

Distribution de Contraception Injectable par les Agents de Santé Communautaires



UN MANUEL DE MISE EN ŒUVRE

Distribution de Contraception Injectable par les Agents de Santé Communautaires

UN MANUEL DE MISE EN ŒUVRE

Distribution de contraception injectable par les agents de santé communautaires : Un manuel de mise en œuvre

Ce manuel est dédié aux femmes, aux hommes et aux parties prenantes qui ont contribué à faire passer CBA2I d'une innovation émergente à une meilleure pratique largement mise en œuvre.

© 2019 FHI 360 ISBN 0-89492-929-1

Distribution par un agent de santé communautaire de contraceptifs injectables : Un manuel de mise en œuvre a été rendu possible en partie grâce au généreux soutien du peuple américain par l'intermédiaire de l'Agence américaine de développement international (USAID). Le financement pour achever la production du manuel a été fourni par la Fondation Pfizer. Les contenus sont exclusivement le produit et la responsabilité de FHI 360 et ne reflètent pas nécessairement les vues des bailleurs de fonds ou du gouvernement des États-Unis. Ce manuel était basé sur *La distribution à base communautaire des contraceptifs injectables : Guide pratique de formation* produit en 2009 et financé par l'USAID aux termes de l'accord de coopération GPO-A-00-08-00001-00, le projet *Programme de recherche pour le renforcement des services* (PROGRESS), et l'accord de coopération GPO-A-00-05-00022-0, le programme de *Recherche sur les technolog en matière de contraception et de reproduction* (CRTU).

Cette traduction française a été soutenue par Advancing Partners & Communities (APC), un accord de coopération financé par l'USAID en vertu de l'accord n° AID-OAA-A-12-00047, à compter du 1er octobre 2012. APC est mis en œuvre par JSI Research & Training Institute Inc., en collaboration avec FHI 360.

Citation suggérée : FHI 360. Distribution de contraception injectable par les agents de santé communautaires : Un manuel de mise en oeuvre. Durham, NC: FHI 360; 2019.

Remerciements

Développé par Kirsten Krueger, Morrissa Malkin, John Stanback, Tracy Orr, Aubrey Weber, Leigh Wynne, et Lucy Harber

Nous souhaitons remercier les personnes et les institutions suivantes pour avoir favorisé l'accès communautaire aux injectables dans les programmes et les politiques au cours des 15 dernières années :

FHI 360

Angela Akol, Kerry Aradhya, Catherine Bocher, John Bratt, Aurelie Brunie, Holly Burke, Siga Diop, Suzanne Fischer, Theresa Hatzell-Hoke, Karen Katz, Elena Lebetkin, Tishina Okegbe, Jill Peterson, Marta Pirzadeh, Dawn Chin Quee, Mariya Saleh, Mardsen Solomon, Reana Thomas, Jill Vitick, Trinity Zan

Ministères de la santé

Bénin, Éthiopie, Guinée, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Nigéria, Pakistan, Rwanda, Sénégal, Ouganda, Zambie

Autres personnes

Amanda Abbott, Ian Askew, Maggwa Ndugga Baker, “Mama Martha” Bekitta, Bonita Birungi, Paul D. Blumenthal, Violet Bukusi, Davy Chikamata, Aissatou Coly, Catherine d’Arcangues, Mohamed Diadhiou, Mamadou Diagne, Sebastiana Diatta, Thierno Dieng, Paul Dowling, Crystal Dreisbach, Leah Elliott, Laura Erlich, Margot Fahnestock, Peter Fajans, Vincent Fauveau, Mario Festin, Bill Finger, Nicky Sabatini Fox, Melissa Freeman, Victoria Graham, Astou Guèye, Elizabeth Jackson, Roy Jacobstein, Barbara Janowitz, Sarah Johnson, Lydia Jumbe, Mihira Karra, Laura Laski, Christine Lasway, Craig Lissner, Bradford Lucas, Kelsey Lynd, Shawn Malarcher, Ibou Mall, Michael Mbizvo, Anthony Mbonye, Winnie Mbwesa, Olav Meirik, Chisale Mhango, Anne Morrison, Mavis Mwale, Alexis Ntabona, Tara Nutley, Odongo Odiyo, Alice Olawo, Ndola Prata, Serge Raharison, Suzanne Reier, Elizabeth T. Robinson, Hamid Rushwan, Iqbal Shah, Barbara Sow, Maimouna Sow, Jeff Spieler, Bal K. Suvedi, Shyam Thapa, Sara Tiffit, Amy Ucello, Patricia Wamala-Mucheri, Laura Wando, Monica Wanjiru, Mike Welsh, Jennifer Wesson, Lucy Wilson

