

Suivi de l'introduction pilote du DMPA-SC

Résultats finaux du projet pilote

De juillet 2014 à juin 2016 inclus, PATH et ses principaux partenaires—y compris le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et les ministères de la santé—ont coordonné l'introduction pilote du contraceptif injectable DMPA sous-cutané (DMPA-SC, sous la marque Sayana® Press) au Burkina Faso, au Niger, au Sénégal et en Ouganda.

Peu encombrant, léger et facile à injecter, le DMPA-SC ne requiert qu'une formation minimale et est par conséquent particulièrement bien adapté à la distribution communautaire. Sous la direction respective de chaque pays, ces quatre introductions pilotes ont contribué à rendre la contraception injectable accessible dans les endroits isolés, plus près du lieu de résidence des femmes.

PATH et ses partenaires ont suivi de près les quatre premières introductions du DMPA-SC en Afrique subsaharienne. Les résultats et les enseignements tirés ont appuyé la décision de passage à l'échelle nationale dans les quatre pays d'introduction initiale. Ils pourront éclairer aussi celle des intervenants d'autres pays quant à savoir s'il convient d'inclure, et comment, cette option contraceptive dans les programmes de planification familiale du futur.

Figure 1. 490 300 doses de DMPA-SC administrées dans quatre pays pilotes, de juillet 2014 à juin 2016.



Résultats - Juillet 2014 à juin 2016 inclus.

- **Nombre total de doses administrées :** Près d'un demi-million d'unités au Burkina Faso, au Niger, au Sénégal et en Ouganda (Figure 1). La consommation globale a augmenté de ~57 % sur l'ensemble des quatre pays de la fin T4 2015 à la fin T2 2016.
- **Jeunes utilisatrices de la planification familiale :** ~44 % des doses administrées au Niger, au Sénégal et en Ouganda l'ont été à des femmes âgées de moins de 25 ans (Figure 2 ; aucune donnée disponible pour le Burkina Faso).
- **Nouvelles utilisatrices de la planification familiale :** Le DMPA-SC a été administré à près de 135 000 femmes qui ont ainsi utilisé la contraception moderne pour la première fois. Les proportions de doses administrées aux nouvelles utilisatrices étaient initialement entre 30 % et 70 % dans les quatre pays, et ont diminué progressivement lorsque les femmes revenaient pour les réinjections. Les agents de santé ont administré la plus haute proportion globale de doses aux nouvelles utilisatrices au Niger (42 %), où les injectables étaient proposés pour la première fois dans les cases de santé isolées (Figure 3 ; Tableau 1).
- **Le DMPA-SC par rapport au DMPA-IM :** Par rapport à l'injectable acétate de médroxyprogestérone dépôt intramusculaire (DMPA-IM), les proportions de DMPA-SC augmentent au fil du temps et sont supérieures (~75%) dans les contextes isolés et de prestation au niveau communautaire (Tableau 1).

Implications programmatiques et enseignements tirés des deux années de suivi de l'introduction pilote.

- **Les résultats sont liés à la stratégie d'introduction (Tableau 1) :** Pour maximiser de nouvelles utilisatrices : privilégier la prestation au niveau communautaire et/ou proposer les injectables où ils n'étaient auparavant pas disponibles. Pour maximiser le volume : introduire le DMPA-SC à tous les niveaux du système sanitaire, former les prestataires rapidement selon une approche en cascade et investir dans le système de distribution des produits afin de minimiser l'impact des ruptures de stocks sur la consommation et les nouvelles utilisatrices. Des volumes relativement élevés peuvent toujours être atteints par le biais de la seule prestation au niveau communautaire, dans les contextes où les injectables n'étaient auparavant pas disponibles et/ou où le besoin non satisfait est grand.
- **Les ruptures de stocks affaiblissent l'impact :** Le Burkina Faso et le Niger se sont fiés aux systèmes de distribution nationaux, enregistrant des ruptures de stocks dès T2 2015, au détriment de la consommation (Figure 4) et de la capacité de recruter de nouvelles utilisatrices. Une croissance régulière des volumes de consommation est observée en Ouganda et au Sénégal, où le recours à des systèmes de distribution parallèles financés par le secteur privé a donné lieu à des ruptures de stocks très limitées. Ces résultats soulignent l'importance de la sécurisation des produits et du renforcement des systèmes de distribution pour assurer l'accès.
- **Possibilités de partage de tâches :** Le DMPA-SC offre des possibilités de transfert de l'administration des injectables au niveau de la communauté, en ce que les agents de santé communautaire administrent de plus grandes proportions, par rapport au DMPA-IM, lorsque les deux sont disponibles (Tableau 1).
- **Faible transfert d'une formule à l'autre :** Les proportions globales de doses administrées à des femmes passant du DMPA-IM au DMPA-SC ne dépassent pas 16 % (Tableau 1), dissipant ainsi les craintes initiales de remplacement intégral du DMPA-IM.

