



JUIN 2009

PAR KARIN RINGHEIM
ET JAMES GRIBBLE

EXPANSION DES OPTIONS CONTRACEPTIVES : CINQ INNOVATIONS PROMETTEUSES

La contraception est une « opportunité à ne pas rater » pour le développement.¹ En permettant à chacun de choisir quand avoir des enfants, la planification familiale sauve des vies ; elle évite des grossesses non désirées et empêche de nombreux décès de mères et d'enfants ainsi que des avortements.² La planification familiale permet en outre d'économiser des ressources du secteur public ; chaque dollar dépensé par un gouvernement pour la prestation de services de planification familiale permet d'économiser de \$2 à \$6 sur d'autres interventions, notamment en réduisant le nombre d'enfants ayant besoin de services de santé et d'éducation de base, en économisant des services de santé maternelle et en améliorant les services d'eau et d'assainissement.³

Bien que de nos jours, la moitié des femmes mariées du monde utilisent une méthode moderne de contraception,

on compte encore à l'échelle mondiale 200 millions de femmes présentant un « besoin non satisfait » — c'est-à-dire souhaitant soit cesser d'avoir des enfants soit reporter leur prochaine grossesse d'au moins deux ans, mais n'utilisant aucune méthode efficace de contraception.⁴ Les besoins non satisfaits résultent du manque d'information, de la crainte de s'exposer à la réprobation sociale ou à l'opposition du mari et des inquiétudes liées aux effets secondaires des contraceptifs ou de leurs impacts sur la santé.⁵ Il est possible de réduire nettement le taux de besoins non satisfaits en renforçant l'accès aux méthodes actuellement sous-utilisées et en assurant aux clientes qu'il existe une vaste panoplie de méthodes modernes permettant de répondre à leurs besoins particuliers.⁶ Par ailleurs, le problème des besoins non satisfaits est également abordé par la recherche en cours sur la contraception, dont l'objet

PATH



200 MILLIONS

Le nombre de femmes présentant un « besoin non satisfait » en services de planification familiale à l'échelle mondiale.

PATH



Exemples de la prochaine génération de contraceptives

PRODUIT	TYPE DE MÉTHODE	INNOVATION	CALENDRIER
Sino-Implant (II)	Hormonal	Coût nettement moins élevé que des implants comparables.	Distribution étendue en Chine et en Indonésie. Autorisé à la vente au Kenya et en Sierra Leone ; à l'étude par les autorités de réglementation pharmaceutique de huit pays, dix autres évaluations étant prévues d'ici la mi-2010.
Depo-SubQ Provera 104 avec seringue Uniject	Hormonal	Nouvelle formule administrée par injection sous-cutanée et non intramusculaire ; conditionnement en seringue à usage unique pour permettre une plus grande distribution.	Depo-SQ a reçu l'approbation de la FDA (U.S. Food and Drug Administration) ; l'administration de Depo-SQ avec la seringue Uniject exige une approbation séparée par la FDA. Lancement prévu en 2011-2012.
Anneau vaginal NES-EE	Hormonal	Protection de plus longue durée (12 mois au lieu d'un) ; pas besoin de réfrigération avant l'insertion ; peut être utilisé comme contraception d'urgence.	Lancement prévu en 2012, sous réserve d'approbation par la FDA.
Diaphragme SILCS	Barrière	Une taille unique permet d'éliminer l'intervention d'un prestataire de service ; une présentation d'usage facile en simplifie l'insertion et le retrait.	Lancement prévu en 2011, sous réserve d'approbation par la FDA.
Méthode des jours fixes avec textos de rappel	Sensibilisation à la fécondité	Les utilisatrices reçoivent, au moment de leur période féconde, un texto sur leur téléphone portable leur rappelant qu'elles doivent soit s'abstenir soit utiliser une méthode barrière.	Concept à l'essai en Inde (2009).

est d'améliorer l'accessibilité en termes de coût aux contraceptifs et la simplicité d'utilisation et de fournir aux utilisatrices des options qu'elles peuvent gérer plus facilement. Ce dossier d'information décrit cinq des contraceptifs de la « prochaine génération », qui présentent chacun au moins un avantage par rapport à des méthodes similaires plus anciennes (Cf. le tableau). Ces innovations font partie des nouveaux produits censés arriver sur le marché dans les cinq années à venir et pourraient aider les programmes des différents pays à renforcer l'accessibilité et le caractère attrayant des contraceptifs pour les femmes et les couples.