À propos de ce manuel

Ce manuel décrit les neuf étapes de base d'un programme de planification familiale à base communautaire qui inclut les injectables dans la combinaison de méthodes fournies par les agents de santé communautaires (ASC). Une version antérieure de ce manuel avait été publiée en 2008, basée sur les expériences de l'Ouganda et de Madagascar. Le manuel original a été mis à jour ici pour inclure un contenu plus approfondi basé sur 15 ans d'expérience et un corpus mondial de recherches émanant de ministères de la Santé, d'organisations à base communautaire, non gouvernementales nationales et internationales et d'autres institutions de plus d'une douzaine de pays.

Ce manuel fournit aux responsables de programme, aux décideurs et à ceux qui souhaitent élargir l'accès à la planification familiale des informations permettant de préparer, d'initier et d'intensifier la prestation de contraception injectable par les ASC. Les leçons présentées dans ce manuel ont été tirées d'études de recherche, de rapports de programmes, de directives médicales internationales et d'experts en la matière. L'équipe de spécialistes de la recherche et de l'utilisation de la recherche de FHI 360 a rassemblé ces leçons depuis que la pratique de la contraception injectable par les ASC a été introduite pour la première fois en Afrique subsaharienne en 2004.

Les annexes (non incluses dans la traduction française) contiennent un ensemble de listes de contrôle, de matériel de formation, de modèles de formulaires et d'autres ressources pouvant vous aider à introduire et à développer à plus grande échelle l'offre de contraceptifs injectables par les ASC. Vous êtes invités à adapter et à améliorer ces outils en fonction de votre situation.

Nous sommes impatients de connaître votre expérience en utilisant ce manuel ainsi que vos suggestions pour l'améliorer. Veuillez diriger vos commentaires à :

FHI 360
359 Blackwell Street, Suite 200
Durham, NC, 27701 USA
Téléphone : 919.544.7040
Fax : 919.544.7261
E-mail: cba2i@fhi360.org

Acronymes

CBA2I	Community-Based Access to Injectables	DMPA-IM	Acétate intramusculaire Médroxyprogestérone-dépôt
CBA2I	Accès communautaire aux injectables	DMPA-SC	Subcutaneous Depot-Medroxyprogesterone Acetate
CBFP	Community-Based Family Planning	DMPA-SC	Acétate sous-cutané Médroxyprogestérone-dépôt
PFBC	Planification familiale à base communautaire	HMIS	Health Information Management System(s)
CIP	Costed Implementation Plan	HMIS	Système (s) de gestion de l'information sur la santé
CIP	Plan de mise en œuvre chiffré	M&E	Monitoring and Evaluation
CHW	Community Health Worker	S & E	Suivi et évaluation
ASC	Agent de santé communautaire	MOH	Ministry of Health
CRTU	Contraceptive and Reproductive Health Technologies Research and Utilization	MS	Ministère de la Santé
CRTU	Recherche sur les technologies de la santé en matière de contraception et de reproduction	NET-EN	Norethisterone enanthate
CYP	Couple-Years of Protection	NET-EN	Enantate de noréthistérone
CYP	Couple-Année de protection	NGO	Nongovernmental Organization
DMPA	Depot-Medroxyprogesterone Acetate	ONG	Organisation non gouvernementale
DMPA	Acétate de Médroxyprogestérone-dépôt	PROGRESS	Program Research for Strengthening Services
DMPA-IM	Intramuscular Depot-Medroxyprogesterone Acetate	PROGRESS	Programme de recherche pour le renforcement des services
		VHT	Village Health Team
		ESV	Equipe de santé du village
		WHO	World Health Organization
		OMS	Organisation mondiale de la santé

