



Photo : PATH/Will Boase

Coûts et coût-efficacité du DMPA-SC à travers différents canaux de prestation : Ce que les données montrent

La planification familiale est l'un des investissements les plus judicieux que puisse consentir un gouvernement. Gage d'avancement de la santé et des droits des femmes, l'accès à la contraception permet aussi de sauver des vies et de faire des économies. Proposé dans le cadre d'un large éventail de méthodes, le DMPA sous-cutané (DMPA-SC ou Sayana® Press*) peut faciliter l'accès des femmes à la contraception à travers différents canaux de prestation, y compris l'auto-injection.

Les données indiquent que le DMPA-SC peut favoriser la baisse des coûts de prestation en permettant l'offre à base communautaire de la contraception injectable. Mieux encore, l'auto-injection du DMPA-SC — par rapport à l'administration clinique des injectables traditionnels — présente non seulement un bon rapport coût-efficacité, mais elle est aussi plus économique quand on considère les coûts représentés pour les femmes et les systèmes de santé.

Élargir le choix contraceptif, l'accès et la pratique grâce au DMPA-SC

Le DMPA-SC est un produit innovant qui élargit l'accès des femmes à la contraception quand il est proposé dans le cadre du programme de planification familiale d'un pays. Le produit DMPA-SC actuellement disponible (Sayana Press) combine la dose contraceptive et l'aiguille en un petit dispositif « tout-en-un » facile à utiliser. Par rapport au DMPA intramusculaire traditionnel (DMPA-IM), le DMPA-SC se caractérise par une dose plus faible et une aiguille plus courte, et il est plus facile à administrer. Le DMPA-SC trouve sa place dans tous les canaux de



Les faits, en bref

- ✓ **99 % efficace pour éviter les grossesses non planifiées**, sous administration correcte et à temps, tous les trois mois. Aucune protection contre le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles.
- ✓ **Dispositif pré-rempli et prêt à l'injection.**
- ✓ **Facile à utiliser**, même par les agents de santé communautaire et les femmes elles-mêmes (auto-injection).
- ✓ Dispositif **compact et léger**, avec une **aiguille courte**.
- ✓ **Stable à température ambiante** (15°C–30°C).
- ✓ Durée de conservation de **trois ans**.
- ✓ **Homologué dans plus de 80 pays, avec approbation à l'auto-injection dans plus de 55**, y compris en Afrique subsaharienne, en Asie et en Amérique latine, dans plusieurs pays d'Europe, au Royaume-Uni et aux États-Unis.
- ✓ Offert au prix de **0,85 \$ US la dose** sous conditionnement standard de 200 unités aux acheteurs qualifiés* (y compris le ministère de la santé dans les pays à faible revenu).

* Pour plus de renseignements sur les acheteurs qualifiés et les pays admis, s'adresser à FPoptions@path.org.

*DMPA est l'abréviation utilisée pour l'acétate de médroxyprogestérone dépôt (« depot medroxyprogesterone acetate » en anglais). Sayana® Press est une marque déposée de Pfizer Inc.

prestation du secteur public ou privé ; il se prête à l'auto-injection par les femmes qui y sont formées.

Les données montrent que les femmes qui s'auto-injectent le DMPA-SC continuent d'utiliser la contraception injectable plus longtemps que celles qui obtiennent leurs injections d'un prestataire. Il en résulte donc moins de grossesses non planifiées¹⁻⁶.

Le DMPA-SC est homologué, pour administration par un prestataire et auto-injection, dans plus de 55 pays[†]. Les acheteurs qualifiés peuvent se procurer Sayana Press au prix de 0,85 \$ US la dose, soit un prix comparable à celui du DMPA-IM. Les pages qui suivent présentent les résultats d'études ayant examiné les coûts et le rapport coût-efficacité du DMPA-SC offert dans différents canaux, y compris l'auto-injection.

Comprendre les coûts et le rapport coût-efficacité du DMPA-SC[‡]

Résultat clé : Le DMPA-SC peut aider à réduire les coûts de prestation en s'appuyant sur l'expansion des options de prestation qui se rapprochent des femmes.

