre en considération d'autres facteurs :

- **Comment définirez-vous la mise à l'échelle de votre programme ?**
- **Quelle sera votre stratégie pour cette phase ?**
- **Qui sera chargé de guider les activités de mise à l'échelle ?**
- **Quel sera le coût de la mise à l'échelle et par qui sera-t-elle financée ?**

L'Ouganda a commencé à élargir son programme aux districts de Luwero et de Nakaseke en 2006, et a formé 25 autres agents DBC. Quelques leçons tirées de cette expérience sont présentées ci-dessous.

- **La mise à l'échelle peut avoir besoin d'être progressive et sélective.**
  - Il risque de ne pas être possible de répliquer le projet pilote dans toutes les régions du pays en même temps. Il est important de se concentrer sur les régions qui éprouvent le plus grand besoin mais qui disposent de l'infrastructure nécessaire (notamment les programmes DBC existants).
  - Il n'est pas toujours souhaitable d'étendre la DBC des contraceptifs injectables à toutes les régions du pays. Les régions à forte population urbaine, qui dispose d'un vaste réseau de formations sanitaires n'ont probablement pas le même besoin en distribution à base communautaire que les régions rurales.
- **Etablir avec soin le budget des activités de mise à l'échelle.** Il est important de soutenir la mise à l'échelle. Si l'on obtient un soutien financier au projet pilote de la part d'ONG et de bailleurs internationaux, ce soutien sera-t-il poursuivi pendant la phase de mise à l'échelle ?
  - **Un soutien officiel à la DBC des contraceptifs injectables est utile, surtout pour la phase de mise à l'échelle. «** Le soutien du gouvernement à la DBC du DMPA aide à surmonter les inquiétudes sur le manque de formation médicale [des prestataires], » d'après Mme Liliane Luwaga, éducatrice principale en santé de la division de la Santé de la Reproduction au ministère ougandais de la Santé.
  - Il se peut que la politique nationale de santé et les lignes directrices pour la prestation de services ne soutiennent pas officiellement la DBC des contraceptifs injectables pendant le projet pilote. Néanmoins, on peut tirer parti de la réussite d'un projet pilote pour promouvoir le soutien officiel, ce qui peut faciliter la mise à l'échelle du projet.

REBECCA CALLAHAN/USAID

Soutenir la mise à l'échelle du programme en Ouganda

Le Dr Godfrey Kasibante, coordinateur suppléant de la santé pour le district de Nakasongola, affirme : « Le gouvernement a un bon plan. Il serait bon de l'étendre à toutes les régions d'Ouganda. » Mais il ajoute aussi : « La durabilité est difficile. Nous avons besoin d'examiner ce qui se passera si Save the Children et FHI ne fournissent plus de soutien. »

- **La collaboration des parties prenantes est indispensable au succès de la mise à l'échelle du programme.**
  - Des échanges sud-sud ou des visites ou des voyages éducatifs permettent de créer un contexte de collaboration et de susciter l'intérêt des parties prenantes.
- **Le possibilité d'avoir à adapter le programme DBC au fur et à mesure que les conditions changent.** En revanche, il est important de ne pas perdre les caractéristiques essentielles du programme pendant le processus de le mettre à l'échelle.
  - A titre d'exemple, un élément du programme qu'il pourra être nécessaire de modifier concerne les mesures d'incitation aux agents DBC. Les ateliers de formation et la distribution de fournitures de base pourront suffire au début, mais après un certain temps les agents pourront avoir besoin de nouvelles motivations.
- **Le suivi et l'évaluation sont nécessaires pour la réussite de la mise à l'échelle.**
  - Le suivi et l'évaluation permettront de perfectionner le projet pilote pendant son déroulement. En outre, ces activités persuaderont les partenaires et les parties prenantes de l'utilité de la DBC des contraceptifs injectables et elles mobiliseront ainsi un plus grand soutien aux activités de mise à l'échelle.
  - La mise à l'échelle est aussi un processus qui doit être évalué et documenté. Les activités de mise à l'échelle devront être transparentes et mesurables afin que d'autres programmes puissent s'informer sur ce processus.

Exemples de mise à l'échelle réussie

Le projet Matlab au Bangladesh

En 1975, le gouvernement du Bangladesh, avec la collaboration du Centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques, a entamé la distribution à base communautaire de préservatifs et de contraceptifs oraux à 150 villages du sous-district du Matlab. Le Dépo-Provera a été offert dans six villages seulement afin d'évaluer son effet sur le programme.

En 1977, le programme a été modifié afin d'offrir le Dépo-Provera à tous les villages participants et d'améliorer la formation et l'encadrement des prestataires locaux — changements qui ont sensiblement amélioré l'acceptation de la contraception et pratiquement doublé le taux de continuation sur une année.

Vers le début de 1979, le Dépo-Provera avait remplacé les contraceptifs oraux comme méthode la plus appréciée, représentant environ la moitié de toute utilisation contraceptive. En 1984, le programme DBC s'est étendue avec succès aux sous-districts d'Abhoynagar et de Sirajgang, faisant plus que doubler l'utilisation contraceptive de ces régions. L'utilisation des contraceptifs injectables, en particulier, est passé de 0,1 à 25 pour cent. En 1993, le programme DBC a été à nouveau étendu à huit autres sous-districts.

Le projet APROFAM au Guatemala

En 1995, l'association guatémaltèque de planification familiale, Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala (APROFAM), a comparé, en partenariat avec le Population Council, le succès relatif des centres de santé et des programmes DBC pour l'administration du Dépo-Provera. Le programme DBC du Dépo-Provera a atteint plus de 750 femmes dans quatre districts. Quinze mois après la première injection, le taux de continuation chez les clientes du programme DBC était de 90 pour cent, taux identique à celui des clientes des centres. Les agents DBC ont également enregistré des taux d'acceptation et de continuation élevés chez les femmes rurales mayas, ce qui était un but important du programme.

Les agents DBC les plus efficaces étaient en général des femmes qui jouissaient d'une certaine admiration au sein de la communauté. Seulement trois infections ont été signalées chez toutes les clientes DBC. En raison du succès du programme, APROFAM a étendu la DBC du Dépo-Provera au reste du pays, couvrant ainsi les 12 districts du pays. Tous les agents DBC, ou *promotoras*, du programme de développement rural d'APROFAM sont formés à administrer les contraceptifs injectables. En outre, les agents administrent désormais le contraceptif injectable Cyclofem (progestatif et œstrogène), en plus du Dépo-Provera (progestatif-seul).

9

Pièges à éviter pendant l'Etape 9

- S'abstenir de planifier la phase de mise à l'échelle pendant le déroulement du projet pilote.
- S'abstenir de désigner un groupe d'individus qui sera chargé de guider le processus de mise à l'échelle.
- Ne pas comprendre ce qui est en cours d'être mis à l'échelle. Les risques d'échec sont plus grands si les aspects uniquement cliniques et techniques du modèle sont répliqués. Les aspects les plus négligés sont ceux qui sont « plus flous », tels que la supervision encourageante, la sensibilisation communautaire et le plaidoyer pour un changement de politique. Il faut identifier les aspects essentiels du programme qui doivent être mis à l'échelle afin de maintenir l'efficacité et la qualité de ce dernier.
- Ne pas réussir à rallier au niveau national des politiques favorables à la mise à l'échelle du programme.

JOHN STANBACK/FHI

POINTS ESSENTIELS À RETENIR

- **Les agents DBC ont un rôle important à jouer dans la prestation de services de santé. Les parties prenantes le reconnaissent à tous les niveaux.**

  Lorsqu'ils ont entendu parler de la DBC des contraceptifs injectables pour la première fois, les responsables et les prestataires de soins du ministère malgache de la Santé et du Planning Familial étaient sceptiques. Cependant, quelques mois seulement après la mise en œuvre du projet, la DBC des contraceptifs injectables était en forte demande dans d'autres zones du pays.

- **La collaboration à tous les échelons est indispensable au succès d'un programme**

  A Madagascar, les coordinateurs de projet ont constaté que « pour réussir à mettre en œuvre des activités communautaires, vous devez faire intervenir les responsables régionaux dès le début. Vous devez dégager un consensus avec tous les partenaires (y compris les ONG) et concevoir une structure de collaboration en matière de planification familiale. » Un comité directeur regroupant un large éventail de partenaires a aussi permis de consolider la collaboration.

- **La participation communautaire est primordiale pour la réussite des programmes DBC des contraceptifs injectables**

  A Madagascar, les coordinateurs de projet se sont assurés que les maires, les chefs de village et autres participaient dès le début. Ils ont également collaboré de près avec le personnel et les directeurs des formations sanitaires, contribuant ainsi à créer un environnement favorable pour les agents DBC.

- **Rallier le soutien des pouvoirs publics peut aussi jouer un rôle positif important pour la DBC des contraceptifs injectables — bien que ce ne soit pas indispensable au lancement d'un projet pilote**

  Des politiques favorables peuvent convaincre les parties prenantes de prendre part à un projet. Particulièrement convaincant sont des politiques telles que l'intégration de la DBC à la politique nationale de santé et aux lignes directrices pour la prestation de services.

- **L'approvisionnement régulier en produits est indispensable à la DBC des contraceptifs injectables**

- **Veiller à mettre en œuvre des activités de suivi et d'évaluation pendant la phase du projet pilote**

- **La distribution à base communautaire vient s'ajouter aux services offerts dans les formations sanitaires, mais elle ne les remplace pas**

  Les agents DBC sont un complément aux formations sanitaires, en particulier en milieu rural où les populations n'ont pas facilement accès aux soins de santé structurés. Cependant, les agents DBC reçoivent une formation à l'exécution de tâches spécifiques, ne remplaçant pas tout l'éventail de soins et de services offerts dans les formations sanitaires. Pendant la planification du projet pilote et la phase de mise a l'échelle du programme, il faut s'assurer que cet état des choses est bien compris du système de santé communautaire (ainsi qu'au niveau national et de district).

ANNEXES

JOHN STANBACK/FHI

ANNEXE 1
Ressources

1

Formation

Family Health International (FHI). *La prestation de services de DMPA par les agents DBC en Afrique.* Research Triangle Park, NC : FHI, 2004. Accessible en ligne sur : *www.fhi.org/en/RH/Pubs/servdelivery/index.htm*.

Family Health International (FHI). *Guide de formation et de référence à l'emploi de la Liste de contrôle pour commencer l'usage du DMPA (ou du NET-EN).* Research Triangle Park, NC : FHI, 2007. Accessible en ligne sur : http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/e4zmkogsw2bwbyvrtl5lsowutirie5ndqkejxbsbadm2745n2iyeoqcxk5mj7l2gbud2hyvbyawmub/GuideDMPA.pdf.

Lande R, Richey C. Renforcement des services fournis pour les injectables. *Popul Rep* 2006;Series K(6). Accessible en ligne sur : *www.infoforhealth.org/pr/k6/fk6/fke.pdf*.

Lande RE. Counseling about injectables. Supplement to New Era for Injectables. *Popul Rep* 1995; Series K(5). Accessible en ligne sur : *www.infoforhealth.org/pr/k5/k5gather.shtml*.

Solter C. *Comprehensive Family Planning and Reproductive Health Training Curriculum. Module 6: DMPA Injectable Contraceptive.* Watertown, MA: Pathfinder, 1999. Accessible en ligne sur : *www.pathfind.org/pf/pubs/module_6.pdf*.

Suivi et evaluation

Betrand J, Magnani R, Rutenberg N. *Evaluating Family Planning Programs.* Chapel Hill, NC: University of North Carolina, Carolina Population Center, The Evaluation Project, 1996. Accessible en ligne sur : *www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/ms-96-03.pdf*.