Figure 2. Proportions similaires de doses administrées aux jeunes femmes du Niger et d'Ouganda.

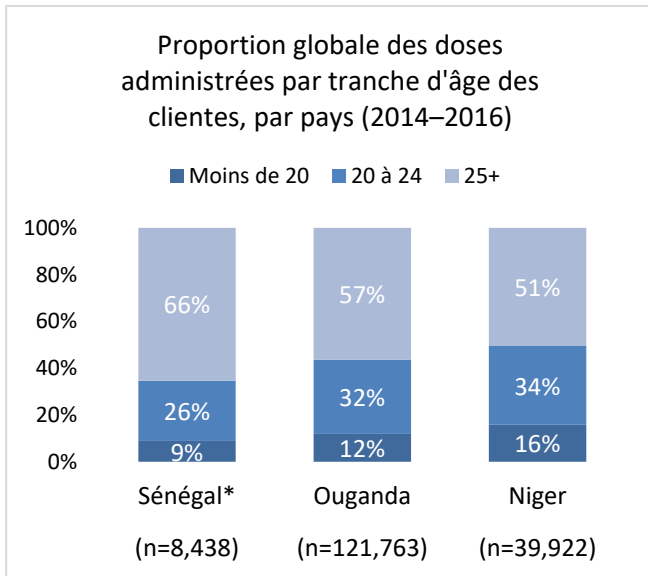
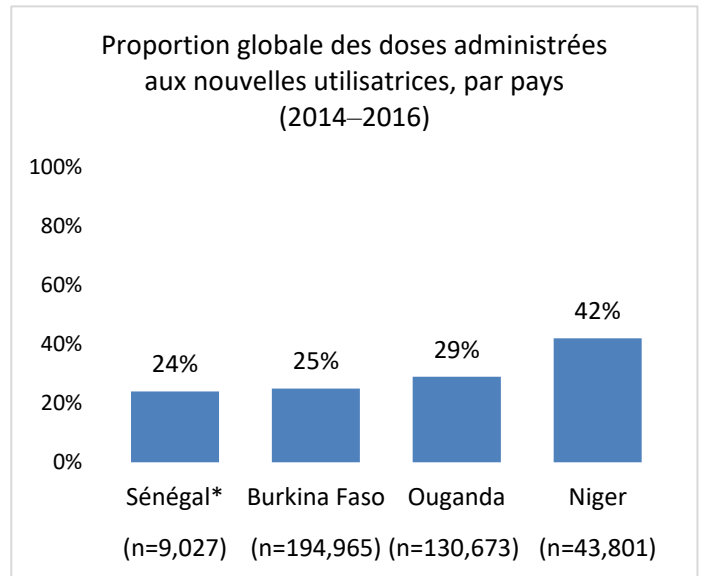


Figure 3. Plus haute proportion de nouvelles utilisatrices au Niger, où le DMPA-SC représentait la première offre des injectables dans les cases de santé au niveau de la communauté.



*Remarque : Les échantillons réduits, pour le Sénégal, aux Figures 2 et 3 sont dus au système de sites sentinelles établi pour la collecte des données relatives à certains indicateurs auprès d'un échantillon de structures de santé. Le Burkina Faso ne collecte ni rapporte de données sur les doses de DMPA-SC administrées par tranche d'âge de la cliente. Pour plus de détails sur les approches de suivi de chaque pays, voir l'encadré : Contexte.

Figure 4. La consommation trimestrielle présente une croissance régulière au Sénégal et en Ouganda pendant l'introduction pilote ; un ralentissement trimestriel est observé au Burkina Faso et au Niger sous l'effet des ruptures de stocks enregistrées de la mi-2015 à la fin de l'année.