Sino-Implant (II) : un implant nettement moins coûteux

Les implants contraceptifs sont des bâtonnets flexibles en silicone de qualité médicale qui diffusent des hormones. Ces bâtonnets de la taille d'une allumette sont placés sous la peau de l'avant-bras de la femme. L'insertion, et plus tard le retrait, sont assurés par un prestataire de services dûment formé dans le cadre d'une intervention chirurgicale mineure et rapide. Selon le produit, les implants assurent une protection contre la grossesse pendant trois à cinq ans. Bien que les implants aient été développés il y a plus de 25 ans, ils demeurent l'une des méthodes les moins faciles à obtenir ; le nombre de femmes souhaitant des implants est supérieur au nombre de celles qui parviennent à les obtenir.⁷ Au Kenya, où les implants représentent la méthode permanente et de longue durée (PLD) la plus prisée, la demande dépasse continuellement l'offre.⁸

Bien souvent, seuls les médecins sont autorisés à assurer la pose et le retrait des implants, ce qui augmente le coût de ces derniers et en réduit l'accessibilité. Cependant, dans certaines régions, les infirmières et d'autres agents de santé ont été formés à la pose et au retrait des implants.⁹ Les implants sont très efficaces, avec un taux annuel de grossesse de moins de 1 %, et un taux d'usage continu supérieur à celui de toute autre méthode, hormis la stérilisation.¹⁰ Les bâtonnets des implants contiennent une hormone qui agit essentiellement en épaississant la glaire cervicale et en supprimant l'ovulation. Les implants ne contenant pas d'œstrogène, cette méthode est sans danger pour les femmes qui allaitent (s'ils sont posés six semaines postpartum), et peut être utilisée par les femmes présentant des facteurs de risques cardiovasculaires tels que l'hypertension et celles qui fument. Pour les femmes qui désirent une grossesse, un implant a l'avantage de permettre un renversement immédiat de l'effet contraceptif dès son retrait.

Sino-Implant (II), un système à deux bâtonnets fabriqué depuis 1994 par la société Shanghai Dahua Pharmaceutical Company Ltd., assure quatre années de protection contre la grossesse à un coût représentant 30 à 40 % du coût des implants existants (selon une comparaison des produits et des volumes achetés par les bailleurs de fonds internationaux). Ce prix moins élevé permettra aux programmes de desservir davantage de clients pour chaque dollar investi dans des produits contraceptifs. A ce jour, 7 millions d'unités de Sino-Implant (II) ont été distribuées en Chine et en Indonésie. Plus récemment, le produit a été autorisé à la vente au Kenya et en Sierra Leone sous

la marque commerciale Zarin. A l'heure actuelle, cette méthode est en cours d'évaluation par les autorités de réglementation pharmaceutiques nationales de huit pays, puis dans dix autres pays d'ici juin 2010. Family Health International (FHI) dispose d'un financement jusqu'en 2013 pour assurer la qualité des produits et aider les partenaires locaux à assurer l'autorisation du produit.

Depo-SubQ Provera 104 : pour faciliter l'accès et le contrôle des utilisatrices

Les injectables contenant l'hormone AMPR sont arrivés sur le marché en 1971 en Thaïlande et sont maintenant autorisés à la vente dans 179 pays.¹¹ En fonction du produit utilisé, les injectables assurent entre un et trois mois de protection contraceptive en supprimant l'ovulation. Les injectables sont extrêmement efficaces ; si les femmes reviennent dans les délais requis pour leur injection, moins de trois sur mille tomberont enceintes. En utilisation réelle, le taux d'échec des injectables est d'environ trois sur cent utilisatrices, soit moins de la moitié de la pilule anticonceptionnelle par voie orale.¹²