Bertrand J, Magnani R, Rutenberg N. *Manuel d'indicateurs pour l'evaluation des programmes de planification familiale*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina, Carolina Population Center, The Evaluation Project, 1994. Accessible en ligne sur : *www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/ms-94-01-fr.pdf*

Measure Evaluation Project. *M&E Fundamentals: A Self-Guided Mini-Course.* Chapel Hill, NC: University of North Carolina, Carolina Population Center, Measure Evaluation Project, 2007. Accessible en ligne sur : *www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/ms-07-20.pdf*.

Reproductive Health Response in Conflict Consortium (RHRC). *Monitoring and Evaluation Toolkit: The Causal Pathway Framework.* New York: RHRC, 2004. Accessible en ligne sur : *www.rhrc.org/resources/general_fieldtools/toolkit/causal.html*.

United Nations Population Fund (UNFPA). *Program Manager's Planning, Monitoring and Evaluation Toolkit.* New York: UNFPA, 2004. Accessible en ligne sur : *www.unfpa.org/monitoring/toolkit.htm*.

Plaidoyer

Family Health International (FHI). *Améliorer l'accès à la planification familiale : la distribution à base communautaire du DMPA.* Research Triangle Park, NC: FHI, 2007. (Ce dossier de plaidoyer contient une série de 10 synthèses. Commander des exemplaires imprimés en français et en anglais en écrivant à publications@fhi.org, ou consulter chacunes des synthèses en suivant les liens donnés ci-dessous.)

- Expansion de l'accès à la contraception injectable. Accessible en ligne sur : *www.fhi.org/fr/RH/Pubs/servdelivery/cbd_dmpa/brief1.htm*
- Innocuité de la distribution à base communautaire du DMPA Accessible en ligne sur : *www.fhi.org/fr/RH/Pubs/servdelivery/cbd_dmpa/brief2.htm*.
- Efficacité de la distribution à base communautaire du DMPA. Accessible en ligne : *www.fhi.org/fr/RH/Pubs/servdelivery/cbd_dmpa/brief3.htm*.

- Intégration de la « DBC du DMPA » aux systèmes de santé existants. Accessible en ligne sur : *www.fhi.org/fr/RH/Pubs/servdelivery/cbd_dmpa/brief4.htm*.
- Distribution à base communautaire du DMPA : projet du Nakasongola en Ouganda. Accessible en ligne : *www.fhi.org/fr/RH/Pubs/servdelivery/cbd_dmpa/brief5.htm*.
- Distribution à base communautaire du DMPA : le projet APROFAM du Guatemala. Accessible en ligne sur : *www.fhi.org/fr/RH/Pubs/servdelivery/cbd_dmpa/brief6.htm*.
- Distribution à base communautaire du DMPA : le projet Matlab, Bangladesh. Accessible en ligne : *www.fhi.org/fr/RH/Pubs/servdelivery/cbd_dmpa/brief7.htm*.
- Etapes à suivre pour commencer la fourniture du DMPA par le biais des services à base communautaire. Accessible en ligne sur : *www.fhi.org/fr/RH/Pubs/servdelivery/cbd_dmpa/steps.htm*.
- Bibliographie sélectionnée de ressources utile. Accessible en ligne sur : *www.fhi.org/fr/RH/Pubs/servdelivery/cbd_dmpa/resources.htm*.
- Liste de contrôle pour les clientes souhaitant commencer l'usage du DMPA (ou du NET-EN) Accessible : *www.fhi.org/NR/rdonlyres/ehlmsrhsqvfpqhh4v4cyn6ynzfreqybde6jhwvrcu7ertbfkdb7inbfh3ehtw6pfmx7hfjbuir2fso/ListeDMPASerie.pdf*.

Lande R, Richey C. Les programmes communautaires peuvent accoître l'accès aux injectables en toute sécurité. *Popul Rep* 2006; Series K(6):12—13. Accessible en ligne sur : *www.infoforhealth.org/pr/k6/fk6/fke.pdf*.

Lande R, Richey C. Les injectables de demain : AMPR sous-cutané et injections à domicile. *Popul Rep* 2006; Series K(6):16—17. Accessible en ligne sur : *www.infoforhealth.org/pr/k6/fk6/fke.pdf*.

Management Sciences for Health (MSH). *Innovations in Family Planning: The Accelerating Contraceptive Use Project in Afghanistan.* Cambridge, MA: MSH, 2007. Accessible : *www.msh.org/programs/pdf/Hewlett_SuccessStory_2007.pdf*.

Shears KH. La DBC des contraceptifs injectables. *Network en français* 2003;22(3):12—16. Accessible en ligne sur : www.fhi.org/fr/RH/Pubs/Network/v22_3/NWvol23-3CDInject.htm

Stanback J, Mbonye A, LeMelle J, et al. *Final Report: Safety and Feasibility of Community-Based Distribution of Depo-Provera in Nakasongola, Uganda.* Research Triangle Park, NC: Family Health International, 2005.

Stanback J, Mbonye A, Bekiita M. Injections contraceptives par des agents de santé communautaires en Ouganda : essai en communauté non randomisé. *Bull WHO* 2007;85(10):768—73. Résumé en français accessible en ligne sur : *www.who.int/bulletin/volumes/85/10/07-040162-ab/fr/index.html*. Texte intégral en anglais : http://www.who.int/bulletin/volumes/85/10/07-040162/en/index.html

Stang A, Schwingl P, Rivera R. New contraceptive eligibility checklists for provision of combined oral contraceptives and depot-medroxyprogesterone acetate in community-based programmes. *Bull WHO* 2000;78(8):1015—23.

Wright KL, Shears KH. Les seringues à usage unique: un label de sécurité pour les contraceptifs injectables. *Network* en français 2003;22(3):14. Accessible en ligne sur : www.fhi.org/fr/RH/Pubs/Network/v22_3/NWvol23-3CDInject.htm

Mise à l'échelle

Cooley L, Kohl R. *Scaling Up—From Vision to Large-Scale Change: A Management Framework for Practitioners.* Washington, DC: Management Systems International, 2006. Accessible en ligne sur : *www.msiworldwide.com/files/scalingup-framework.pdf*.

Simmons R, Fajans P, Ghiron L. *Practical Guidance for Scaling Up Health Service Innovations.* Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2007. Accessible en ligne sur : *www.expandnet.net/PDFs/ExpandNet-WHO_Practical_Guide_2008.pdf*.

ANNEXE 2
Abréviations

2

ADRA : Adventist Development Relief Association (Association adventiste d'aide au développement)

APROFAM : Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala

ASOS : Action Socio-sanitaire Organisation Secours

DBC : Distribution à base communautaire

DMPA : acétate de médroxyprogestérone-dépôt (voir AMPR)

FDA : Administration des produits pharmaceutiques et alimentaires des Etats-Unis (U.S. Food and Drug Administration)

FHI : Family Health International

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONG : organisation non gouvernementale

PF : Planification familiale

PSI : Population Services International

SR : Santé de la reproduction

USAID : Agence des Etats-Unis pour le développement international

ANNEXE 3
Glossaire

3

Acétate de médroxyprogestérone-dépôt : version synthétique de l'hormone féminine progestérone. Contraceptif injectable le plus couramment utilisé. Sigles : le DMPA ou l'AMPR.

Agents DBC : les agents de distribution à base communautaire, ou « agents DBC », sont des membres de la communauté qui ont été formés à la tâche d'administrer des contraceptifs injectables dans un cadre confidentiel et privé.

Année-couple de protection : protection contraceptive fournie par une méthode de planification familiale pendant une année à un couple. Expression souvent utilisée comme indice de comparaison des coûts relatifs de deux méthodes ou plus.

Dépo-Provera : nom de marque de l'acétate de médroxyprogestérone-dépôt.

Dépo-subQ Provera 104 : nouvelle formule de Dépo-Provera, dont l'administration est sous-cutanée. Elle est aussi efficace que la formule originale tout en contenant moins d'hormone.

Contraceptif injectable : contraceptif hormonal, comme le Dépo-Provera, qui est administré dans le corps à l'aide d'une seringue.

Extrants du programme : activités, services, événements et produits qui parviennent aux populations ciblées par un programme spécifique.

Intrants : les ressources, contributions et investissements pour l'exécution d'un programme.

Noristérat : contraceptif injectable à progestatif-seul, qui doit être administré tous les deux mois. Il contient l'hormone synthétique, énanthate de noréthistérone.

Objets piquants ou tranchants : aiguilles et autres objets tranchants qui ont servi et qui peuvent causer de sérieuses blessures.

Prestataires : voir agents DBC.

Progestatif : version synthétique de l'hormone féminine progestérone.

Réalisations : accomplissements ou changements apportés pour des individus, groupes, communautés, organisations et systèmes.

Rupture de stock : quand la demande excède l'offre d'un produit et qu'il n'y a plus de stock.

Suivi et évaluation : processus d'évaluation de la performance et de l'impact par le biais d'indicateurs de mesure de l'avancement des travaux en vue d'atteindre des objectifs intermédiaires et des buts finals. La collecte des données, l'analyse des données, et la communication de rapports sont utilisées en vue de suivre les progrès du programme .

Uniject : dispositif d'injection prérempli, à usage unique et à jeter après usage.

Utilisatrice : femme qui accepte d'utiliser une méthode contraceptive.

ANNEXE 4

Formulaire d'évaluation rapide de la faisabilité d'ajouter des services de DMPA à un programme DBC existant

4

Cet outil d'évaluation peut être adapté et utilisé pour déterminer si les contraceptifs injectables peuvent être ajoutés à la gamme de méthodes offertes par un programme DBC donné. Les différentes sections du formulaire cherchent à obtenir des informations sur l'emplacement géographique, le système de santé local, les spécificités du programme DBC et les ressources d'encadrement.

NOM/POSTE DU REPONDANT : _____

DISTRICT ET CONTACT : _____

DATE D'EVALUATION : _____

Lieux d'évaluation *(prière de les énumérer) :*

_____

_____

A. Informations sur le district

Sources d' informations *(prière de les énumérer) :*

_____

_____

1. **Quel est le taux de prévalence contraceptive du district ?** _____
2. **Quel est le défi principal du district en matière de services de planification familiale (PF) ?** _____
3. **Y a-t-il des populations mal desservies dans le district ? Quelles sont les caractéristiques propres à ces populations ?** _____
4. **Combien de formations sanitaires y a-t-il dans le district ? Hôpital – niveau II et plus haut ?** *(nom)* _____
5. **Dans chaque formation sanitaire, combien y a-t-il d'agents de santé formés aux services PF ?** ***(indiquer le nom de la formation sanitaire et le nombre d'agents formés)***
6. **Quels sont les services PF fournis au niveau II ?** _____
7. **Quel est l'état d'approvisionnement du district en produits PF ? La rupture de stock est-elle courante ?** _____

8. **Quelle est la méthode de PF la plus utilisée dans le district ?** _____

9. **L'utilisation des services de PF varie-elle entre les divisions géographiques du district ou entre les lieux de prestation de services ? *(indiquer* les variations précises suivant les endroits)** _____

10. **Avez-vous participé à une réunion des parties prenantes pour améliorer l'accès aux contraceptifs injectables par le biais de la DBC ?** _____

11. **Connaissez-vous bien la DBC du DMPA (Dépo-Provera) ?** _____

12. **Connaissez-vous l'intéret du pays envers la DBC du DMPA et si l'on prévoit de mettre en œuvre un projet pilote ?** _____

13. **Le district serait-il intéressé par une intervention pour améliorer l'accès au DMPA à travers la DBC ?** _____

B. Informations sur les activités DBC au niveau du district

Sources d' informations *(prière de les énumérer) :*

_____

_____

1. **Dans quels endroits spécifiques du district la DBC des contraceptifs est-elle mise en œuvre ?** _____