Table des Matières*

Distribution de contraception injectable par les agents de santé communautaires : Un manuel de mise en œuvre	ii
Remerciements	iii
À propos de ce manuel	iv
Acronymes	v
Introduction	1
Etape 1: Déterminer la faisabilité et la nécessité de la distribution d'injectables par les ASC	7
Etape 2: Évaluer les coûts potentiels de l'ajout de contraceptifs injectables dans un programme de planification familiale à base communautaire	13
Etape 3: Intégrer la distribution de contraceptifs injectables par les ASC à la politique nationale de santé et aux lignes directrices pour la prestation de services	19
Etape 4: Mobiliser la communauté et sensibiliser au service	27
Etape 5: Assurer un système logistique qui prend en charge une gestion appropriée des déchets et une distribution régulière de fournitures	33
Etape 6: Former les agents de santé communautaires à fournir le service	41
Etape 7: Mettre en place des systèmes de supervision formative	51
Etape 8: Documenter et partager les processus et les résultats	57
Etape 9: Assurer une mise à l'échelle réussie	67
Références	74

* Ce document, intitulé « Prestation de contraception injectable par les agents de santé communautaires : Un manuel de mise en œuvre », est une traduction du Community Health Worker Provision of Injectable Contraception: An Implementation Handbook (mis à jour en 2018). La version anglaise du document contient six annexes qui ne figurent pas dans cette traduction. La version anglaise du manuel est disponible ici : <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/cb2ai-implementation-handbook-2018.pdf>

Introduction

La majorité des pays en développement sont confrontés à une grave pénurie de médecins, d'infirmières et de sages-femmes.¹ De plus, les professionnels de la santé sont concentrés dans les zones urbaines, laissant les établissements de santé ruraux en sous-effectif et en ressources. Tant dans les zones rurales que dans les zones urbaines mal desservies, l'offre de méthodes de contraception modernes et de personnel de santé à leur fournir est souvent limitée, ce qui rend extrêmement difficile l'accès à la planification familiale. Les injectables sont la méthode de planification familiale la plus utilisée dans de nombreuses régions du monde, mais leur accès reste un défi majeur. En même temps, il existe une demande croissante de services de planification familiale et une reprise mondiale des efforts pour répondre aux besoins des femmes et des filles en matière de planification familiale. Malgré le fait que la plus grande cohorte de jeunes de l'histoire approche de l'âge de procréer, de nombreux obstacles subsistent pour celles qui souhaitent utiliser la contraception.

Une manière de combler cette lacune consiste à fournir des contraceptifs injectables qui élargissent la communauté CBA2I par le biais des agents de santé communautaires (ASC). La distribution par les ASC de contraceptifs injectables a été utilisée pour élargir la gamme de méthodes au niveau de la communauté depuis les années 1970.



© 2012 MEAGAN HARRISON, OFFERT PAR PHOTOSHARE

Au Bangladesh, l'acétate de médroxyprogestérone-dépôt (DMPA) a été proposé pour la première fois en 1977 dans le sous-district de Matlab. Pendant près de quatre décennies, des programmes en Amérique latine, en Asie et en Afrique ont constamment montré que la distribution d'injectables par les ASC peut être un moyen extrêmement sûr et efficace de fournir des services de planification familiale. Les résultats de la recherche et les preuves programmatiques démontrent à maintes reprises que les ASC formés peuvent :

- Faire des injections en toute sécurité, en utilisant des techniques appropriées pour prévenir l'infection
- Référer les clientes à une clinique
- Maintenir leurs approvisionnements
- Éliminer en toute sécurité des aiguilles et des seringues
- Conseiller leurs clientes sur les effets secondaires
- Administrer des injectables régulièrement

Une note sur la terminologie

Le terme « accès communautaire aux produits injectables » (CBA2I) décrit plusieurs approches pour élargir la gamme de méthodes au niveau de la communauté dans les zones rurales et urbaines. CBA2I inclut la vente ou la distribution d'injectables dans les drugstores ou pharmacies, dans les

postes de santé, par le biais de services de sensibilisation, ou par l'intermédiaire d'ASC faisant partie d'un programme plus vaste de planification familiale à base communautaire. Ce manuel ne traite que de la distribution d'injectables par les ASC dans le cadre d'un programme de PFBC.