L'AMPR est peu coûteuse et peut être utilisée par les femmes qui allaitent dès six semaines postpartum.¹³ Les injectables sont devenus la méthode la plus utilisée dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne ces dernières années, et, selon les sondages, entre 6 et 20 % des femmes s'en servent sans en informer quiconque.¹⁴ Une nouvelle génération d'injectables à l'AMPR, la Depo-SubQ Provera 104 (Depo-SQ) valable durant trois mois, est déjà disponible aux États-Unis et dans plusieurs pays européens. Elle a été reformulée pour administration sous-cutanée (sous la peau), avec une aiguille beaucoup moins longue que celle requise pour une injection intramusculaire. Ceci permet aux pharmaciens et aux agents de santé locaux dûment formés d'administrer les injections.¹⁵

Une nouvelle innovation en cours d'évaluation par PATH consisterait à fournir la Depo-SQ dans une seringue Uniject pré-remplie et à usage unique (Cf. photo en haut à gauche en page 1). Ce mode d'administration permettra d'accroître l'accès au niveau local et ouvrira davantage de possibilités d'administration à domicile et même d'auto-injection. Selon les enquêtes réalisées par FHI auprès d'utilisatrices nouvelles et de longue durée de Depo, une cliente sur quatre a déclaré qu'elle préférerait les injections à domicile, et un pourcentage similaire a indiqué préférer que leur injection soit effectuée par un agent de santé local.¹⁶ PATH envisage de mener des recherches concernant l'introduction préalable de la Depo-SQ en Uniject en 2010, les premiers projets d'introduction devant commencer en 2011-2012. Une fois disponible sur le marché, la Depo-SQ en seringue Uniject à usage unique fournira aux femmes une méthode contrôlée par l'utilisatrice, assurant sa confidentialité et un niveau élevé de protection à un coût pour le secteur public qui devrait être comparable à celui des produits disponibles aujourd'hui.

NES-EE : un anneau vaginal de longue durée

L'anneau vaginal NES-EE d'une efficacité d'un an mis au point par le Population Council est une méthode contrôlée par l'utilisatrice qui sera disponible sur ordonnance.¹⁷ Un anneau de silicone d'une circonférence d'environ 2 pouces (5 centimètres) est placé par la femme à l'intérieur de son vagin. Le placement exact de l'anneau n'ayant pas grande importance, l'intervention d'un prestataire pour la pose n'est pas nécessaire. L'anneau libère continuellement une combinaison à faible dose d'une nouvelle progestine (la nestorone) et d'un œstrogène qui supprime l'ovulation. Au bout de trois semaines, l'utilisatrice peut retirer l'anneau pendant une semaine pour ses règles, puis elle le remet en place. Un seul anneau NES-EE peut être remis en place tous les mois pendant un an. L'anneau vaginal n'est pas recommandé pour les femmes qui allaitent ou les femmes de plus de 35 ans qui fument.¹⁸

Des études réalisées à l'échelle mondiale sur le taux d'efficacité et d'acceptabilité de l'anneau NES-EE ont été récemment menées à bien par le Population Council et les Instituts nationaux de Santé des États-Unis (U.S. National Institutes of Health). Selon les résultats préliminaires, les femmes se déclarent très satisfaites de la méthode et la recommanderaient à d'autres. Les femmes ont jugé son usage facile et n'avaient pas d'objection à réutiliser le même anneau pendant un an. Les résultats des recherches suggèrent que le taux d'efficacité de l'anneau vaginal en situation réelle serait légèrement supérieur à celui de la pilule, dont le taux d'échec est de 7 %. L'anneau NES-EE a révélé son potentiel d'utilisation comme contraceptif d'urgence s'il est placé peu après des rapports sexuels non protégés.¹⁹

Selon le Population Council, après l'approbation par le U.S. Food and Drug Administration (FDA), l'anneau NES-EE sera prêt sur le marché en 2012. D'après l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), le coût de l'anneau vaginal de longue durée dans le secteur public sera de moins de 10 \$US pour une année de protection contraceptive. Contrairement au NuvaRing, un anneau vaginal qui n'est pas distribué à l'heure actuelle dans le cadre des programmes du secteur public des pays en développement, l'anneau vaginal NES-EE de 12 mois n'a pas besoin d'être réfrigéré avant utilisation et peut constituer une option attrayante pour les femmes qui n'ont qu'un accès limité aux installations médicales.²⁰