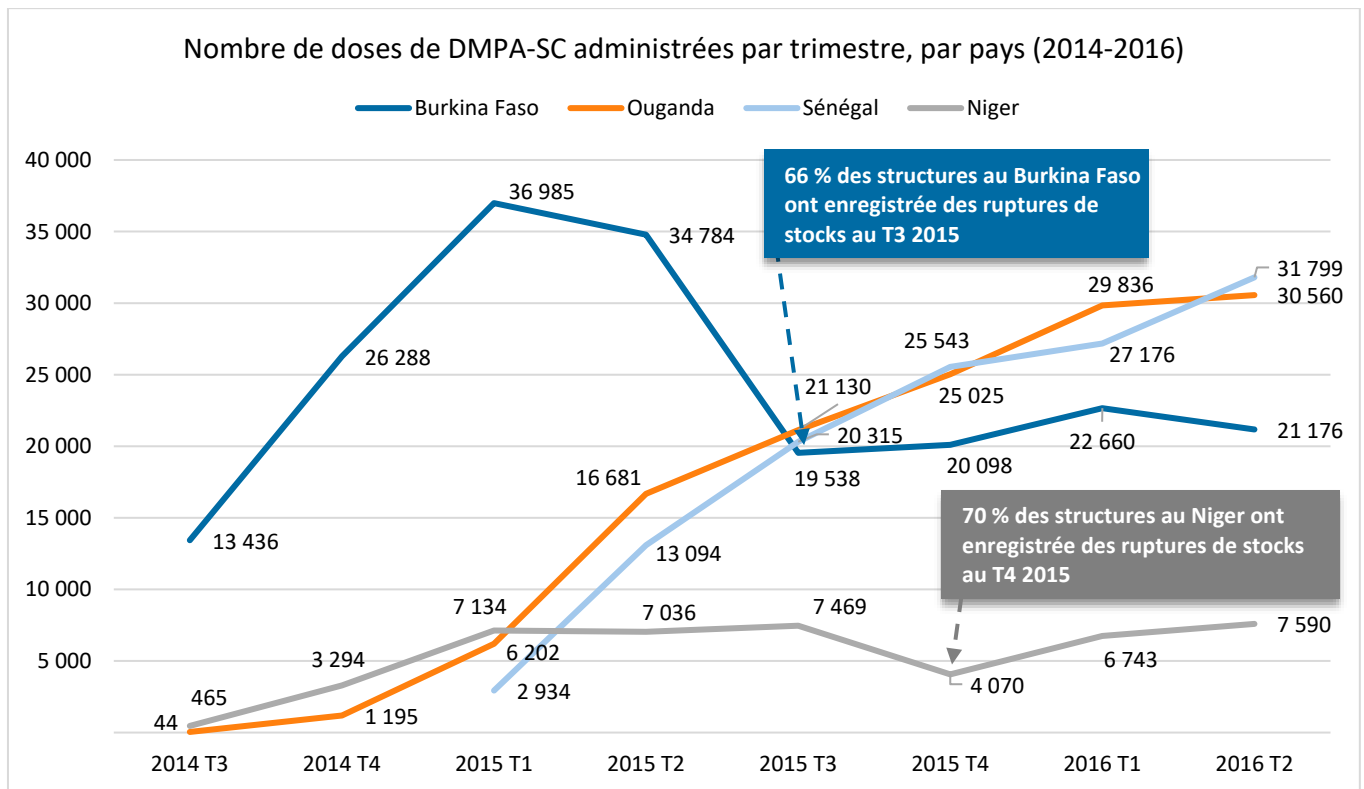


Table 1. Résultats et tendances du DMPA-SC par pays, de juillet 2014 à juin 2016 inclus.