2. **Quels sont les formations sanitaires spécifiques qui ont des liens avec les activités DBC ?** _____

3. **Depuis combien de temps le programme DBC fonctionne-t-il ?** _____

4. **Comment est-il financé ?** _____

5. **Quelle est la durée du financement actuel ? Si le financement s'achève bientôt, quels sont les plans pour obtenir de nouveaux fonds ?** _____

6. **Quel est le nombre total d'agents DBC ?** _____

7. **Quelles sont les activités des agents DBC ?** _____

8. **Des rapports réguliers sur les activités DBC sont-ils communiqués aux formations sanitaires ?** _____

9. **Quel est le nombre moyen de clientes par agent et par mois ?** _____

10. **Existe-t-il des registres montrant la quantité de produits fournis par la formation sanitaire aux agents DBC ?** _____

11. **Les agents DBC disposent-ils de fiches de référence pour orienter les clientes vers le service approprié ? Quelle est la raison de référence la plus fréquente ?** _____

12. **Comment les agents DBC sont-ils sélectionnés ? Quels sont les critères de sélection ?** _____

13. **Comment les agents DBC sont-ils formés ? Des stages de formation ont-ils lieu régulièrement ? Si oui, avec quelle fréquence ? Quand le dernier stage a-t-il eu lieu ?** _____

14. **Comment les agents DBC sont-ils supervisés ?** _____

15. **Comment le suivi des clientes est-il assuré ?** _____

16. **Les agents DBC ont-ils des liens avec les formations sanitaires publiques ? Quelle est la nature de ces liens ?** _____

17. **Existe-t-il des incitations pour encourager les agents DBC ?** ***(prière de préciser)*** _____

18. **Quelles sont les personnes de contact pour les activités DBC au sein du district ?** _____

19. **A votre avis, quel est l'état de fonctionnement présent et passé du programme DBC ?** _____

20. **Quels sont les domaines du programme DBC qui ont besoin d'être améliorés ?** _____

21. Supposant que la DBC du DMPA devrait être mise en œuvre dans votre district, comment assureriez-vous les activités suivantes ? *(Votre réponse devra prendre en compte les responsabilités du district, sans aide financière de FHI)*

    a. Des approvisionnements suffisants _____

    _____

    b. Le contrôle de la qualité (hygiène, sécurité) _____

    _____

    c. Une bonne supervision _____

    _____

    d. Un système de référence _____

    _____

    e. L'intégration au système de santé de district _____

    _____

22. Si elle n'était pas présente à la réunion d'aujourd'hui, qui sera la personne de contact au niveau du district qui assurera la coordination d'un projet pilote ? Y a-t-il d'autres participantes prenantes qui devraient participer ? _____

    _____

    _____

23. Connaissez-vous quelqu'un qui pourrait servir de champion ou de porte-parole dans le cadre du programme DBC — par exemple un responsable de district, un infirmier ou médecin en chef, ou encore un agent DBC ? _____

    _____

    _____

C. Informations sur la prestation de services de DMPA dans des formations sanitaires en liaison avec la DBC

Source d'informations *(chef de la formation sanitaire) :*

_____

_____

1. En moyenne, quel est le nombre **mensuel** de clientes qui reçoivent des méthodes de planification familiale dans cette formation sanitaire ? (par exemple contraceptifs oraux combinés, contraceptifs injectables, implants et DIU) _____
2. En moyenne, quel est le nombre **mensuel** de clientes qui reçoivent des injections de DMPA dans cette formation sanitaire ? _____
3. En moyenne, quel est le nombre **mensuel** de patients qui sont reçus dans cette formation sanitaire ? _____
4. Quel est le nombre d'agents de santé formés qui administrent des injections de DMPA dans cette formation sanitaire ? _____
5. Estimez-vous que cette installation dispose d'un nombre suffisant d'agents de santé formés qui peuvent administrer des injections de DMPA aux clientes ? _____

    _____

ANNEXE 5

Exemple de plan de formation pour la DBC du DMPA

5

Cet exemple de programme de formation améliorée a été adapté à partir des projets menés en Ouganda et à Madagascar. Au nombre des leçons tirées de ces projets figurent des suggestions sur les objectifs de formation, sur la durée de la formation, le nombre idéal de formateurs et de stagiaires, ainsi que sur le certificat de fin de stage.

Exemple de plan de formation pour la DBC du DMPA

Durée de la formation : environ 3 à 5 jours de formation encadrée en salle de classe, y compris des séances de formation des superviseurs (la durée variera suivant le besoin de séances administratives et de séances de révision de la planification familiale). Une autre option consiste en environ 1 à 2 semaines de stage pratique avec encadrement dans une formation sanitaire (la durée de cette deuxième option variera suivent le nombre de clientes participant à l'administration des injections).

Nombre de participants : 15 à 20 agents DBC et les membres pertinents du programme DBC ou directeurs de formations sanitaires.

Nombre de formateurs : environ 2 ou 3 (les formateurs peuvent inclure ceux du programme DBC ou des formateurs locaux au niveau du district).

Remise d'un certificat : après l'achèvement avec succès de la formation, y compris les examens d'évaluation des connaissances avant et après le stage (examen d'entrée et examen final) et l'administration de cinq injections ou plus sous supervision.

Objectifs de la formation : à l'achèvement de la formation, les participants devront pouvoir :

- Expliquer le besoin de services en planification familiale au niveau communautaire
- Fournir des informations exactes sur les méthodes PF modernes, y compris les contraceptifs injectables
- Faire preuve de compétences en counseling pour permettre aux clientes de faire un choix éclairé
- Faire preuve de compétences en counseling de clientes désirant un contraceptif injectable
- Utiliser la liste de contrôle pour les contraceptifs injectables avec au moins 5 clientes
- Administrer à au moins 5 clientes leur première injection de contraceptif injectable
- Fournir des informations sur l'administration sans danger des injections ; démontrer des techniques pour éviter le risque d'infection
- Tenir des registres précis sur les clientes et les fournitures contraceptives

Heure	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4
0800 - 0915	Visite de politesse (bureau régional ou de district du ministère de la Santé)	Ouverture et présentations des participants Objectifs de la formation	Exercices encadrés sur le counseling, l'utilisation des listes de contrôle et l'administration sans danger des injections	Jeu de rôles Exercices encadrés sur le counseling, l'utilisation des listes de contrôle et l'administration sans danger des injections
0915 - 0930	Pause			
0930 - 1200	Exercice de groupe pour renforcer l'esprit d'équipe	Revue de la PF et de la DBC DMPA : vue d'ensemble		
1200 - 1300	Déjeuner			
1315 - 1515	Séance de formation à l'intention des superviseurs	Utilisation de la liste de contrôle pour le DMPA Etapes de l'injection du DMPA avec seringue autobloquante	Impressions/commentaires des assistants techniques Listes de contrôle et exercice à l'administration des injections	Revue des listes de contrôle, de l'administration sans danger des injections, de l'élimination des déchets, de la logistique et des fournitures, de la supervision et des outils de gestion
1515 - 1530	Pause			
1530 - 1800	Séance de formation à l'intention des superviseurs	Précautions de sécurité et élimination des déchets Exercice d'injection du DMPA sur des fruits	Système de supervision et référence Logistique et fournitures Utilisation des outils de gestion/documentation	Examen final (45 minutes)* Clôture

**Test d'évaluation des connaissances à donner avant le stage à titre d'examen d'entrée.*

ANNEXE 6

Examen d'évaluation des connaissances avant et après la formation

6

L'examen ci-dessous a été donné aux agents DBC avant et après la formation conduite à Madagascar afin d'évaluer s'ils étaient suffisamment préparés pour ajouter la contraception injectable à leurs services. Cet examen peut être adapté selon le contenu de la formation, qui peut varier suivant le besoin de revoir les méthodes de planification familiale ou d'y inclure d'autres parties prenantes. Certains programmes peuvent envisager d'utiliser l'examen comme l'un des critères de sélection des agents DBC pour l'administration des contraceptifs injectables. Dans les zones où le niveau d'instruction de base est très limité, l'examen préalable peut permettre d'identifier les agents dont les aptitudes à lire et à écrire sont insuffisantes.

I. Connaissances générales sur la santé de la reproduction et sur l'organisation du système de santé

1. La santé de la reproduction est :

_____

_____

2. Citer au moins trois composantes prioritaires de la santé de la reproduction.

_____

_____

_____

3. Expliquer (ou dessiner) l'organisation du système santé à Madagascar.

_____

_____

_____

II. Connaissances générales sur la planification familiale

Cocher la réponse ou les réponses correcte(s) :

4. Le cycle menstruel :

- ❏ commence le premier jour des règles.
- ❏ est de la même durée chez toutes les femmes.
- ❏ s'achève 21 jours avant le début des règles suivantes.

5. En moyenne, l'ovulation a lieu :

- ❏ 14 jours avant le début des prochaines règles.
- ❏ 7 jours avant le début des prochaines règles.
- ❏ 7 jours après les règles.

6. Les méthodes de contraception mises à la disposition des agents DBC comprennent :

- ❏ injections (DMPA ou Dépo-Provera)
- ❏ pilules contraceptives
- ❏ préservatifs
- ❏ mousses ou spermicides
- ❏ DIU
- ❏ Norplant ou Implanon

7. Les méthodes contraceptives disponibles aux formations sanitaires de Madagascar comprennent :

_____

_____

_____

III. Connaissances des contraceptifs et sur l'élimination du matériel qui a servi

Cocher la réponse correcte :

8. Le DMPA se compose de :
   - ❏ œstrogène
   - ❏ œstrogène + progestatif
   - ❏ progestatif
9. Le DMPA prévient la grossesse chez la femme pendant une durée de :
   - ❏ 6 mois
   - ❏ 3 mois
   - ❏ 1 mois
10. Une fois l'injection administrée :
    - ❏ couvrir l'aiguille avant de la jeter dans le conteneur d'objets piquants ou tranchants.
    - ❏ ne pas couvrir l'aiguille et la jeter immédiatement dans le conteneur d'objets piquants.
    - ❏ séparer l'aiguille, en faisant attention de ne pas se blesser.
11. Les conteneurs d'objets piquants devront être éliminés et incinérés quand :
    - ❏ ils sont pleins
    - ❏ ils sont presque pleins
    - ❏ ils contiennent un peu de matériel qui a servi
12. Les conteneurs d'objets piquants devront :
    - ❏ être placés près de l'endroit où l'injection est donnée.
    - ❏ se trouver loin de l'endroit où l'injection est donnée.
    - ❏ être éliminés et incinérés tous les soirs.
13. Citer les différentes étapes à suivre pour l'administration du DMPA.

    _____

    _____
14. Qui peut recevoir le DMPA ? Donner au moins deux exemples.

    _____

    _____
15. Fournir au moins trois exemples de clientes qui ne peuvent pas recevoir le DMPA.

    _____

    _____
16. Citer au moins trois effets secondaires du DMPA.

    _____

    _____
17. Quelles sont les mesures à prendre pour se débarasser du matériel d'injection qui a servi ?

    _____

    _____
18. Quelle partie du matériel d'injection ne faut-il pas toucher ?

    _____

    _____

IV. Connaissances du processus de counseling et des outils de gestion

19. Décrire le processus de counseling à suivre pour la prestation de services de contraception.

    _____

    _____
20. Quels sont les outils de gestion utilisés par les agents à base communautaire ?

    _____

    _____

ANNEXE 7

Cours de formation : La prestation de services de DMPA par les agents DBC en Afrique

7

Ce guide de formation a été réalisé à l'origine en 1998 pour un programme mené en Bolivie. Il a été mis à jour et adapté aux besoins de l'Afrique, où il a été traduit en plusieurs langues locales. Ce guide a également été utilisé par les agents DBC à titre d'ouvrage de référence sur les principaux aspects de l'administration du DMPA et du counseling.