Le diaphragme SILCS : une taille presque unique

L'intérêt exprimé pour une méthode barrière contrôlée par l'utilisatrice et offrant une double protection qui pourrait aider les femmes à se protéger tant des grossesses non souhaitées que des infections sexuellement transmissibles (IST) a renouvelé l'intérêt porté au diaphragme. Le diaphragme SILCS (voir la photo page 1 en bas à gauche), conçu par PATH après sollicitation des avis de femmes vivant dans des environnements divers, est fabriqué en silicone durable capable de résister aux conditions fréquentes de chaleur et de stockage dans de mauvaises conditions dans les pays en développement.²¹ Une taille unique convient à la plupart des femmes, ce qui élimine le besoin de faire appel à un prestataire de services

de santé. Sur le plan conceptuel, les caractéristiques incluent une forme allongée ce qui rend le diaphragme plus facile à plier en deux pour la mise en place, un « dôme » pour le doigt qui permet son retrait facile et des « fossettes » en silicone qui permettent une prise plus sûre.²²

Grâce à ces caractéristiques, le diaphragme SILCS devrait nécessiter bien moins de soutien des prestataires de service qu'un diaphragme ordinaire.

Une étude sur l'efficacité d'un point de vue contraceptif est en cours (en 2009) et sera suivie d'une demande d'approbation par la FDA. PATH espère pouvoir lancer ses opérations commerciales aux États-Unis et à l'échelle internationale dès 2011 et cherche en ce moment des partenaires régionaux. PATH continue à étudier la faisabilité de la diffusion par le diaphragme SILCS d'un microbicide à diffusion contrôlée capable de prévenir le VIH. La combinaison d'une méthode barrière physique et chimique serait une nouvelle option importante pour répondre aux besoins de santé sexuels et reproductifs des femmes.

La méthode des jours fixes avec rappels par textos

La méthode des jours fixes (MDF) est une méthode de planification familiale basée sur la connaissance de la fécondité développée par l'Institut de santé reproductive (Institute for Reproductive Health — IRH) de l'université de Georgetown. Les analyses scientifiques sur la période féconde réalisées par l'IRH ont déterminé que plus de 80 % des cycles menstruels féminins durent entre 26 et 32 jours, et que les femmes sont fécondes pendant toute ou une partie de la période allant du 8e au 19e jour du cycle. Les études d'efficacité ont révélé que lorsque les cycles d'une femme correspondent à cette fourchette de 26 à 32 jours, il est possible d'éviter les grossesses jusqu'à 95 % du temps en évitant les rapports sexuels entre le 8e et le 19e jour.

La MDF a été intégrée aux programmes de planification familiale de plus de 25 pays. La plupart des utilisatrices de la MDF se servent du collier du cycle (CycleBeads), un collier de perles de couleurs différentes qui leur permettent de suivre leur cycle et de repérer les jours pendant lesquels elles sont le plus susceptibles de tomber enceintes. Chaque jour du cycle, un anneau en plastique est déplacé d'une perle à la suivante. Lorsque l'anneau se trouve sur une perle blanche, la femme sait qu'elle se trouve en période féconde et qu'elle doit donc éviter les rapports sexuels non protégés. La MDF exige la coopération du partenaire masculin, offrant ainsi une voie d'accès à la communication au sein du couple et encourageant les hommes à considérer la planification familiale comme une responsabilité conjointe. Certains couples optent pour l'abstinence en période féconde, d'autres font appel au préservatif. Dans la mesure où cette méthode n'exige pas de réapprovisionnement et que son seul coût est l'acquisition unique des colliers du cycle (1 \$US dans le secteur public), la MDF peut contribuer à réduire le besoin non satisfait et à améliorer la sécurité contraceptive.²³ Outre son coût modique et l'absence d'effets secondaires, la MDF est une méthode prisée en raison de son côté pratique et de l'aisance avec laquelle il est possible de l'intégrer aux programmes à méthodes multiples. Plus de la moitié des utilisatrices interrogées dans le cadre de certaines études ont déclaré que la MDF était la première méthode de contraception utilisée. Nombreuses sont les femmes

qui se tournent vers une autre méthode moderne après avoir utilisé la MDF, ce qui atteste que la MDF permet de mobiliser de nouvelles utilisatrices de la planification familiale.²⁴