	Burkina Faso	Niger	Sénégal	Ouganda
Filières de distribution du DMPA-SC	Tous niveaux du système sanitaire. DMPA-SC et DMPA-IM offerts en parallèle.	Postes de santé et distribution communautaire SEULEMENT. DMPA-SC SEULEMENT (sans DMPA-IM).	Tous niveaux du système sanitaire. DMPA-SC et DMPA-IM offerts en parallèle.	Agents de santé communautaire SEULEMENT. DMPA-SC et DMPA-IM offerts en parallèle.
Début d'offre du DMPA-SC aux femmes	Juillet 2014	Septembre 2014	Janvier 2015	Septembre 2014
Nombre de prestataires formés à l'administration du DMPA-SC dans le cadre de l'introduction pilote	~1 900	~300	~2 000	~2 100
Nombre de doses administrées	~194 965	~43 801	~120 861	~130 673
Tendances de consommation du DMPA-SC et ruptures de stock (Figure 4)	Volumes supérieurs, sous l'effet d'une formation rapide et d'une large disponibilité. Les ruptures de stocks à partir de 2015 ont provoqué des baisses de consommation. Au maximum, 66 % des structures ont subi une rupture de stock de DMPA-SC en septembre 2015.	Volumes les plus faibles en raison de la portée limitée, mais volumes les plus élevés par prestataire formé. Les ruptures de stock, en 2015, ont provoqué des baisses de consommation. Au maximum, 70 % des cases de santé ont subi une rupture de stock de DMPA-SC en novembre 2015.	Hausse régulière continue de la consommation. Ruptures de stock limitées grâce au système de distribution privé (maximum de 1,9 % des structures à tout moment).	Hausse régulière continue de la consommation. Ruptures de stock limitées grâce au système de distribution privé (maximum de 1,1 % des structures à tout moment).
Proportion des doses administrées à de nouvelles utilisatrices de la planification familiale (Figure 3)	Premier trimestre d'introduction : 33 % des doses Globalement : 25 % des doses	Premier trimestre d'introduction : 70 % des doses Globalement : 42 % des doses	Premier trimestre d'introduction : 30 % des doses Globalement : 24 % des doses	Premier trimestre d'introduction : 43 % des doses Globalement : 29 % des doses
Proportion des doses administrées à des femmes de moins de 25 ans (Figure 2)	Aucune donnée disponible.	50 % des doses	35 % des doses	44 % des doses
Proportion des doses administrées aux clientes transférant du DMPA-IM au DMPA-SC	7 % des doses	Aucune donnée disponible (transfert de DMPA-IM probablement faible ; DMPA-IM et DMPA-SC ne sont pas offerts en parallèle).	13 % des doses	16 % des doses
Parmi les doses injectables administrés dans les filières de prestation pilotes, proportion représentée par le DMPA-SC (par rapport au DMPA-IM)	29 % dans le secteur public (tous niveaux) 46 % dans le secteur ONG (cliniques statiques et mobiles)	Aucune donnée disponible. DMPA-IM et DMPA-SC ne sont pas offerts en parallèle au Niger.	14 % au niveau de la structure 72 % au niveau communautaire	72 % au niveau communautaire

Contexte : Indicateurs mondiaux et approche du suivi de l'introduction du DMPA-SC

Au début des introductions pilotes, PATH a coordonné le consensus sur les indicateurs mondiaux relatifs à l'introduction du DMPA-SC dans les quatre pays. Sur la base de ces indicateurs et compte tenu de chaque système national, PATH a élaboré une approche de suivi multinationale, comprenant notamment une base de données centralisée pour la gestion des données. Les indicateurs mondiaux sont :

- Nombre de doses de DMPA-SC distribuées aux structures de santé.
- Nombre de doses de DMPA-SC administrées.
- Pourcentage des doses de DMPA-SC administrées à de nouvelles utilisatrices de la contraception moderne.
- Pourcentage de structures en rupture de stock de DMPA-SC.
- Pourcentage des doses de DMPA-SC administrées à des utilisatrices âgées de moins de 20 ans et de 20 à 24 ans.
- Pourcentage des doses de DMPA-SC administrées à des utilisatrices qui utilisaient auparavant DMPA-IM.

Les indicateurs globaux ont été sélectionnés en fonction des principaux axes d'intérêt pour les intervenants nationaux et les donateurs : par exemple, le potentiel du DMPA-SC d'élargir l'accès à la planification familiale aux femmes qui ne l'ont jamais encore pratiquée et d'atteindre les jeunes femmes, et la mesure dans laquelle les utilisatrices actuelles d'autres méthodes contraceptives modernes ont plutôt choisi le DMPA-SC.

La faisabilité de la collecte des données a également contribué à la sélection des indicateurs clés. Par exemple, il n'est pas possible de suivre la continuation contraceptive à travers les systèmes d'information sanitaire existants, qui ne suivent pas les clientes individuelles au fil du temps. Étant donné les différences propres à chaque système, les données ne sont pas uniformément disponibles concernant chaque indicateur pour chaque pays (concernant notamment l'âge de la cliente au Burkina Faso et le changement de méthode au Niger).