La prestation de services de DMPA par les agents DBC en Afrique

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

fhi Family Health International

Save the Children

Ce guide s'appuie sur le document *Guidelines for Promoters: Depo Provera*, rédigé par le Dr Oscar Zuna, Maria Lopez et Sarah Johnson et publié en Bolivie par FHI et CIES en 1998.

Les illustrations ont été réalisées par Ambrose Hoona-Kab et elles s'inspirent de celles de Jenny Espinatto, La Paz, Bolivie. Nous tenons à remercier Tita Oronoz de son aide à la réalisation de la version originale en anglais de ce document ainsi que Heather Bannan de son assistance.

Droits d'auteur 2004 Family Health International

Family Health International
P.O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709, USA
www.fhi.org

Cette publication a été réalisée avec le financement de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), mais elle ne reflète pas nécessairement les vues ou la politique de l'USAID.

Mortalité maternelle et planification familiale

Plus d'un demi-million de femmes de la planète meurent chaque année, par suite de complications de la grossesse ou de l'accouchement, avec une très forte incidence de décès dans les pays en développement. Par exemple, d'après les estimations concernant l'Ouganda, 13.000 décès liés à la grossesse et à l'accouchement surviennent chaque année, ce qui correspond à 35 décès environ par jour.

Une excellente méthode de prévenir la mortalité est de garantir aux femmes l'accès aux services de planification familiale afin qu'elles puissent décider librement et volontairement du nombre d'enfants qu'elles désirent avoir et de l'espacement de leurs grossesses. Dans les villes et les bourgs, les femmes ont habituellement accès aux services de contraception, mais en milieu rural, il leur est souvent plus difficile d'accéder aux services cliniques de planification familiale des formations sanitaires. Dans de nombreux endroits, la distribution à base communautaire (DBC) de services de planification familiale comble cette lacune, mais les programmmes DBC n'offrent en général pas la méthode contraceptive la plus appréciée, le Dépo-Provera (DMPA). Ce manuel est destiné à fournir aux agents DBC des informations clés sur le Dépo-Provera afin qu'ils puissent « combler l'insuffisance » de services et puissent répondre aux besoins locaux en fournissant sans danger des services de grande qualité.

Qui peut utiliser le DMPA ?

Presque toutes les femmes en âge de procréer peuvent utiliser le DMPA. Si une femme décide d'adopter cette méthode, vous devrez lui procurer des informations simples, claires, correctes et complètes sur l'injection et vous devrez vérifier que votre cliente est bien sûre de son choix. De cette manière, la femme ne s'inquiétera pas des effets secondaires, atténuant ainsi les rumeurs négatives au sein de la communauté sur l'innocuité du DMPA.

- *Si des effets secondaires surviennent, la cliente sera bien informée et elle saura si les symptômes sont normaux ou si elle a besoin de soins médicaux.*

Responsabilités de l'agent DBC

L'agent de distribution à base communautaire (l'agent DBC) informe les femmes sur les diverses méthodes de planification familiale afin qu'elles puissent prendre des décisions libres et éclairées concernant leur santé de la reproduction et leur santé sexuelle.

L'agent DBC devra :

A. S'assurer que la cliente est au courant des méthodes de planification familiale qui lui sont disponibles.

B. Expliquer clairement les caractéristiques, les avantages, les imperfections et les effets secondaires de chaque méthode.

C. Ecouter la cliente et lui répondre en tenant compte de sa situation, de ses besoins et de ses impressions. Permettre à la cliente de prendre une décision éclairée concernant la méthode de planification qu'elle désire et qu'elle nécessite, le cas échéant.

NE PAS OUBLIER…

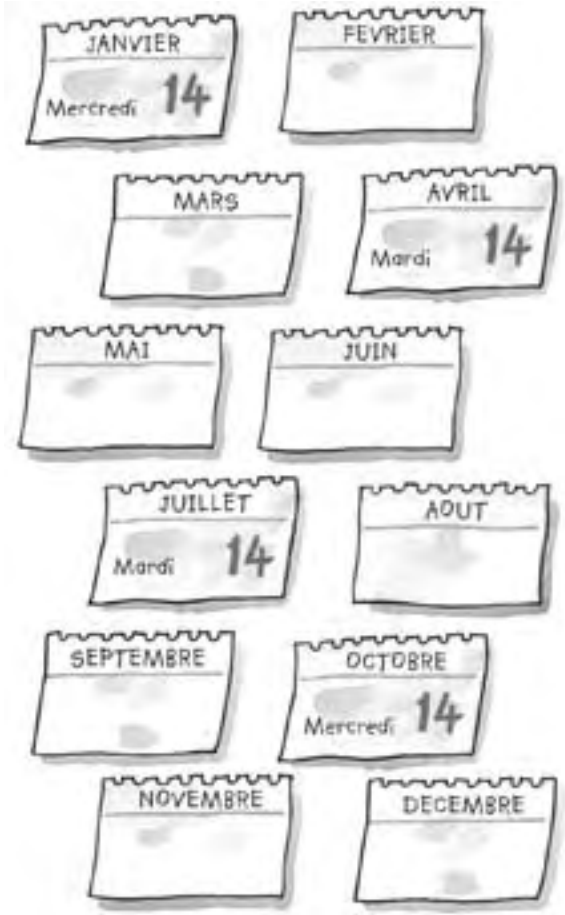
- *Le rôle de l'agent DBC n'est pas seulement de procurer des informations, mais aussi d'écouter la cliente, d'adapter les informations à ses besoins et de l'encourager dans sa décision. Les agents DBC NE DEVRONT PAS décider pour leurs clientes.*
- *Bien que les agents DBC puissent administrer sans danger des injections contraceptives, il est très important qu'ils se rappellent qu'ils ne sont pas des professionnels de la santé, possédant les mêmes compétences cliniques que les médecins, les infirmiers ou les sages-femmes.*
- *Lorsque des questions surgissent qui nécessitent une expertise clinique, l'agent DBC devra référer la cliente à des professionnels de la santé locaux.*

2

Qu'est-ce que le DMPA ?

- Le DMPA est un contraceptif injectable.

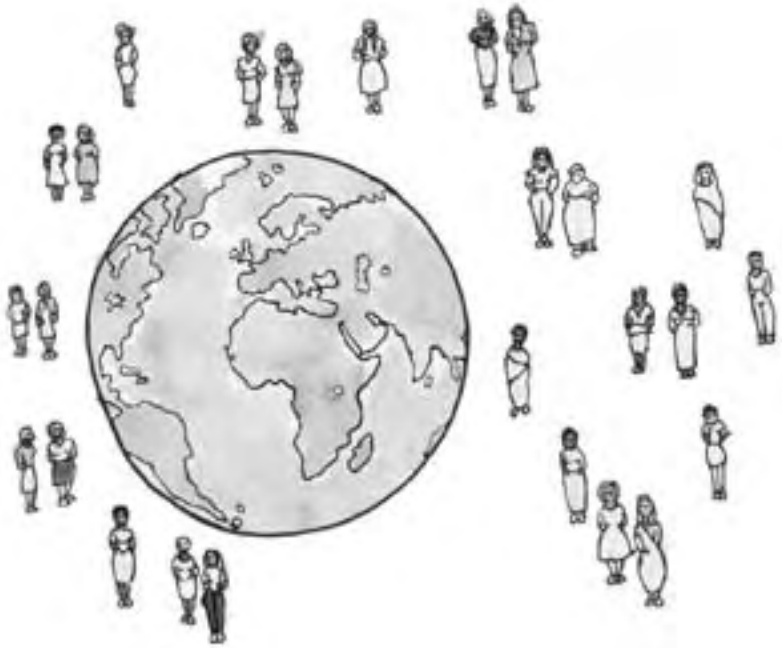
- Chaque dose du DMPA contient 150 mg de progestatif synthétique, qui est semblable à l'hormone naturelle sécrétée par le corps de la femme. L'hormone est lentement libérée dans le sang.



- Le DMPA, ou l'acétate de médroxyprogestérone-dépôt (aussi appelé Dépo-Provera) est administré tous les 13 semaines (trois mois). Les dates ci-dessus sont données à titre d'exemple. La date de début du traitement sera différente pour chaque femme. Les agents DBC prévoiront la prochaine injection dans 13 semaines.

Innocuité et efficacité du DMPA

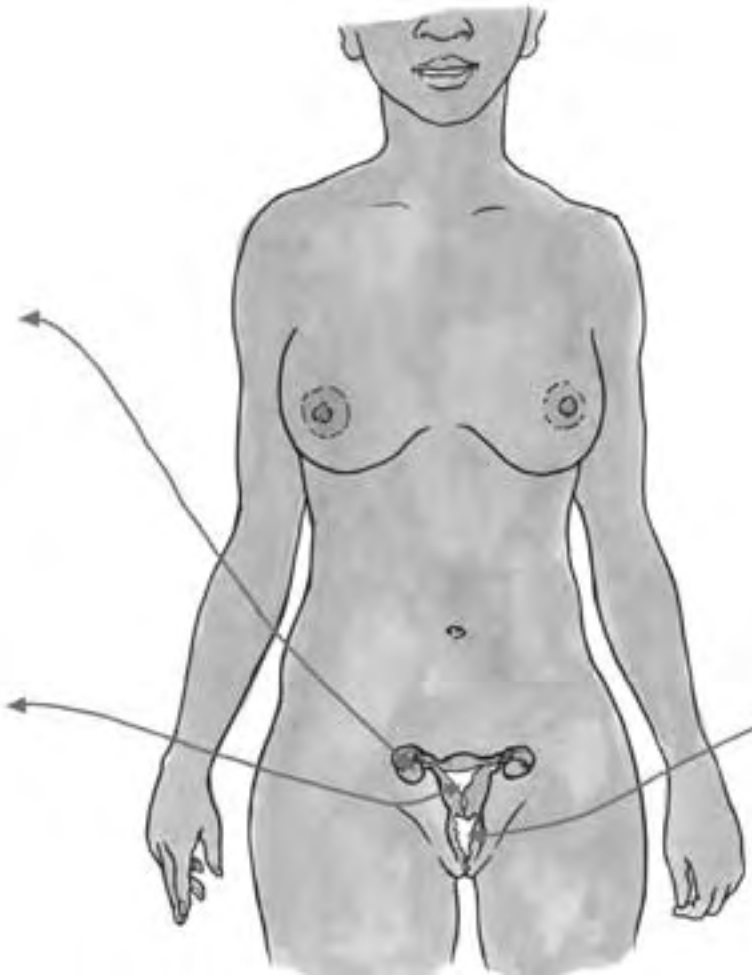
- Le DMPA est fort efficace. Seulement UNE femme sur 333 utilisant le DMPA tombe enceinte au cours de la première année d'emploi. Son efficacité est tout à fait comparable à celle de la stérilisation féminine.



- Le DMPA est utilisé par plus de 10 millions de femmes dans le monde.
- Il est utilisé depuis 30 ans environ.
- C'est une méthode très sûre ; plus de 100 pays ont approuvé son emploi.
- Le DMPA ne cause pas de cancer, ne provoque pas de malformation congénitale, et ne rend pas la femme stérile. Il n'entraîne pas non plus de changement sensible de la tension artérielle.

4

Fonctionnement du DMPA



- Le DMPA empêche les ovules d'arriver à maturité et de quitter les ovaires
- Il amincit la muqueuse qui tapisse l'utérus
- Il épaissit la glaire cervicale
- Il **ne** provoque **pas** d'avortement

5

Mécanisme d'action principal :

Le DMPA empêche les ovules d'arriver à maturité et de quitter les ovaires (prévient l'ovulation). Après avoir reçu une injection de 150 mg de DMPA, la femme ne peut pas ovuler pendant au moins 13 semaines (trois mois) et souvent plus longtemps.