En s'appuyant sur les tendances à l'échelle mondiale, l'IRH a lancé un effort pilote d'utilisation de la technologie des téléphones portables pour rappeler aux femmes et aux couples quand elles se trouvent en période féconde et les avertir soit de s'abstenir de rapports sexuels soit de faire appel à une méthode barrière pendant cette période. Plus des deux-tiers des 4,1 milliards d'utilisateurs de téléphones portables du monde vivent dans les pays en développement et la majorité d'entre eux utilisent les textos ou messages instantanés pour échanger des messages. L'IRH a mis au point CycleTel, une application texto susceptible de renforcer la disponibilité de la MDF. A l'heure actuelle, ce concept fait l'objet de projets pilotes en Inde, où existe une demande attestée de MDF. L'Inde est en outre l'un des marchés de télécommunications en expansion la plus rapide du monde, et seule la Chine dispose d'un plus grand nombre d'utilisateurs de téléphones portables.²⁵ Les résultats, qui seront disponibles d'ici six à neuf mois, indiqueront si le système CycleTel est susceptible de renforcer la sensibilisation et l'utilisation régulière de la MDF, en offrant aux femmes et aux couples un accès continu à une méthode qui permet d'éviter les grossesses non souhaitées.

Contraceptifs de la « prochaine génération »

BESOINS DES UTILISATRICES

Les contraceptifs de la prochaine génération présentent plusieurs avantages pour les femmes, notamment une utilisation contrôlée par l'utilisatrice, une disponibilité locale et sans ordonnance. Si elles ont accès à des méthodes n'exigeant ni examen ni suivi par un agent de santé, les femmes se tourneront davantage vers les pharmacies et les programmes locaux pour s'informer, notamment pour savoir si ces méthodes assurent une protection contre les IST et le VIH. Des services de plus grande qualité se traduiront généralement par une utilisation plus régulière, un taux de confiance et de satisfaction plus important des utilisatrices et des niveaux d'utilisation continue plus élevés.²⁶ Il convient donc de prêter une attention particulière à :

- La bonne formation des auxiliaires de santé pour qu'ils puissent fournir des informations, assurer les services de dépistage et de conseil psychologique et, le cas échéant, un renvoi à un prestataire de soins.
- La présentation des informations sur le produit, y compris les brochures et les notices d'utilisation, qui doivent être compréhensibles pour les femmes partiellement alphabétisées.
- La recommandation aux clients de se servir d'un préservatif masculin ou féminin pour se protéger contre les IST, y compris le VIH.

BESOINS DES POLITIQUES ET DES PROGRAMMES

Les contraceptifs de la prochaine génération présentent des améliorations par rapport aux options actuellement disponibles et permettent de réduire le besoin non satisfait. Les programmes nationaux

et locaux de santé qui souhaitent introduire et incorporer ces avancées contraceptives devront :

- Assurer une promotion et une planification stratégiques pour que le lancement et la commercialisation à plus grande échelle répondent aux besoins des femmes.²⁷
- Offrir des lignes directrices concernant la gestion des processus bureaucratiques associés à une nouvelle méthode contraceptive. Ainsi, Sino-Implant (II) n'est cité que sur les formulaires de quelques rares pays et les gouvernements ne savent souvent pas comment se le procurer.
- Obtenir les approbations des agences de réglementation pharmaceutique et des ministères de la santé pour accroître la gamme des méthodes disponibles et, par exemple, autoriser l'administration des injectables à domicile ou dans les communautés locales.²⁸
- Accroître l'accessibilité, notamment en assurant la formation d'infirmières et d'autres agents de santé à la pose et au retrait des implants.
- Éliminer les méthodes similaires mais moins avantageuses pour éviter la surcharge et la confusion dans le système d'approvisionnement.²⁹
- Assurer un suivi attentif et évaluer le processus d'intégration des méthodes de la prochaine génération dans les systèmes existants (notamment la formation, la supervision et l'acquisition).
- Veiller à une acquisition des produits au meilleur coût pour le secteur public.