Le premier effort documenté de l'Afrique subsaharienne visant à élargir CBA2I a débuté dans le district de Nakasongola en Ouganda en 2004 et se poursuit aujourd'hui. Avec le changement de politique promulgué et la mise à niveau en cours, l'Ouganda, Madagascar et le Malawi ont été les premiers à adopter cette pratique et ont été les pionniers de la distribution d'injectables par les ASC sur tout le continent. À compter de 2018, 12 pays d'Afrique subsaharienne ont adopté des politiques favorables à la CBA2I, six pays ont engagé un dialogue politique et sont en cours d'élargissement, et deux autres pays ont achevé des projets pilotes ou les pilotes sont en cours.

Au moment de la rédaction de cet article, au Pakistan, FHI 360 et l'Université Aga Khan (AKU), en collaboration avec Jhpiego, USAID, et le gouvernement de la province de Sindh ont mené un essai contrôlé randomisé comparant le dépistage et le conseil du DMPA pour le compte de cadres laïques, Lady Health Workers (LHW) et leurs homologues formés sur le plan clinique, Lady Health Visitors (LHV). Les résultats préliminaires de l'étude ont révélé que les prestataires ruraux obtenaient de meilleurs résultats que leurs homologues urbains. Dans les zones urbaines, les LHW n'ont pas obtenu les meilleurs résultats. En milieu rural les performances des deux groupes étaient similaires et les cadres non professionnels semblaient surperformer les cadres supérieurs à certains égards.

Qui sont les ASC et où travaillent-ils ?

Les ASC sont des membres de confiance de la communauté formés pour fournir des services de planification familiale et des informations sur la santé en matière de reproduction dans un cadre privé et confidentiel. Les ASC sont liés aux établissements de santé communautaires, aux bureaux de santé de district et, dans certains pays, aux ministères de la Santé nationaux et aux organisations non gouvernementales (ONG).

La prestation des services et méthodes de PFBC peut prendre la forme de visites au domicile du client ou de visites à un poste de santé communautaire, un marché ou un autre lieu de réunion. Sans ces ASC, les femmes parcourent souvent de longues

distances pour se rendre au dispensaire le plus proche, ou peuvent simplement se passer de services de planification familiale. Bien que les programmes de PFBC soient traditionnellement mis en œuvre dans les zones rurales, cette approche peut également être utilisée dans les zones urbaines où l'accès est limité.

Les termes pour les ASC varient considérablement selon les pays. Les ASC peuvent être appelés volontaires de santé communautaires, agents de santé communautaires, agents de distribution à base communautaire, agents de santé de village, etc. Par souci de cohérence, seul « ASC » sera utilisé dans ce manuel.²

Au cours des 15 dernières années, la distribution de contraceptifs injectables par les agents de santé communautaires est devenue une norme de pratique mondiale avec l'aide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et d'autres organismes normatifs, basé sur des meilleures preuves disponibles. Par exemple :

- Une consultation technique à l'OMS de juin 2009 a conclu qu'il y avait suffisamment de preuves pour soutenir l'expansion des ASC fournissant la contraception injectable.³
- En 2011 et 2015, l'USAID a reconnu que la planification familiale par les agents de santé communautaires peut accroître l'utilisation de la contraception, en particulier lorsque les besoins non satisfaits sont élevés, l'accès est faible et qu'il existe des obstacles géographiques ou sociaux à l'utilisation des services. Ceci inclut la distribution par des ASC d'injectables.⁴
- Les recommandations de l'OMS sur le partage des tâches de 2012 figurant dans les lignes directrices OptimizeMNH indiquent qu'avec un suivi et une évaluation, ciblés (S & E), les ASC formés peuvent à la fois initier et réinjecter des contraceptifs injectables à l'aide d'une seringue standard.⁵
- Le résumé de la pratique 2013 de l'USAID à impact élevé détaille l'expansion de la planification familiale dans les drugstores et les pharmacies.⁶
- Les documents d'orientation de l'OMS pour 2015 et 2017 comprennent des recommandations pour le partage des tâches de planification familiale par le biais des ASC.^{7,8}



© 2016 PATH/GABE BIENCZYCKI, OFFERT PAR PHOTOSHARE

Quels sont les contraceptifs injectables ?