6

Qui peut utiliser le DMPA ?

Toute femme en âge de procréer qui :

- Désire une méthode de contraception efficace, réversible et de longue durée d'action
- Allaite son enfant et désire utiliser une méthode hormonale
- Désire une méthode qui ne gêne pas les rapports sexuels
- Ne veut pas garder des contraceptifs chez elle
- Ne veut pas que d'autres personnes sachent qu'elle utilise une méthode de contraception
- Ne peut pas utiliser les contraceptifs contenant l'œstrogène
- A eu ou n'a pas eu d'enfants

- Toute femme qui a le nombre désiré d'enfants et ne veut pas utiliser de méthode permanente comme la stérilisation

7

Qui NE PEUT PAS utiliser le DMPA ?

Les femmes ne devront pas utiliser le DMPA si :

• elles sont enceintes

• elles soupçonnent qu'elles sont enceintes

8

Les femmes présentant l'une des affections suivantes devront être référées à un prestataire qualifié pour savoir si elles peuvent ou non utiliser le DMPA :

• Des saignements vaginaux anormaux

• Crainte ou confirmation du cancer du sein

• Maladie cardiaque

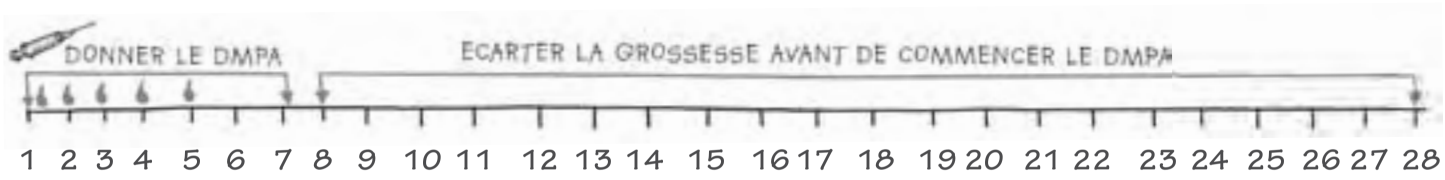
• Maladie du foie

• Diabète

• Tension artérielle élevée

Note *: Si la cliente présente l'une de ces affections, référez-la à une formation sanitaire.*

Quand est-ce que la femme peut commencer à utiliser le DMPA ?



1. **Quand la femme a des cycles menstruels réguliers.**

   • Le DMPA peut être commencé à tout moment où on est raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte.

Vous pouvez administrer le DMPA pendant les sept premiers jours, à compter du début des règles de votre cliente (il n'est pas nécessaire de vérifier le saignement), et à tout moment pendant le reste de son cycle si vous avez écarté la possibilité de la grossesse en appliquant la Liste de contrôle pour la grossesse. A partir du huitième jour de son cycle, elle devra s'abstenir d'avoir des rapports ou utiliser un préservatif pendant au moins sept jours.

2. **Après une fausse-couche ou un avortement.**

   • Le DMPA peut être commencé immédiatement ou dans les sept jours suivant un avortement ou une fausse-couche.

A partir du huitième jour, le DMPA peut être administré si la femme n'a pas eu de rapports sexuels depuis l'avortement ou la fausse-couche. (Elle devra s'abstenir d'avoir des rapports ou utiliser un préservatif pendant 48 heures au moins.)

3. Après l'accouchement si la femme n'allaite pas.

- Administrer le DMPA le jour même de l'accouchement ou à tout moment pendant les quatre premières semaines suivant l'accouchement. Au delà-de quatre semaines, le DMPA peut être administré si la femme s'est abstenue de rapports sexuels.

4. Après l'accouchement si la femme allaite.

- Si la femme allaite exclusivement, elle est protégée contre la possibilité d'une grossesse pendant six mois tant que ses règles ne reviennent pas. (Cette méthode de planification familiale s'appelle la **méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée**, ou **MAMA**.) Cependant, si la femme désire une protection supplémentaire, elle peut utiliser le DMPA à partir de la sixième semaine après l'accouchement.

- Pour utiliser correctement la MAMA, la femme doit répondre aux trois conditions suivantes :

  a. Elle allaite exclusivement toutes les trois heures, de jour comme de nuit.

  b. Elle n'a pas eu de retour de règles depuis l'accouchement.

  c. Elle est en période du post-partum depuis moins de six mois.

5. Lorsqu'une femme arrête l'utilisation d'une autre méthode de contraception (contraceptifs oraux, DIU au cuivre, méthodes de barrière), elle peut immédiatement recevoir le DMPA

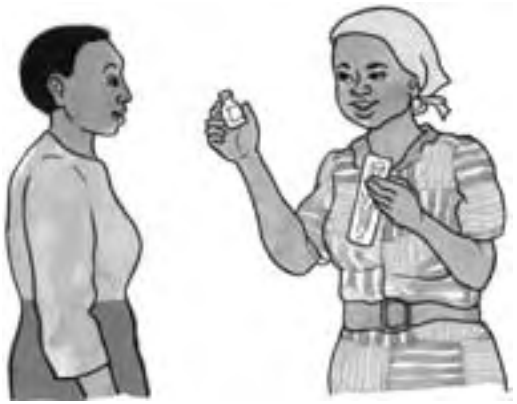
- *Une fois que la possibilité d'une grossesse et autres affections sont écartées, fournir le DMPA et une méthode contraceptive d'appoint, si nécessaire.*

NE PAS OUBLIER…

- *La cliente devra recevoir une injection de DMPA tous les 13 semaines (trois mois).*
- *Dans le cas où elle ne peut pas revenir à la date prévue pour sa prochaine injection, elle peut recevoir son injection dans un délai de deux semaines avant ou de quatre semaines après la date prévue. Il est important d'inscrire dans un registre les dates des injections de la cliente et d'essayer de la revoir avant la fin de la plage d'administration (ou du « délai de grâce ») de quatre semaines.*

• Points importants à se rappeler :

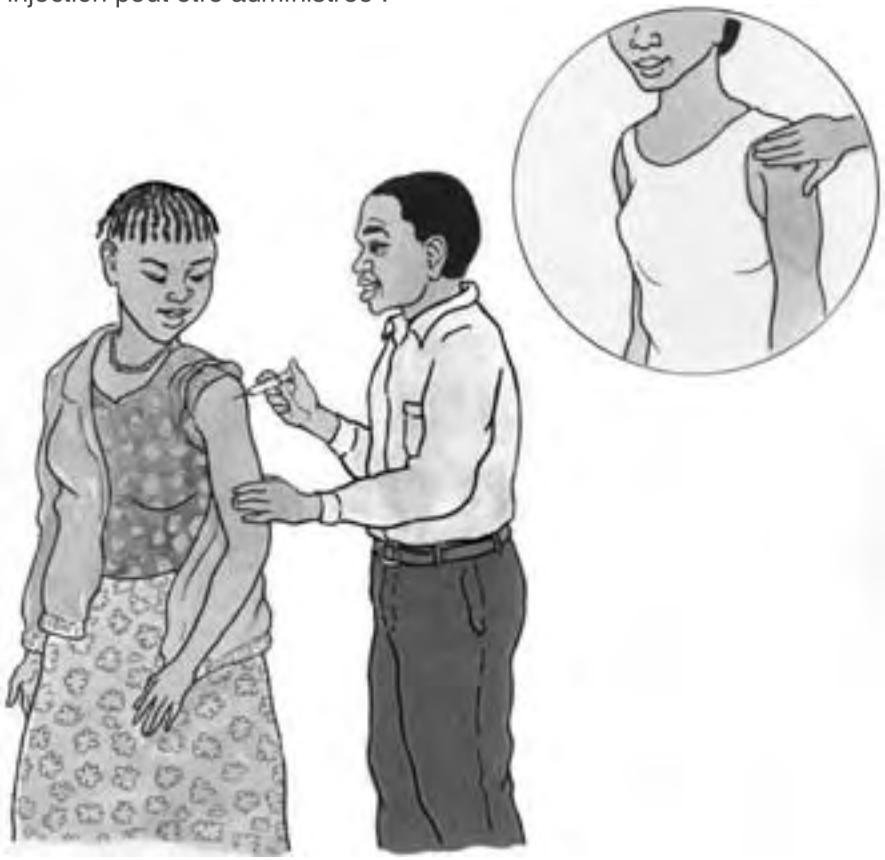
1. Procurer aux clientes un milieu confidentiel.
2. Montrer à l'utilisatrice la date de péremption et les ingrédients énumérés sur le flacon du DMPA.
3. Lui demander où elle veut recevoir l'injection. La plupart des femmes peuvent choisir de recevoir l'injection dans le bras ou dans la fesse. Cependant, si une femme est très mince, il est préférable d'administrer l'injection dans la fesse.



4. Avant d'administrer l'injection, expliquer les étapes qui vont être suivies.
5. Montrer à la cliente l'emballage qui contient l'aiguille et la seringue avant de l'ouvrir, afin qu'elle puisse vérifier que le dispositif est stérile et n'a jamais servi.
6. Rappeler à la cliente qu'elle aura besoin d'une nouvelle injection dans 13 semaines (trois mois). Lui expliquer qu'elle peut vous parler ou se rendre à une formation sanitaire à tout moment si elle a des problèmes, des questions ou des doutes.

Comment le DMPA est-il administré ?

L'injection peut être administrée :



• Dans le bras (muscle deltoïde)

• Dans la fesse (muscle fessier, partie supérieure externe)

• Comment administrer l'injection :

Tout d'abord, se familiariser avec les seringues et les aiguilles fournies par le programme. Puis suivre les instructions générales ci-dessus.

1. Bien se laver les mains avec de l'eau et du savon.

2. S'essuyer les mains avec une serviette propre ou les laisser sécher à l'air.

3. Vérifier le contenu du flacon, la dose et la date de péremption.

4. Faire rouler le flacon dans la paume des mains pour mélanger la solution, ou agiter DOUCEMENT (NE PAS agiter vigoureusement car le contenu deviendrait mousseux.)

5. Ouvrir l'emballage stérile qui contient la seringue et l'aiguille.

6. Tenir le flacon du DMPA et enlever le couvercle en plastique.

7. Retourner le flacon la tête en bas et introduire l'aiguille dans le couvercle en caoutchouc, puis aspirer tout le contenu dans la seringue. Faire attention de ne pas contaminer l'aiguille. Expulser l'air de la seringue sans faire sortir de DMPA.

8. Nettoyer l’endroit de l’injection avec du coton et de l’alcool ou avec un tissu propre imbibé d’eau, avec un mouvement circulaire.

9. Laisser l’alcool sécher avant d’administrer l’injection.

10. Introduire l'aiguille, en faisant attention de ne pas pénétrer dans un vaisseau sanguin. Si du sang apparaît (ceci se produit rarement) retirer l'aiguille et essayer à nouveau dans un autre endroit. Administrer le DMPA en profondeur dans le muscle deltoïde (bras supérieur) ou dans le muscle fessier (partie supérieure externe), en vidant tout le contenu de la seringue.

11. Après l'administration du DMPA, presser doucement au site de l'injection avec du coton imbibé d'alcool ou avec un tissu propre.

12. Mettre la seringue qui a servi dans un conteneur pour objets piquants ou tranchants. Faire très attention de ne pas se piquer ou de ne pas piquer d'autres personnes. Suivre les réglementations locales concernant l'élimination des conteneurs pour objets piquants.