Objet de la recherche

PATH a effectué des études de coûts au Burkina Faso, au Sénégal et en Ouganda, afin d'estimer les coûts de prestation du DMPA-SC et du DMPA-IM selon différentes approches et dans différents canaux. Sont inclus les coûts médicaux directs/aux systèmes de santé, comme les coûts du produit et le temps des prestataires, et ceux non médicaux, comme les coûts de déplacement, d'attente et d'obtention de services, supportés par les femmes. Les coûts supposés étaient le coût du produit (0,85 \$ US) pour le DMPA-SC et celui estimé (0,83 \$ US) pour le DMPA-IM (seringue comprise) au moment de la recherche. Les études n'étaient pas conçues pour comparer les coûts estimés d'un pays à l'autre.

Conclusions de la recherche⁷

- Les coûts totaux de prestation sont plus faibles dans les canaux rapprochés des femmes. Spécifiquement, ils sont les plus faibles au niveau de la distribution à base communautaire, suivie de près par l'auto-injection. Les coûts sont les plus élevés pour l'administration en structure.
- Les coûts pour les femmes, en termes de temps et de déplacement pour l'obtention des services, sont les plus faibles pour l'auto-injection.
- Une différence minimale est observée entre les coûts totaux du DMPA-SC et du DMPA-IM lorsqu'ils sont administrés par un même type d'agent de santé dans un même contexte.

[†]Analyse du Collaboratif pour l'accès. Données obtenues de documents non confidentiels de Pfizer et du Consensus Planning Group ; 2023.

[‡]Les données présentées reflètent une approche de formation à l'auto-injection moins coûteuse utilisée au moment de l'analyse des données, par remplacement de la brochure donnée à la cliente par une simple feuille d'instructions moins onéreuse.

Arguments en faveur de la planification familiale

L'investissement dans la planification familiale est généralement considéré comme une « excellente valeur » dans le domaine de la santé mondiale et du développement.

- **La contraception sauve des vies :** Si l'offre complète d'une contraception moderne était assurée aux femmes qui désirent éviter une grossesse était combinée à l'apport de soins complets à toutes les femmes enceintes et à tous les nouveau-nés, la mortalité maternelle diminuerait de 62 %, de 299 000 à 113 000 morts par an, et la mortalité néonatale baisserait de 69 %, de 2,5 millions à 800 000 morts par an.
- **La contraception est rentable et économique :** Pour chaque dollar investi dans les services de contraception, on économise 3 \$ US en coûts de soins maternels, néonataux et d'avortement.

Sully EA, Biddlecom A, Darroch JE, et al. *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*. Guttmacher Institute; 2020. <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019>

Coûts directs totaux du DMPA-SC sur quatre injections (en dollars US 2016) présentés en ordre croissant du coût par pays

Ouganda	DMPA-SC (distribution à base communautaire)	7,69 \$
	DMPA-IM (distribution à base communautaire)	7,71 \$
	Auto-injection (DMPA-SC)	7,83 \$
	DMPA-IM (prestation en structure)	10,12 \$
Sénégal	Auto-injection (DMPA-SC)	8,38 \$
	DMPA-IM (prestation en structure)	9,46 \$
Burkina Faso	DMPA-IM (prestation en structure)	11,60 \$
	DMPA-SC (prestation en structure)	12,14 \$

Implications politiques et programmatiques

- En rapprochant la contraception injectable des femmes (y compris par l'auto-injection), on peut obtenir des prestations moins coûteuses que l'offre en structure et réduire les obstacles d'accès.
- L'option d'auto-injection du DMPA-SC peut réduire, pour les femmes, les obstacles financiers et logistiques.
- Lors des décisions de programmation relative à la contraception injectable, les avantages du DMPA-SC — comme la facilité d'emploi, la préférence des femmes et du prestataire et l'amélioration des taux de continuation de la pratique contraceptive favorisée par l'auto-injection— peuvent être mis en valeur, étant donné que les coûts de prestation des deux produits, DMPA-SC et DMPA-IM, sont similaires quand le type de prestataire et le contexte sont les mêmes.
- L'offre du DMPA-SC dans les canaux de prestation non médicaux (par les agents de santé communautaire, en pharmacie ou en officine pharmaceutique) peut coûter moins cher au système de santé dans son ensemble. Les économies de coûts qui résultent du partage des tâches peuvent être accélérées lorsque ces prestataires non médicaux forment les femmes à l'auto-injection, bien que cet aspect n'ait pas été évalué dans la recherche.