Les contraceptifs injectables sont très efficaces, réversibles, faciles à utiliser et privés. Les femmes qui les utilisent sont moins susceptibles d'avoir un cancer de la muqueuse de l'utérus (cancer de l'endomètre), des fibromes utérins, une anémie ou une maladie inflammatoire pelvienne symptomatique. Parmi les inconvénients, il y a un retour possible à la fécondité, soit neuf mois en moyenne après la dernière injection. Les femmes peuvent également avoir des saignements menstruels prolongés, abondants ou irréguliers, en particulier au cours des trois à six premiers mois d'utilisation. Après la première année, de nombreuses femmes développent une aménorrhée (c'est-à-dire l'absence de saignement menstruel). La prise de poids, les maux de tête et les nausées sont d'autres effets secondaires. Le DMPA, administré tous les trois mois, est le type de contraceptif injectable le plus courant. Dans certains pays, un injectable de deux mois appelé énanthate de noréthistérone (NET-EN) (également appelé Noristerat) est utilisé. Dans ce manuel, DMPA intramusculaire (DMPA-IM) désignera à la fois le DMPA et le NET-EN.

De nouvelles preuves montrent qu'une nouvelle formulation de DMPA est un changeur de jeu dans le domaine de la fourniture par les ASC de la contraception injectable. Le DMPA sous-

cutané (DMPA-SC) est une formulation qui a été développée pour être injectée dans les tissus situés juste sous la peau. Le DMPA-SC est toujours un injectable progestatif de trois mois, mais cette formulation est conditionnée dans le système de seringue Uniject™, qui est prérempli avec une dose unique et ne peut pas être réutilisé. Cette conception peut aider à surmonter les problèmes de logistique et de sécurité liés à la fourniture d'injectables, car moins de produits peuvent simplifier la gestion des stocks, réduire les déchets et simplifier la procédure d'injection pour les agents de santé non cliniques. La formulation sous-cutanée offre la même efficacité et la même durée de protection que la formulation intramusculaire, mais elle contient une dose inférieure de 30%. L'administration de DMPA-SC est également plus simple car l'aiguille est plus courte et est injectée juste sous la peau au lieu d'être plus profonde dans le muscle. Sayana Press est le nom commercial du produit DMPA-SC actuellement disponible.

De nouvelles recherches montrent que les contraceptifs auto-injectés peuvent augmenter l'utilisation continue de la contraception chez les femmes dans les environnements à faibles ressources, où la disponibilité de contraceptifs de haute qualité - et de cliniques où ils peuvent être administrés - est limitée.⁹

Caractéristique	DMPA-IM	DMPA-SC (Sayana Press)
Dose	150 mg	104 mg
Paquet	Flacon et seringue	Système d'injection pré-rempli Uniject
Type d' injection	Intramusculaire (profondément dans le muscle); Aiguille de 3,8 cm	Sous-cutané (dans le tissu adipeux sous la peau); Aiguille de 2,5 cm
Où injecter	<ul style="list-style-type: none"> • Bras (muscle deltoïde) • Hanche • Fesses 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuisse antérieure (devant de la cuisse) • Abdomen • Dos de bras
Irritation de la peau	Irritation cutanée au site d'injection peu probable	La peau peut être un peu irritée au site d'injection

Les 9 Etapes

Neuf étapes de base sont nécessaires pour mettre en place et gérer un programme communautaire de distribution de contraceptifs injectables. Ces étapes aideront les décideurs et les responsables de programme à déterminer s'ils peuvent ou non fournir le service. Il est important de reconnaître qu'un grand nombre d'elles doivent être considérées ensemble, même au début d'un projet pilote. Chaque étape est traitée en détail dans les sections restantes de ce manuel.