13. Informer la cliente de NE PAS masser l'endroit de l'injection. Le massage pourrait causer l'absorption plus rapide du DMPA et le rendre moins efficace.

14. Se laver les mains à nouveau avec de l'eau et du savon.

• Quand le DMPA commence-t-il à faire effet ?

L'effet du DMPA commence immédiatement s'il est administré entre le premier et le septième jour du cycle menstruel de la femme, le premier jour étant le premier jour de ses règles.

Lorsque l'injection est administrée après le septième jour, le couple devra utiliser un préservatif ou s'abstenir de rapports sexuels pendant les sept jours suivants.

• Quand la cliente devra-t-elle revenir ?

Indiquer à la cliente de revenir dans trois mois pour sa prochaine injection. Lui expliquer qu'elle peut revenir à tout moment si elle a des problèmes, des questions ou des doutes.

Informer la cliente de revenir ou de se rendre à une formation sanitaire si elle éprouve l'un des symptômes suivants :

- Saignements vaginaux abondants (saignements incessants et en plus grande quantité que pendant les règles)
- Maux de tête intenses
- Douleurs abdominales intenses

• Effets secondaires courants :

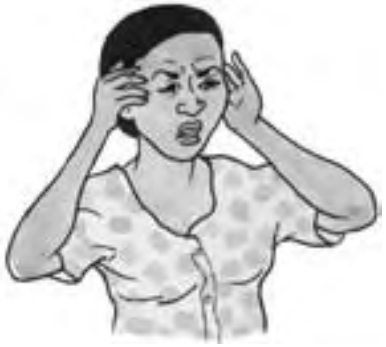
• La femme n'aura pas de règles régulières pendant l'usage du DMPA. Des taches irrégulières ou des saignements légers peuvent se produire pendant la première année d'usage, mais souvent pendant moins longtemps.

• L'aménorrhée (absence de règles) finira par se produire avec l'usage continu du DMPA.

• Prise de poids

Demander à l'utilisatrice de se rendre dans une formation sanitaire en cas de toute inquiétude.

• Effets secondaires moins courants :



• Maux de tête

• Changements d'humeur

• Nausée

• Tension mammaire

Ne pas oublier que :

1. Le DMPA **NE** cause **PAS** le cancer.

   Les recherches ont clairement prouvé que le DMPA ne cause pas le cancer ; en réalité, elles ont démontré que le DMPA protège contre le cancer de l'endomètre (cancer de la muqueuse qui tapisse l'utérus).

2. Le DMPA ne rend pas la femme stérile.

   Même s'il faut neuf mois en moyenne pour qu'une femme puisse concevoir après avoir arrêté le Dépo-Provera, le DMPA ne rend pas la femme stérile de manière permanente.

3. Une femme qui utilise le DMPA produit suffisamment de lait pour nourrir son enfant.

   Des études ont démontré que la quantité de lait ne diminue pas chez les femmes qui allaitent et qui utilisent le DMPA. Le DMPA n'affecte pas la composition du lait maternel, le début ou la durée de la lactation, ni la croissance et le développement de l'enfant.

4. L’aménorrhée, ou l’absence de règles, **NE** nuit **PAS** à la santé de la femme.

   L’aménorrhée est un effet secondaire normal du DMPA. Ce type d’aménorrhée n’est pas dangereux et n’indique pas l’existence d’un problème quelconque de santé. Au contraire, il peut même être bénifique, car il permet d’empêcher l’anémie et libère la femme de l’inconvénient de saigner tous les mois.

5. Le DMPA N’engendre PAS de bébés anormaux ou déformés.

   Il n’existe aucune preuve que le DMPA cause des anomalies chez les enfants. Des études menées sur des enfants qui avaient été exposés au DMPA dans l’utérus n’indiquent aucune augmentation de malformations congénitales.

Notes

25

ANNEXE 8

Liste de contrôle pour les clientes souhaitant commencer l'usage du DMPA (ou du NET-EN)

8

Cette liste de contrôle est destinée aux prestataires de soins cliniques et non cliniques, ainsi qu'aux agents DBC. Les clientes devront prendre une décision éclairée sur l'adoption du DMPA avant que le prestataire ne détermine si cette méthode leur convient sur le plan médical. La liste de contrôle s'appuie sur les *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* établis par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS 2004, mise à jour de la version en anglais 2008). FHI a aussi élaboré un guide de formation et de référence à l'emploi de cette liste de contrôle par les prestataires (voir Annexe 1).

Liste de contrôle pour les clientes souhaitant commencer l'usage du DMPA (ou du NET-EN)*

Les résultats de recherche ont établi que l'acétate de médroxyprogestérone-dépôt (DMPA) et l'énanthate de noréthistérone (NET-EN) sont efficaces et sans danger pour la plupart des femmes, y compris celles exposées au risque d'infections sexuellement transmissibles (IST) et celles vivent avec le VIH ou exposées au risque de cette infection. Chez certaines femmes, le DMPA n'est généralement pas recommandé en raison de la présence de certaines pathologies, comme un cancer du sein ou la majorité des types de tumeurs de foie. Pour ces raisons, les femmes qui désirent utiliser le DMPA doivent subir le dépistage de certaines affections médicales afin de déterminer si le DMPA (ou le NET-EN) pourrait leur convenir.

Family Health International (FHI), avec le soutien de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), a mis au point une simple liste de contrôle afin d'aider les prestataires de soins à évaluer les clientes qui ont été informées sur leurs options en matière de contraception et qui ont pris la décision éclairée d'utiliser le DMPA. Cette liste de contrôle est une version révisée de la *Liste de contrôle pour les clientes souhaitant commencer l'usage du DMPA (ou du NET-EN),* produite par FHI en 2007. Les modifications apportées à la présente version reflètent les dernières recommandations des *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* (OMS, mise à jour 2008) — recommandations qui ont été révisées en fonction des résultats de recherches effectuées au cours des dernières années.

La liste de contrôle est destinée à l'usage des prestataires de soins cliniques et non cliniques, y compris les agents de santé communautaires. Elle se compose de 14 questions qui visent à guider le prestataire en fonction des réponses des clientes. Les huit premières questions sont conçues pour déceler toute affection médicale qui empêcherait l'utilisation sans danger du DMPA ou du NET-EN ou qui nécessiterait une évaluation plus approfondie. Les clientes qui sont exclues en raison de leurs réponses à certaines questions liées aux critères de recevabilité pourront malgré tout utiliser le DMPA si une évaluation plus approfondie permet d'écarter la condition suspectée. Les six dernières questions permettent aux prestataires de déterminer avec une raisonable certitude que la femme n'est pas enceinte avant qu'elle n'adopte la méthode.

Cette liste de contrôle vient s'ajouter à d'autres qui sont destinées aux prestataires de services de santé de la reproduction, à savoir la *Liste de contrôle pour les clientes souhaitant commencer l'usage des contraceptifs oraux combinés (COC),* la *Liste de contrôle pour la sélection des clientes souhaitant un DIU au cuivre*, la *Liste de contrôle pour les clientes souhaitant commencer l'usage des implants contraceptifs* et une liste intitulée *Comment être raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte*. Pour tout renseignement complémentaire sur ces listes destinées aux prestataires, prière de consulter le site www.fhi.org.

** Toutes les informations sur le DMPA figurant sur cette liste de contrôle s'appliquent également au NET-EN.*

Evaluer la recevabilité médicale concernant l'administration du DMPA

1. Vous a-t-on dit que vous avez un cancer du sein ?

Cette question vise à identifier les femmes qui savent déjà qu'elles ont eu un cancer du sein ou qu'elles en ont actuellement. Le DMPA ne leur convient pas, étant donné que le cancer du sein est une tumeur sensible aux hormones et que le DMPA peut exercer un effet défavorable sur la progression de la maladie.

2. Avez-vous déjà eu une attaque cérébrale ou une crise cardiaque, ou avez-vous actuellement un caillot de sang dans les jambes ou dans les poumons ?

Cette question vise à identifier les femmes dont une maladie vasculaire grave est déjà connue. Elle n'est pas destinée à détecter des affections non diagnostiquées. Les femmes souffrant d'une de ces affections ressentiront probablement des symptômes aigus, ce qui les inciteraient à consulter un médecin. Pour cette raison, elles seront sans doute au courant de leur état et répondront par « oui ». Etant donné que l'emploi du DMPA peut aggraver ce type d'affections, une réponse affirmative à cette question signifie que le DMPA ne convient pas à la femme. Cependant, les femmes qui suivent régulièrement un traitement anticoagulant peuvent généralement utiliser le DMPA.

3. Avez-vous une grave maladie du foie ou la jaunisse (les yeux ou la peau jaunes) ?

Cette question vise à identifier les femmes qui savent déjà qu'elles ont une sérieuse maladie du foie, telle

qu'une cirrhose grave, ou des tumeurs hépatiques malignes ou bénignes — à l'exception d'une hyperplasie nodulaire en foyer (tumeur composée de tissu cicatriciel et de cellules hépatiques normales). Les femmes atteintes d'une de ces affections ne devront généralement pas utiliser le DMPA, étant donné que l'hormone contenue dans le DMPA est transformée par le foie et que son emploi peut affecter défavorablement les femmes dont la fonction hépatique est déjà affaiblie. Les femmes atteintes d'autres problèmes de foie, comme une hépatite aiguë ou chronique, peuvent généralement utiliser le DMPA en sécurité.

4. Vous a-t-on dit que vous avez du diabète (taux élevé de sucre dans le sang) ?

Cette question vise à identifier les femmes qui savent déjà qu'elles ont du diabète. Elle n'est pas destinée à détecter des affections non diagnostiquées. Les femmes qui sont atteintes de diabète depuis au moins 20 ans ou celles qui souffrent de complications vasculaires ne devraient généralement pas utiliser le DMPA en raison du risque accru de caillots dans le sang. Evaluez la cliente ou référez-la à un prestataire qualifié pour une évaluation et, si aucune complication n'est détectée, le DMPA pourra alors lui convenir.

5. Vous a-t-on dit que vous avez une tension artérielle élevée ?

Cette question vise à identifier les femmes qui pourraient présenter une tension artérielle élevée. Ces femmes devront être évaluées ou référées à un prestataire qualifié pour une évaluation. Compte tenu du résultat de l'évaluation, les femmes dont la tension artérielle est égale ou supérieure à 160/100 mmHg ne devront pas recevoir de DMPA.

6. Avez-vous des saignements inhabituels en dehors des règles ou après un rapport sexuel ?

Cette question est destinée à repérer les femmes qui peuvent être atteintes d'une pathologie sous-jacente. Alors que l'administration du DMPA n'aggrave pas ces affections, les perturbations menstruelles, qui sont des effets secondaires courants des utilisatrices du DMPA, pourraient dissimuler de telles pathologies, rendant ainsi leur diagnostic plus difficile. Des saignements inhabituels peuvent indiquer une infection ou une tumeur qui devrait être évaluée rapidement ou traitée par un prestataire de rang supérieur. L'administration du DMPA doit être différée tant que la condition n'a pas été évaluée. Par contre, les femmes qui ont tendance à avoir des règles abondantes ou prolongées, ou encore des règles irrégulières, peuvent commencer sans danger l'emploi du DMPA.

8. Vous a-t-on dit que vous avez une maladie rhumatismale telle que le lupus ?

Cette question vise à identifier les femmes qui ont reçu un diagnostic de lupus systémique (lupus erythémateux aigu disseminé, ou LEAD). Les femmes qui sont atteintes de lupus systémique et qui ne sont pas sous traitement immunosuppresseur ne devraient généralement pas utiliser le DMPA, en raison du risque accru de thrombose.