Résultat clé : L'auto-injection du DMPA-SC est plus économique quand on considère les coûts pour les femmes et pour les systèmes de santé.

Objet de la recherche

En Ouganda et au Sénégal, PATH a évalué le rapport coût-efficacité du DMPA-SC auto-injecté par rapport au DMPA-IM administré par les agents de santé. En se fondant sur l'expérience des participantes aux études de recherche sur l'auto-injection, une modélisation a été réalisée avec un groupe hypothétique de 1 million d'utilisatrices de la contraception injectable en Ouganda et de 100 000 au Sénégal dans le but d'estimer les coûts différentiels par grossesse évitée et par année de vie corrigée du facteur invalidité (AVCI) évitée, sur une période d'une année. Le nombre d'utilisatrices de l'injectable modélisées repose sur l'estimation du nombre d'utilisatrices dans chaque pays en 2017. Ces études supposent aussi un coût de 0,85 \$ US pour le DMPA-SC et de 0,83 \$ US pour le DMPA-IM.

Le Collaboratif pour l'accès aux injectables offre une [assistance technique et de nombreux outils](#) d'intégration du DMPA-SC et de l'auto-injection aux pays intéressés.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à FPoptions@path.org.

Conclusions de la recherche

- Le DMPA-SC auto-injecté pourrait produire un plus grand impact de santé. En Ouganda, le DMPA-SC auto-injecté permettrait d'éviter 10 827 grossesses non planifiées en plus et 1 620 AVCI par rapport au DMPA-IM administré en structure. Au Sénégal, l'auto-injection permettrait d'éviter 1 402 grossesses non planifiées en plus et 204 AVCI maternelles supplémentaires^{8,9}.
- Le DMPA-SC auto-injecté est apparu plus économique quand on considère les coûts pour les femmes aussi bien que ceux liés aux systèmes de santé. Le DMPA-SC auto-injecté s'est révélé plus économique, à hauteur de 1,1 million \$ US par an en Ouganda et de 350 000 \$ US au Sénégal, en tenant compte des coûts totaux pour la société, qui comprennent les coûts supportés par les femmes et ceux liés aux systèmes de santé^{10,11}.
- Le DMPA-SC auto-injecté pourrait aussi présenter un bon rapport coût-efficacité quand on ne considère que les coûts représentés pour les systèmes de santé. Comme indiqué précédemment, l'impact de santé du DMPA-SC auto-injecté était supérieur en raison des taux de continuation plus élevés qu'il engendre. Si les coûts spécifiques aux systèmes de santé se sont révélés supérieurs pour le DMPA-SC auto-injecté par rapport au DMPA-IM — en raison largement des coûts initiaux de la formation à l'auto-injection —, la simplification de l'approche de formation des clientes pourrait réduire le coût du DMPA-SC auto-injecté au point de présenter un bon rapport coût-efficacité dans la perspective des systèmes de santé : en utilisant par exemple un support visuel limité à une page, moins coûteux que la brochure d'instructions originale, et en limitant le nombre d'injections pour l'apprentissage. De nouvelles données ne révèlent d'ailleurs guère d'avantage à l'exercice pratique de l'injection¹².