Etape 1

Déterminer la faisabilité et la nécessité de la distribution d'injectables par les ASC

Etape 2

Évaluer les coûts potentiels de l'ajout de contraceptifs injectables dans un programme de planification familiale à base communautaire

Etape 3

Intégrer la distribution de contraceptifs injectables par les ASC à la politique nationale de santé et aux lignes directrices pour la prestation de services

Etape 4

Mobiliser la communauté et sensibiliser au service

Etape 5

Assurer un système logistique qui prenne en charge une gestion appropriée des déchets et une distribution régulière de fournitures

Etape 6

Former les agents de santé communautaires à fournir le service

Etape 7

Mettre en place des systèmes de supervision formative

Etape 8

Documenter et partager les processus et les résultats

Etape 9

Assurer une mise à l'échelle réussie

Etape 1

Déterminer la faisabilité et la nécessité de la distribution d'injectables par les ASC



© 2014 PATH/WILL BOASE, OFFERT PAR PHOTOSHARE

Etape 1

Déterminer la faisabilité et la nécessité de la distribution d'injectables par les ASC

La distribution par les ASC de contraceptifs injectables en tant que stratégie de PFBC peut avoir le plus grand impact dans les zones où les besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont élevés et où l'utilisation de méthodes de planification familiale modernes est faible. Il est donc important de déterminer si un programme de PFBC existant convient à l'ajout de contraceptifs injectables.

En plus des conseils proposés ici, référez-vous ou utilisez le Guide d'évaluation rapide pour l'identification de site de la distribution de contraceptifs injectables par des ASC pour aider à déterminer la faisabilité et la nécessité (Rapid Assessment Guide for Site Identification of the CHW Provision of Injectable Contraception).

Évaluer la nécessité et le succès potentiel des contraceptifs injectables.

Le besoin de distribution d'injectables par les ASC dépend des besoins non satisfaits en matière de planification familiale ; demande de contraception injectable ; les femmes à distance doivent se rendre dans les établissements de santé ; charge de travail du personnel en établissement ; l'accès aux programmes de PFBC tels que les services mobiles, les drugstores et les pharmacies ; et diversité de la combinaison de méthodes actuelle. Il est important de comprendre qui votre programme doit atteindre en déterminant qui manque les services actuellement disponibles.

Des infirmières sages-femmes et des agents de santé de district voient le besoin de distribution d'injectables par les ASC

“La planification familiale nécessite beaucoup de discussions avec les clients et pourtant, je suis toujours occupée par les accouchements, les consultations prénatales, la vaccination et de nombreuses autres tâches. Les LHW [agents de santé non professionnels, ou les ASC] m'ont vraiment allégé un lourd fardeau”.

— Infirmière sage-femme,
Centre de santé Bulumbi, Ouganda

“Nous n'avons pas assez d'agents de santé pour faire des injections. Nous devons encourager les comportements de recherche de santé et leur apporter les services plutôt que de les recevoir”.

— Agent de santé de district par intérim,
Nakasongola, Ouganda

- Constituer une équipe de base. Une équipe centrale est constituée d'un petit groupe de personnes intéressées à introduire et à plaider en faveur de la distribution par des ASC d'injectables. Cette équipe pourrait appartenir à un groupe de travail existant sur la planification familiale ou la santé de la reproduction et devrait idéalement comprendre au moins un fonctionnaire du MS.¹⁰
- Utiliser les capacités et la portée des membres de l'équipe principale pour évaluer la faisabilité et la nécessité de la distribution d'injectables par des ASC.
- Le succès de l'ajout d'injectables à un programme de PFBC dépendra de plusieurs facteurs, notamment :
 - Demande des clientes pour la contraception injectable
 - Un cadre d'ASC existant qui fournit d'autres méthodes de planification familiale
 - L'expérience de partage de la tâche des travailleurs des installations avec les ASC pour d'autres services
 - Soutien au niveau gouvernemental de la pratique (voir l'Etape 3 pour plus d'information)



© 2014 JIGNESH PATEL,
OFFERT PAR PHOTOSHARE

Identifier un programme de PFBC existant qui pourrait bénéficier de l'ajout de services de contraception injectable.