8. Allaitez-vous actuellement un bébé de moins de 6 semaines ?

Cette question est incluse en raison de la crainte théorique selon laquelle les hormones dans le lait maternel pourraient exercer un effet défavorable sur le nouveau-né pendant les six premières semaines suivantes la naissance. Une femme qui allaite peut recevoir son première injection du DMPA six semaines après la naissance de son bébé.

Ecarter l'éventualité d'une grossesse

Les questions 9 à 14 visent à aider le prestataire à déterminer, avec un degré raisonnable de certitude, que la femme n'est pas enceinte. Si la cliente répond « OUI » à l'une de ces questions et qu'elle ne présente aucun signe ou symptôme de grossesse, il est fort probable qu'elle n'est pas enceinte. Vous pouvez lui administrer le DMPA tout de suite.

Si la cliente a commencé ces règles et moins de 7 jours se sont passés depuis le premier saignement, elle peut démarrer la méthode immédiatement. Le recours a un contraceptif d'appoint est inutile.

Si le premier saignement est apparu il y a plus de 7 jours, vous pouvez lui administrer le DMPA immédiatement, mais la cliente doit aussi utiliser un contraceptif d'appoint (préservatif ou abstinence, par exemple) pendant 7 jours, afin de prévoir suffisamment de temps pour assurer l'efficacité du DMPA.

Si, à partir de cette liste de contrôle, il vous est impossible de déterminer avec un degré raisonnable de certitude que la femme n'est pas enceinte et si vous ne disposez pas d'un test de grossesse, la femme doit alors attendre ses prochaines règles avant de recevoir son premier injection du DMPA. Il faut lui donner des préservatifs à utiliser entre-temps.

© Family Health International, 2008 • P.O. Box 13950, Research Triangle Park, NC 27709 USA • Fax : (919) 544-7261 • http://www.fhi.org

Liste de contrôle pour les clientes souhaitant commencer l'usage du DMPA (ou NET-EN)

Afin de déterminer si le DMPA est médicalement sans danger pour la cliente, posez-lui les questions 1 à 8. Dès que la cliente répond **OUI** à ***une question***, arrêtez-vous et suivez les instructions directement au-dessous de la question 8.

NON	1. Vous a-t-on dit que vous avez un cancer du sein ?	OUI
NON	2. Avez-vous déjà eu une attaque cérébrale ou une crise cardiaque, ou avez-vous actuellement un caillot de sang dans les jambes ou dans les poumons ?	OUI
NON	3. Avez-vous une grave maladie du foie ou la jaunisse (les yeux ou la peau jaunes) ?	OUI
NON	4. Vous a-t-on dit que vous avez du diabète (taux élevé de sucre dans le sang) ?	OUI
NON	5. Vous a-t-on dit que vous avez une tension artérielle élevée ?	OUI
NON	6. Avez-vous des saignements inhabituels en dehors des règles ou après un rapport sexuel ?	OUI
NON	7. Allaitez-vous actuellement un bébé de moins de 6 semaines ?	OUI
NON	8. Vous a-t-on dit que vous avez une maladie rhumatismale telle que le lupus ?	OUI

Si la cliente répond **NON** à ***toutes les questions 1 à 8,*** elle peut utiliser le DMPA. Passez aux questions 9 à 14.

Si la cliente répond **OUI** à la ***question 1***, le DMPA ne lui convient pas. Informez la cliente sur les autres méthodes disponibles ou référez-la à un prestataire qualifié**.**

Si la cliente répond **OUI** à l'***une des questions 2 à 7,*** il ne faut pas lui administrer le DMPA sans une évaluation plus approfondie. Evaluez la cliente ou référez-la à un prestataire qualifié, et donnez-lui des préservatifs à utiliser entre-temps. Voir les explications au verso pour des instructions supplémentaires.

Si la cliente répond **OUI** à la ***question 8,*** dites-lui de revenir pour l'administration du DMPA dès que possible une fois que son bébé aura 6 semaines.

Posez les questions 9 à 14 afin d'être raisonnable sûr que la cliente n'est pas enceinte. Dès que la cliente répond **OUI** à ***une question,*** arrêtez-vous et suivez les instructions ci-dessous.

OUI	9.	Vos dernières règles ont-elles commencé au cours des 7 derniers jours ?	NON
OUI	10.	Avez-vous accouché il y a moins de 6 mois, allaitez-vous exclusivement ou presque et est-il exact que vous n'avez pas eu vos règles depuis l'accouchement ?	NON
OUI	11.	Vous êtes-vous abstenue de rapports sexuels depuis vos dernières règles ou depuis que vous avez accouché ?	NON
OUI	12.	Avez-vous accouché au cours des 4 dernières semaines ?	NON
OUI	13.	Avez-vous fait une fausse couche ou subi un avortement au cours des 7 derniers jours ?	NON
OUI	14.	Utilisez-vous une méthode contraceptive fiable de manière correcte et systématique ?	NON

Si la cliente répond **OUI** à l'***une des questions 9 à 14*** et qu'elle ne présente aucun signe ou symptôme de grossesse, vous pouvez être raisonnablement sûr qu'elle n'est pas enceinte. Elle peut recevoir le DMPA aussitôt.

Si les dernières règles ont commencé ***au cours des 7 derniers jours,*** elle peut recevoir le DMPA immédiatement. Le recours à un contraceptif d'appoint est inutile.

Si les dernières règles ont commencé ***il y a plus de 7 jours,*** elle peut ***recevoir le DMPA immédiatement,*** mais il faut dire à la cliente qu'elle devra ***utiliser le préservatif ou s'abstenir de relations sexuelles pendant les 7 jours prochains.*** Donnez-lui des préservatifs à utiliser pendant les 7 jours prochains.

Si la cliente répond **NON** à ***toutes les questions 9 à 14,*** on ne peut pas écarter la possibilité d'une grossesse.

Elle doit passer un test de grossesse ou attendre ses prochaines règles avant l'administration du DMPA.

Donnez-lui des préservatifs à utiliser entre-temps.

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

fhi Family Health International ©2008

Annexe 9
Calendriers 2009–2011

9

D'après les lignes directrices de l'OMS, les clientes qui reçoivent le DMPA peuvent attendre jusqu'à quatre semaines maximum après la date fixée pour leur injection suivante (plage d'administration) sans avoir besoin d'un test de grossesse. Les calendriers figurant sur les pages suivantes peuvent être utilisés par les agents DBC pour déterminer les dates de rendez-vous pour les injections suivantes et la plage d'administration pour des clientes qui arrivent en retard pour le rappel.

2 0 0 9

JANVIER

L	M	M	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

FEVRIER

L	M	M	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	

MARS

L	M	M	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

AVRIL

L	M	M	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

MAI

L	M	M	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

JUIN

L	M	M	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

JUILLET

L	M	M	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

AOUT

L	M	M	J	V	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

SEPTEMBRE

L	M	M	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

OCTOBRE

L	M	M	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

NOVEMBRE

L	M	M	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

DECEMBRE

L	M	M	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

2 0 1 0

JANVIER

L	M	M	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

FEVRIER

L	M	M	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

MARS

L	M	M	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

AVRIL

L	M	M	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

MAI

L	M	M	J	V	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

JUIN

L	M	M	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

JUILLET

L	M	M	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

AOUT

L	M	M	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

SEPTEMBRE

L	M	M	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

OCTOBRE

L	M	M	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

NOVEMBRE

L	M	M	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

DECEMBRE

L	M	M	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

2 0 1 1

JANVIER

L	M	M	J	V	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

FEVRIER

L	M	M	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28						

MARS

L	M	M	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

AVRIL

L	M	M	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

MAI

L	M	M	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

JUIN

L	M	M	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

JUILLET

L	M	M	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

AOUT

L	M	M	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

SEPTEMBRE

L	M	M	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

OCTOBRE

L	M	M	J	V	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

NOVEMBRE

L	M	M	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

DECEMBRE

L	M	M	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

ANNEXE 10
Fiche de suivi annuel des clientes

10

Les programmes DBC existants disposent habituellement de leur propre formulaire(s) pour suivre les besoins en services de chaque cliente, les dates de rappel pour les injections subséquentes et les références à une formation sanitaire. Cet exemple de fiche de suivi permet de suivre les clientes qui reçoivent le DMPA pendant une année (soit quatre injections). D'autres informations importantes sont aussi inscrites sur cette fiche, notamment si la cliente est une nouvelle utilisatrice du DMPA ou si elle l'a reçu précédemment dans une formation sanitaire. Ces informations, associées aux taux de continuation et de complications, peuvent aider les directeurs de programmes à évaluer l'efficacité du programme de DMPA.

Objet

Cette fiche devra être utilisée pendant la première année d'adjonction des services DMPA au programme DBC.* Son objet est de faciliter l'évaluation de la santé et de l'efficacité du volet DMPA du programme DBC, compte tenu du taux de continuation des clientes, des nouvelles clientes et des complications possibles. Cette fiche sera utilisée par les agents DBC pour enregistrer les services fournis aux clientes, y compris les dates de suivi et les dates où les clientes sont référées ailleurs.

Instructions

Chaque agent DBC devra être formé à l'utilisation de la fiche de suivi. Les agents DBC devront remplir cette fiche chaque fois qu'ils fourniront un service à une cliente. La fiche devra être montrée au superviseur, qui enregistrera les informations et les utilisera pour ses rapports réguliers.

Description des cases

Nom/N° d'identité de la cliente : inscrire le nom de la cliente et son numéro d'identité, ce qui servira de référence pour les autres informations médicales au dossier.

Utilisatrice préalable du DMPA en formation sanitaire ? : « Oui » signifie que la cliente a reçu auparavant des injections de DMPA dans une formation sanitaire. « Non » indique que la cliente n'a jamais reçu auparavant de DMPA dans une formation sanitaire. (Cette information permettra de déterminer si des clientes sont en train de renoncer aux services offerts dans les formations sanitaires pour des services DBC.)

Nouvelle utilisatrice du DMPA ? : « Oui » signifie que la cliente n'a jamais utilisé le DMPA auparavant. « Non » signifie que la cliente a utilisé le DMPA auparavant.

Date de la première injection DBC : inscrire la date de la première injection donnée par l'agent DBC à la cliente.

Emplacement : inscrire l'endroit où l'agent DBC fournit la première injection (par exemple, domicile de la cliente, domicile de l'agent DBC).

Dates de rappel des 2ème, 3ème et 4ème injections : inscrire la date à laquelle la nouvelle injection est due.

Date d'administration : inscrire la date à laquelle l'injection a *réellement* été administrée.

Références (raison, vers qui, date) : inscrire toute demande de consultation. Il est important d'inscrire l'objet de la demande de consultation, à qui ou quel service la cliente a été référée et à quelle date.

Visite de référence effectuée ? : inscrire si la cliente s'est rendue à la consultation recommandée.

Complications ou plaintes (abcès, piqûres d'aiguille, autres) : inscrire toute complication associée au DMPA et la date à laquelle elle a été signalée.

Autres commentaires : inscrire toute information qui semble importante.

** Des adaptations peuvent être apportées à cette fiche pour le suivi au-delà de la première année. Les outils de suivi DBC existants pourraient être adaptés de manière à inclure le suivi des services de DMPA afin de limiter la paperasserie des agents DBC.*

Fiche de suivi annuel pour les clientes

NOM DE L'AGENT DBC :

EMPLACEMENT DE L'AGENT DBC :

	Nom	Utilisatrice préalable du DMPA en formation sanitaire ? Oui / Non	Nouvelle utilisatrice du DMPA ? Oui / Non	Date 1ère injection DBC	Date de rappel 2ème injection DBC	Date de rappel 3ème injection DBC	Date de rappel 4ème injection DBC	Références (raison ; vers qui ; date)	Visite de référence effectuée ?	Complications ou plaintes (abscès ; piqûres accidentelles d'aiguilles ; autres — prière de préciser ; donner les dates)	Autres commentaires
	N° d'identité du client			Emplace-ment	Date administrée	Date administrée	Date administrée		Oui / Non		
1	Nom du client	Non	Oui	12/02/09	03/02/09						
	012345			Domicile du dient	03/05/09						
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											

E X E M P L E

ANNEXE 11

Fiche de référence des clientes des agents DBC

11

Les programmes DBC appliquent un mécanisme de référence des clientes à des formations sanitaires offrant les soins et les services dont elles ont besoin et qui ne sont pas offerts par le programme DBC. L'exemple d'Ouganda est présenté ici pour rappeler l'importance des liens entre les agents DBC et le personnel clinique des formations sanitaires.