Implications politiques et programmatiques

- L'auto-injection profite aux femmes aussi bien qu'aux systèmes de santé. Quand on tient compte des coûts pour le système de santé et de ceux relatifs au temps et au déplacement des femmes, le DMPA-SC auto-injecté coûte moins cher et mène à de meilleurs résultats de santé que le DMPA-IM administré en structure.
- Il importe de concevoir une approche de formation des clientes qui soit faisable, économiquement abordable et efficace. Pour aider les responsables de la mise en œuvre programmatique dans cet effort, le Collaboratif pour l'accès aux injectables propose un [Guide de conception d'un programme d'auto-injection contraceptive](#), dans lequel ils trouveront une approche complète de préparation et exécution d'un programme d'auto-injection, formation des clientes comprise.

Application des données aux efforts d'introduction et d'intégration du DMPA-SC

Différents facteurs doivent être évalués lors de la décision d'institutionnaliser ou non un contraceptif de nouvelle génération tel que le DMPA-SC et son auto-injection dans l'éventail de méthodes contraceptives d'un pays. Les données relatives aux coûts et au rapport coût-efficacité du DMPA-SC à travers différents canaux de prestation devraient convaincre les décideurs d'envisager l'intégration du DMPA-SC et de l'auto-injection à tous les niveaux d'offre de services, y compris dans les initiatives émergentes d'autoprise en charge des soins.

1. Burke HM, Chen M, Buluzi M, Fuchs R, Wevill S, Venkatasubramanian L, Dal Santo L, Ngwira B. Effect of self-administration versus provider-administered injection of subcutaneous depot medroxyprogesterone acetate on continuation rates in Malawi: a randomised controlled trial. *The Lancet Global Health*. 2018;6(5):e568–e578. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30061-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30061-5)
2. Kohn JE, Simons HR, Della Badia L, Draper E, Morfesis J, Talmont J, Talmont E, Beasley A, McDonald M, Westhoff CL. Increased 1-year continuation of DMPA among women randomized to self-administration: results from a randomized controlled trial at Planned Parenthood. *Contraception*. 2018;97(3):198–204. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.11.009>
3. Cover J, Namagembe A, Tumusiime J, Nsangi D, Lim J, Nakiganda-Busiku D. Continuation of injectable contraception when self-injected versus administered by a facility-based health worker: a non-randomized, prospective cohort study in Uganda. *Contraception*. 2018;98(5):383–388. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.03.032>
4. Cover J, Ba M, Kidwell Drake J, Ndiaye MD. Continuation of self-injected versus provider-administered contraception in Senegal: a nonrandomized, prospective cohort study. *Contraception*. 2019;99(2):137–141. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.11.001>
5. Kennedy CE, Yeh PT, Gaffield ML, Brady M, Narasimhan M. Self-administration of injectable contraception: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Global Health*. 2019;4:e001350. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001350>
6. Millogo T, Chomi E, Kouanda S, Ali M. Getting up to date with what works: a systematic review on the effectiveness and safety of task sharing of modern methods in family planning services. *BioMed Research International*. 2023;2023:8735563. <https://doi.org/10.1155/2023/8735563>
7. Di Giorgio L, Mvundura M, Tumusiime J, Namagembe A, Ba A, Belemsaga-Yugbare D, Morozoff C, Brouwer E, Ndour M, Kidwell Drake J. Costs of administering injectable contraception through health workers and self-injection: evidence from Burkina Faso, Uganda, and Senegal. *Contraception*. 2018;98(5):389–395. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.05.018>
8. Di Giorgio L, Mvundura M, Tumusiime J, Morozoff C, Cover J, Kidwell Drake J. Is contraceptive self-injection cost-effective compared to contraceptive injections from facility-based health workers? Evidence from Uganda. *Contraception*. 2018;98(5):396–404. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.07.137>
9. Mvundura M, Di Giorgio L, Morozoff C, Cover J, Ndour M, Kidwell Drake J. Cost-effectiveness of self-injected DMPA-SC compared with health-worker-injected DMPA-IM in Senegal. *Contraception X*. 2019;1:100012. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2019.100012>
10. PATH unpublished data; 2018.
11. PATH. Self-injection research and program rollout: Uganda. Webinar. PATH; 2018.
12. PATH. New self-injection program results and best practices from Uganda. Webinar. PATH; 2019.