Les questions ci-dessous aideront à déterminer les forces relatives d'un programme de PFBC existant pouvant prendre en charge le nouveau service. S'il n'existe aucun programme de PFBC, identifiez un programme communautaire auquel la planification familiale, y compris la distribution par les ASC de contraception injectable, peut être ajoutée. Les programmes communautaires à envisager pourraient inclure l'agriculture, l'hygiène, la nutrition ou la vaccination.

- Les ASC qui fournissent la planification familiale sont-ils bien reçus dans la communauté par les clients et les parties prenantes ?
- Ce programme aura-t-il une présence soutenue dans la région ?
- Le programme actuel de PFBC est-il efficace ? Par exemple, combien de couple-années de protection (CYP) fournit-il ?
- Les ASC sont-ils liés à un établissement de santé ? Ceci est crucial pour les rapports, la supervision, les fournitures et les renvois.
- Les superviseurs soutiennent-ils l'offre de contraception injectable par les ASC ? Leur soutien et leur engagement contribueront à la longévité et à la durabilité du programme.
- Les superviseurs techniques ou les membres du personnel d'un établissement de santé seront-ils disposés à superviser la distribution des injectables par les ASC ?

- Ont-ils les connaissances de base et les compétences nécessaires pour se renseigner sur la contraception injectable ? Le programme a-t-il réussi à tenir des registres, y compris des registres tenus par les ASC ?
- Le programme a-t-il accès à une source d'approvisionnement fiable et cohérente, telle qu'une clinique ?
- Le programme dispose-t-il d'un solide soutien logistique ?
- Le programme actuel serait-il viable si des services de contraception injectable étaient ajoutés ?

Déterminer comment les ASC sont rémunérés ou motivés pour faire le travail.

- Les ASC sont-ils volontaires ?
- Reçoivent-ils un paiement, par exemple lors de la vente de DMPA ou une allocation mensuelle ?
- Reçoivent-ils des incitations telles que des bottes de pluie, des t-shirts, des badges ou des vélos ?
- Les ASC sont-ils liés à des activités génératrices de revenus ?

Encourager et rémunérer les ASC au Bénin

Au Bénin, les ASC (appelés localement relais communautaires) sont des volontaires principalement soutenus par des ONG locales. Les ASC reçoivent des ONG un «kit de démarrage» de santé communautaire contenant un premier stock de médicaments, notamment une solution de réhydratation orale, de l'acétaminophène et des gants. Les ASC formés à la CBAZI reçoivent gratuitement cinq doses de DMPA-SC (Sayana Press) du

centre de santé local, ainsi qu'un premier approvisionnement en coton. Après cela, les ASC doivent payer 175 FCFA pour chaque dose suivante de DMPA-SC. Ils sont autorisés à vendre chaque injection aux clients pour 200 FCFA et à conserver les bénéfices. Les ASC reçoivent également une indemnité de transport de l'ONG locale pour se rendre au centre de santé pour leur visite mensuelle de supervision formative.

Déterminer si les établissements de santé locaux soutiennent l'idée de la distribution d'injectables par des ASC.

- Quelles sont les relations des ASC avec les formations sanitaires locales ? Essayez de construire sur toutes les relations existantes. Si ces relations n'existent pas, assurez-vous de contacter les établissements de santé locaux au début de la phase de planification. Insistez sur la nécessité de leur expertise et de leur supervision. Expliquez que les ASC devraient contribuer à réduire la charge de travail de certains services et qu'ils peuvent atteindre les clients qui n'ont pas accès aux installations de santé.

Pièges possibles pendant l'Etape 1.

- Négliger de constituer une équipe de base.
- L'implication insuffisante des responsables de la santé aux niveaux national, régional et local dans la détermination de la faisabilité. Le leadership du gouvernement à tous les niveaux est essentiel pour établir et maintenir le soutien d'un nouveau service.
- Ne pas enregistrer le produit dans le pays ou s'attendre à ce que le nouvel enregistrement se produise rapidement.
- Ne pas impliquer les bénéficiaires potentiels des services ASC, les chefs traditionnels ou les chefs religieux tout en déterminant la faisabilité.