Partie A. Fiche de référence des clientes des agents DBC

(à conserver par un membre du personnel clinique de la formation sanitaire)

_____
DATE :

Cher collègue (membre du personnel clinique de la formation sanitaire) :

Je vous adresse M/Mme/Mlle _____ *(nom du client/cliente)*

de _____ *(nom du village)* _____ *(commune)* et/ou

_____ *(canton)* pour :

1. **Méthode de contraception *(préciser)*** _____
2. **Prise en charge d'effets secondaires *(préciser)*** _____
3. **Services de santé maternelle *(préciser)*** _____
4. **Prise en charge d'IST *(préciser)*** _____
5. **Autre *(préciser)*** _____

_____
NOM DE L'AGENT DE DISTRIBUTION À BASE COMMUNAUTAIRE

_____
SIGNATURE COMMUNE

Partie B. Fiche de référence des clientes des agents DBC

(à remplir par un membre du personnel clinique de la formation sanitaire et à retourner à l'agent DBC)

_____
DATE :

Nom du ou de la cliente : M/Mme/Mlle _____ *(patient(e))* a reçu des services à cette formation sanitaire conformément à votre demande de consultation.

_____
SIGNATURE

_____
NOM DU PRESTATAIRE

_____
NOM DE LA FORMATION SANITAIRE

_____
SERVICE RENDU *(brièvement)*

ANNEXE 12

Formulaire de gestion des stocks pour les agents DBC

12

Ce formulaire ajoute le Dépo-Provera à un document couramment utilisé par les agents DBC, les superviseurs et les directeurs de programme pour leur permettre de gérer les stocks de produits contraceptifs.

Formulaire de gestion des stocks pour les agents DBC

Date	Nom de l'agent DBC	Contraceptifs reçus *(indiquer la quantité)*					Contraceptifs utilisés *(indiquer la quantité)*				
		Cycles CO			Préservatifs	DMPA	Cycles CO			Préservatifs	DMPA
		Microgynon	Lofémenal	Ovrette			Microgynon	Lofémenal	Ovrette		

ANNEXE 13

Liste de contrôle pour la supervision dans le cadre d'un programme DBC du DMPA

13

Cette liste de contrôle a été établie à Madagascar afin de guider les discussions entre superviseurs et agents DBC sur l'administration régulière du Dépo-Provera. Les thèmes couvrent l'élimination des déchets, le réapprovisionnement, les procédures de référence et les mesures à prendre pour éviter les piqûres d'aiguille. Cette liste peut être adaptée de manière à venir compléter les lignes directrices qui existent déjà en matière de supervision des agents DBC.

Réponses qui devront être inscrites par le superviseur.

1. **Combien d'injections avez-vous administrées pendant la période de _____ ?**
   (indiquer le nombre de mois/semaines depuis le dernier contact avec l'agent DBC)
   - ❏ **Premières injections : _____ *(nombre)***
   - ❏ **Injections de rappel : _____ *(nombre)***

2. **Avez-vous rencontré des problèmes pendant l'utilisation de la liste de contrôle pour évaluer si vos clientes peuvent prendre le DMPA ?**
   - ❏ **Non**
   - ❏ **Oui *(examiner la nature des problèmes, les inscrire ci-dessous et clarifier ces questions à l'agent DBC)*** _____

   _____

3. **Avez-vous refusé le DMPA à l'une de vos clientes sur la base de la liste de contrôle pour le DMPA ?**
   - ❏ **Non**
   - ❏ **Oui *(inscrire les raisons pour lesquelles le DMPA n'a pas été administré)*** _____

   _____

4. **Décrivez brièvement vos séances de counseling auprès des nouvelles clientes du DMPA. *(indiquer si l'agent DBC a abordé les points suivants)***
   - ❏ **Méthode efficace et sans danger**
   - ❏ **Comment le DMPA prévient la grossesse**
   - ❏ **Comment il s'emploie**
   - ❏ **Effets secondaires courants**
   - ❏ **Retour de la fertilité (retour tardif possible après l'arrêt du DMPA)**
   - ❏ **Quand revenir pour l'injection suivante**
   - ❏ **Où aller en cas de symptômes (tels que des saignements abondants inexpliqués ou des maux de tête intenses), de questions ou d'inquiétudes**

5. **Décrivez brièvement vos séances de counseling avec les clientes qui reviennent pour leurs injections de rappel de DMPA. *(indiquer si l'agent DBC a couvert les points suivants)***
   - ❏ **A interrogé la cliente sur de nouvelles affections depuis sa dernière visite**
   - ❏ **A demandé à la cliente si elle avait des questions ou des préoccupations concernant le DMPA**
   - ❏ **A demandé à la cliente si elle éprouvait des effets secondaires et l'a rassurée selon les consignes ou l'a référée à une formation sanitaire**
   - ❏ **A expliqué quand la cliente devrait recevoir l'injection suivante**

6. **Avez-vous des clientes qui avaient plus de quatre semaines de retard pour leur prochaine injection ? *(examiner ce que fait actuellement l'agent pour assurer l'administration régulière des injections et ce qui pourrait être fait différemment le cas échéant)***
   - ❏ **Non**
   - ❏ **Oui**
   - ❏ **A examiné des stratégies avec les clientes pour assurer l'administration régulière des injections** _____

   _____

7. **Décrivez votre méthode d'administration de l'injection.** ***(indiquer si l'agent DBC prend les mesures suivantes)***
   - ❏ **Vérifier la date de péremption sur le flacon de DMPA et sur la boîte contenant la seringue**
   - ❏ **Se laver les mains avec de l'eau et du savon**
   - ❏ **Essuyer l'endroit de l'injection avec de l'alcool (si l'agent en dispose)**
   - ❏ **Faire rouler doucement le flacon de DMPA dans la paume des mains pour mélanger la solution sans créer de bulles**
   - ❏ **Retirer l'emballage en plastique du flacon sans toucher le bouchon en caoutchouc**
   - ❏ **Ouvrir et assembler la seringue sans toucher l'aiguille**
   - ❏ **En tenant le flacon légèrement penché, introduire l'aiguille et aspirer toute la solution du flacon, tout en maintenant l'extrémité de l'aiguille dans le fluide afin d'éviter d'aspirer de l'air dans la seringue**
   - ❏ **Introduire l'aiguille en profondeur dans le muscle (muscle deltoïde du bras ou partie supérieure externe de la fesse)**
   - ❏ **Tirer légèrement sur le piston avant d'administrer l'injection pour vérifier si l'aiguille est au bon endroit**
   - ❏ **S'il n'y a pas de sang qui apparaît dans la seringue, injecter lentement le DMPA puis retirer l'aiguille**
   - ❏ **Presser avec un morceau de coton au site de l'injection, mais ne pas frotter**
   - ❏ **Jeter la seringue et l'aiguille dans un conteneur d'objets piquants, sans les séparer et sans reboucher, casser, ni tordre l'aiguille**
   - ❏ **Indiquer à la cliente de ne pas masser l'endroit de l'injection**

8. **Décrivez comment vous vous débarrassez des seringues qui ont servi.** ***(inscrire si l'agent DBC prend les mesures suivantes))***
   - ❏ **Mettre le conteneur d'objets piquants à portée de la main pendant l'injection**
   - ❏ **Ne pas reboucher l'aiguille**
   - ❏ **Jeter la seringue avec l'aiguille dans le conteneur d'objets piquants immédiatement après usage**
   - ❏ **Ne pas trop remplir le conteneur d'objets piquants**
   - ❏ **Ne pas réutiliser le conteneur d'objets piquants ; s'en débarrasser une fois qu'il est plein (conformément aux directives locales)**

9. **Rencontrez-vous des problèmes d'approvisionnement, y compris en DMPA ou en seringues ?**
   (examiner ce que fait actuellement l'agent DBC pour maintenir un stock régulier et ce qu'il pourrait faire différemment le cas échéant)
   - ❏ **Non**
   - ❏ **Oui**
   - ❏ **Le superviseur et l'agent DBC examinent des stratégies d'approvisionnement régulier** _____

     _____

10. **Avez-vous référé de nouvelles clientes à une formation sanitaire pour l'obtention du DMPA ou d'une autre méthode ?**
    - ❏ **Non**
    - ❏ **Oui** ***(inscrire si l'agent DBC s'est assuré que la cliente s'était bien rendue à la formation sanitaire)*** _____

      _____

    11. **Avez-vous référé des clientes habituelles à une formation sanitaire en raison de problèmes ?** _____
    - ❏ **Non**
    - ❏ **Oui** ***(inscrire les exemples de problèmes rencontrés par les clientes)*** _____

      _____

12. **Vous est-il arrivé de vous piquer avec une aiguille ?**
    - ❏ **Non**
    - ❏ **Oui** ***(inscrire si l'agent DBC a cherché à se faire soigner pour une piqûre d'aiguille)*** _____

      _____

ANNEXE 14

Formulaire d'évaluation des compétences pour la DBC du DMPA

14

Ce formulaire permet aux superviseurs d'enregistrer leurs observations sur les agents DBC qui administrent le DMPA. Le formulaire couvre chaque étape d'une technique d'injection sans danger, y compris l'élimination correcte des déchets. Le formulaire a été établi pour servir pendant les stages de formation, les exercices cliniques et les premières réunions entre superviseur et agent DBC.

NOM DE L'AGENT DE DISTRIBUTION A BASE COMMUNAUTAIRE DATE

CANTON COMMUNE

Aspects à évaluer	Ne l'a pas fait	Mal fait	Satisfaisant	Très bien fait
1. Se laver les mains avec de l'eau et du savon avant et après l'injection				
2. Vérifier la date de péremption sur le flacon de DMPA				
3. Remuer suffisamment le flacon, mais pas de manière vigoureuse				
4. Ouvrir l'emballage stérile protégeant la seringue autobloquante sans contaminer l'extrémité de l'aiguille				
5. Aspirer toute la dose du flacon				
6. Ne pas faire de va-et-vient avec le piston pour éliminer l'air				
7. Tenir la seringue à la verticale et tapoter sur le cylindre pour retirer l'air				
8. Demander à la cliente de dégager ses vêtements au site de l'injection				
9. Injecter la suspension dans le muscle				
10. Ne pas reboucher l'aiguille, ne pas séparer l'aiguille de la seringue				
11. Jeter l'aiguille et la seringue qui ont servi dans le conteneur d'objets piquants				
12. Se laver les mains				
13. Remercier la cliente, lui donner une date pour la prochaine injection et lui dire au revoir				

Sources des autres photos

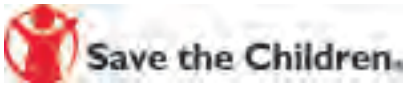
Couverture :
Le Dr Wesley Tomno/Kenya Clinical Officers Association

Couverture intérieure (devant) :
Kelsey Lynd, John Stanback, et Jason B. Smith/FHI

Couverture intérieure (dos) :
Kelsey Lynd, Angela Akol, et John Stanback/FHI

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

fhi
Family Health
International


Save the Children.