Conclusion

Presque tous les pays reconnaissent les droits des femmes et des couples de décider du nombre d'enfants qu'ils auront et de l'espacement des naissances. Pourtant, notamment dans les régions rurales et isolées de nombreux pays, peu d'options contraceptives sont proposées pour faire de ce droit une réalité.³⁰ Une panoplie diversifiée de méthodes contraceptives renforce les chances que les particuliers trouveront un produit approprié à leurs besoins et répondant à leur situation unique.³¹ Bien que de nouvelles méthodes de contraception demeurent indispensables, en particulier des méthodes non chirurgicales de stérilisation masculine et féminine et une méthode unique qui assure une double protection tant contre la grossesse que contre le VIH, il est incontestable que les méthodes existantes sont sous-utilisées. Il reste beaucoup à faire pour faire face aux facteurs responsables de cette sous-utilisation, notamment les politiques restrictives, les coûts et les préjugés des prestataires de services.³² Cependant, les programmes peuvent aussi tirer parti des innovations dans le domaine de la technologie contraceptive décrites plus haut pour diversifier leurs programmes, attirer de nouveaux utilisateurs, réduire les contraintes d'ordre logistique et diminuer les coûts. Ce faisant, les pays pourront « ne pas rater cette opportunité » de mieux tirer parti de la planification familiale pour le développement économique et social.

Remerciements

Karin Ringheim est conseillère principale en politique et James Gribble est vice-président des programmes internationaux au PRB. Le présent dossier a été rédigé avec l'assistance de Gloria Coe, Carmen Coles, Mihira Karra, Judy Manning et Jeff Spieler du Bureau de l'USAID pour la population et la santé reproductive. Nous les remercions ainsi que Doug Colvard de l'organisation CONRAD, Laneta Dorflinger, Laura Raney, John Stanback et Markus Steiner de Family Health International, Victoria Jennings, Rebecka Lundgren et Meredith Puleio de l'Institut de santé reproductive, Steve Brooke, Jessica Cohen et Maggie Kilbourne-Brook de l'organisation PATH et Ruth Merkatz et Regine Sitruk-Ware du Population Council pour les informations et les services de relecture qu'ils ont bien voulu fournir. Le présent dossier a été financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) au titre du Projet BRIDGE (Accord de coopération GPO-A-00-03-00004-00).