Dans le cadre de l'introduction pilote dans ces quatre pays, le DMPA-SC a été proposé à travers les filières de prestation de la planification familiale du secteur public, des ONG et/ou du marché privilégiées par les intervenants respectifs du pays. De même, les données de suivi relatives aux indicateurs clés ont été collectées auprès des prestataires et consolidées au fil de leur évolution à travers le système de suivi de chaque pays. Pendant l'introduction pilote, dans chacun des quatre pays, les coordinateurs du projet pilote ont saisi directement les données dans la base de données centralisée de PATH. Chaque système a été conçu en vue d'un alignement optimal sur les statistiques et les mécanismes de flux des données établis du pays.

- Au Burkina Faso et au Niger, les systèmes de suivi existants ont servi à la collecte des données relatives au DMPA-SC. Une fois les données de suivi de ces deux pays ont été collectées et rapportées à travers les filières établies, les coordinateurs du projet pilote de chaque pays les ont recueillies au niveau du district et saisies dans la base de données centralisée.
- Au Sénégal, PATH a tiré parti des systèmes de collecte existants pour certains indicateurs et mis en œuvre une approche de sites sentinelles pour combler les lacunes relatives à trois des indicateurs mondiaux. Les données de routine du système sanitaire ont été communiquées à PATH au Sénégal en vue de leur saisie dans la base de données centrale. L'équipe de PATH et ses partenaires ont par ailleurs collecté directement les données des sites sentinelles.
- En Ouganda, PATH et le ministère de la santé ont étendu le système de suivi au niveau communautaire et formé les ASC à la collecte de données. Il n'était auparavant pas possible de mesurer la contribution des ASC au programme de planification familiale car les données les concernant étaient intégrées à celles des structures de santé. Les ASC participant à l'introduction du DMPA-SC ont soumis leurs données à une structure sanitaire proche et PATH et ses partenaires en Ouganda ont obtenu leurs données de suivi directement auprès des prestataires attachés à ces structures.

PATH, l'UNFPA, les ministères de la santé et autres partenaires ont poursuivi la collecte de données relatives aux introductions pilotes jusque fin juin 2016. Les tendances globales et trimestrielles durant les deux années d'introduction pilote seront présentées dans le rapport final de suivi du projet pilote (à paraître sur path.org en 2018). La collecte et l'analyse des données de suivi dans tous les contextes sont exigeantes en ressources, mais elles apportent une information et une perspective uniques, utiles à l'introduction d'un nouveau produit. Les données globales du dernier rapport de suivi pourront éclairer la dynamique du marché, concernant notamment les tendances au fil du temps de la proportion des doses administrées aux nouvelles utilisatrices, aux jeunes et aux femmes qui utilisaient auparavant DMPA-IM dans différents scénarios d'introduction. En 2016, PATH et ses partenaires ont accompagné la transition de la collecte de données relatives aux volumes de consommation du DMPA-SC vers les systèmes nationaux de gestion de l'information sanitaire, au fil du passage à l'échelle nationale du DMPA-SC dans les quatre pays pilotes initiaux.



www.path.org

PATH est le chef de file dans l'innovation en santé à l'échelle mondiale. En tant qu'organisation internationale à but non lucratif, nous sauvons des vies et nous améliorons la santé principalement chez les femmes et les enfants. Nous accélérons les innovations dans cinq domaines : les vaccins, les médicaments, les diagnostics, les dispositifs médicaux et les innovations dans les systèmes et services. Ces secteurs sont liés à notre vision d'entreprise, notre expertise en sciences et en santé publique, ainsi que notre passion pour l'équité dans la santé. En mobilisant des partenaires dans le monde entier, nous étendons la portée des innovations en travaillant de concert avec des pays principalement asiatiques et africains désireux de résoudre leurs problèmes sanitaires majeurs. Ensemble, nous obtenons des résultats concrets qui brisent le cycle de la maladie. Pour en savoir plus, rendez-vous sur www.path.org.

ADRESSE RUE
2201 Westlake Avenue
Suite 200
Seattle, WA 98121 USA

ADRESSE POSTALE
PO Box 900922
Seattle, WA 98109 USA