Références

- 1 Banque mondiale, « Why Contraception Is a Best Buy », *Disease Control Priorities Project Policy Brief* (Washington, DC : DCP2, 2007).
- 2 Rhonda Smith et al., *La planification familiale sauve des vies, 4e éd.* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2009).
- 3 Division de la Population de l'Organisation des Nations Unies, « What Would it Take to Accelerate Fertility Decline in the Least Developed Countries? » (New York : Division de la Population de l'organisation des Nations Unies, 2009).
- 4 Carl Haub et Mary Mederios Kent, *Fiche de données sur la population mondiale — édition 2008* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2008) ; et Joseph Spiedel et al., *Making the Case for U.S. International Family Planning Assistance* (Baltimore : Université Johns Hopkins, 2008).
- 5 John Cleland et al., « Family Planning: The Unfinished Agenda », *The Lancet* 368, no 9549 (2006) : 1810-27 ; et Virginia Vitzthum et Karin Ringheim, « Hormonal Contraception and Physiology: A Research-Based Theory of Discontinuation Due to Side Effects », *Studies in Family Planning* 36, no 1 (2005) : 13-32.
- 6 USAID, « Expanding Contraceptive Choice Through Support for Underutilized Methods », *Leçons sur la sécurité contraceptive II* (Baltimore : Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2008).
- 7 Deepa Ramchandran et Ushma Upadhyay, « Implants: The Next Generation », *Population Reports*, Série K, no 7 (Baltimore : Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2007).
- 8 FHI et ministère de la Santé du Kenya, « Kenya Comparative Assessment of Long-Acting and Permanent Methods Activities », *Rapport final* (Nairobi : FHI et ministère de la Santé du Kenya, 2008).
- 9 Ramchandran et Upadhyay, « Implants: The Next Generation ».
- 10 OMS et le Projet INFO, *Planification familiale : manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier* (Baltimore : Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2008).
- 11 Planned Parenthood, « A History of Birth Control Methods », consulté en ligne sur www.plannedparenthood.org/resources/research-papers/bc-history-6547.htm le 23 mars 2009.
- 12 OMS et Projet INFO, *Planification familiale : manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier*.
- 13 Robert Lande et Catherine Richey, « Expanding Services for Injectables », *Population Reports*, Série K, no 6. (Baltimore : Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2006).
- 14 Eric Seiber, Jane Bertrand et Tara Sullivan, « Changes in Contraceptive Method Mix in Developing Countries », *International Family Planning Perspectives* 33, no 3 (2007) : 117-23.
- 15 Lande et Richey, « Expanding Services for Injectables ».
- 16 John Stanback et al., « What Happens After the Pilot? Scale-up of Community-Based Distribution of Injectable Contraception in a Rural African Setting » and « Long-Term Follow-Up of Depo Provera Users in Rural Uganda » (à paraître en 2009).
- 17 NES-EE est l'abréviation des deux hormones que contient l'anneau, la nésorone (NES) — une progestine, et l'éthinyl-œstradiol (EE) — l'estrogène utilisé dans les pilules de contraception par voie orale.
- 18 OMS et Projet INFO, *Planification familiale : manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier*.
- 19 Hector Croxatto et al., « Feasibility Study of Nesterone-Ethinylestradiol Vaginal Contraceptive Ring for Emergency Contraception », *Contraception* 73, no 1 (2006) : 46-52.
- 20 The Population Council, *Momentum* (New York : The Population Council, 2008).
- 21 Patricia Coffey et al., « Short Term Acceptability of a Single-Size Diaphragm Among Couples in South Africa and Thailand », *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 32, no 4 (2008) : 233-36.
- 22 PATH, « A New Kind of Diaphragm », consulté en ligne sur www.path.org/projects/silcs.php le 18 mars 2009.
- 23 Jay Gribble, « The Standard Days Method of Family Planning: A Response to Cairo », *International Family Planning Perspectives* 29, no 4 (2003).
- 24 Jay Gribble et al., « Being Strategic About Contraceptive Introduction: The Experience of the Standard Days Method », *Contraception* 77, no 3 (2008) : 147-57.
- 25 Union internationales des Télécommunications, *Measuring the Information Society: The ICT Development Index* (Genève : UIT, 2009).
- 26 Sauyma RamaRao et al., « The Link Between Quality of Care and Contraceptive Use », *International Family Planning Perspectives* 29, no 2 (2003) : 72-83.
- 27 OMS, *Approche stratégique de l'OMS pour le renforcement des politiques et des programmes de santé sexuelle et génésique* (Genève : OMS, 2007).
- 28 Lande et Richey, « Expanding Services for Injectables ».
- 29 Ramchandran et Upadhyay, « Implants: The Next Generation ».
- 30 Tara Sullivan et al., « Skewed Contraceptive Method Mix: Why it Happens, Why it Matters », *Journal of Biosocial Science* 38, no 4 (2006) : 501-21.
- 31 Seiber, Bertrand et Sullivan, « Changes in Contraceptive Method Mix in Developing Countries ».
- 32 Elaine Murphy, « Choosing and Using Contraceptive Methods », *C-Change Technical Brief* (Washington, DC: AED, 2008).

Photo page de couverture © 2007 Virginia Lamprecht, avec l'aimable autorisation de Photoshare.
© 2009 Population Reference Bureau. Tous droits réservés.



POPULATION REFERENCE BUREAU

Le Population Reference Bureau **INFORME** les gens du monde entier sur les questions de population, de santé et d'environnement et les aide à **SE SERVIR** de ces informations pour **PROMOUVOIR LE BIEN-ÊTRE** des générations d'aujourd'hui et de demain.

www.prb.org

POPULATION REFERENCE BUREAU

1875 Connecticut Ave., NW 202 483 1100 **TELEPHONE**
Suite 520 202 328 3937 **TELECOPIEUR**
Washington, DC 20009 États-Unis popref@prb.org **COURRIEL**