Etape 2

Évaluer les coûts potentiels de l'ajout de contraceptifs injectables dans un programme de planification familiale à base communautaire



© 2016 ARVIND JODHA/UNFPA, OFFERT PAR PHOTOSHARE

Etape 2

Évaluer les coûts potentiels de l'ajout de contraceptifs injectables dans un programme de planification familiale à base communautaire

La recherche et la modélisation économique montrent que l'inclusion de la contraception injectable dans les programmes de PFBC peut être un moyen rentable d'accroître l'utilisation de la planification familiale par rapport à la disponibilité de tels services uniquement dans les établissements de santé. Près de 30 ans de données montrent que la prévalence de la contraception augmente avec chaque méthode de planification familiale supplémentaire qui devient disponible pour la plupart de la population.^{11,12} Les programmes de PFBC élargissent l'accès à une plus grande partie de la population, contribuant ainsi à cet effet.

De nouvelles recherches montrent que l'auto-injection de DMPA pourrait être un moyen prometteur pour réduire les coûts de la contraception injectable. Aucune différence majeure en termes de coûts n'a été constatée entre l'administration du DMPA-SC et celle du DMPA-IM sous le même canal de prestation de services.¹³

Pour évaluer le coût potentiel de l'ajout d'injectables à un programme de PFBC existant, il est important de se concentrer sur les coûts supplémentaires, ou "incrémentaux", que le programme supporte en raison des injectables ajoutés.¹⁴ Globalement, le coût de l'ajout de la contraception injectable à un programme de PFBC existant peut être faible si le programme existe déjà, dispose de ressources suffisantes et fonctionne efficacement.

Déterminer les coûts d'introduction de la distribution par des ASC d'injectables.

- La formation est souvent l'une des dépenses les plus lourdes associées à l'introduction de la distribution

Principaux coûts à prendre en compte

- Formation des formateurs
- Formation des ASC
- Frais de stage
- Supervision des ASC
- Gestion globale

BUDGET	
Sujet	Dollars américains \$
Participants (20)	
Hébergement	
Pension complète	3 045
Remboursement de transport	1 870
Location de locaux	350
	235
Formateurs (5)	
Hébergement	
Pension complète	1 115
Remboursement de transport	470
Frais de formateurs	470
	940
Matériel de formation	
Papeterie, photocopies	410
Savon, coton	100
DMPA, seringues, boîtes de conservation	Don
Frais de stage	
Indemnité de repas	1 400
Remboursement de transport	1 475
TOTAL	12.150

d'injectables par des ASC. Outre les coûts liés au formateur, des frais sont associés aux déplacements, aux repas, aux fournitures, au matériel, au matériel de formation et au lieu de formation. Le recours à des formateurs liés au MS peut aider à créer des liens entre les responsables locaux de la santé et le programme de PFBC.

- La durée de la formation peut varier considérablement d'un pays à l'autre et en fonction de la formation que les ASC ont achevée avant d'apprendre à fournir du DMPA. Dans la plupart des pays, les ASC se forment au DMPA en plus de toute formation préalable. Chaque programme détermine son propre temps de formation en fonction des conditions locales et des exigences du MS.
- Bien que le DMPA puisse être fourni gratuitement par le MS ou une ONG, les coûts des produits (pour la formation et la mise en œuvre) doivent être pris en compte lors de l'estimation des coûts de développement. Gardez à l'esprit que l'extension de l'offre en dehors des établissements de santé entraînera probablement un besoin de plus de produits.
- Dans un programme de PFBC disposant de ressources suffisantes, le nombre actuel de visites de supervision sera probablement suffisant. Par conséquent, la supervision lors de l'ajout d'injectables au mélange de méthodes peut entraîner des coûts supplémentaires minimes, voire nuls. Dans les nouveaux programmes, la supervision devrait être plus intensive au début (avec des visites plus longues et plus fréquentes), suivie par une phase moins intensive de supervision de routine.

Identifier les financements pour pérenniser le service.

- Le MS (seul ou en collaboration avec des partenaires) soutiendra-t-il la fourniture d'injectables dans un programme de PFBC existant ?
- Si lancé avec le soutien des ONG, existe-t-il un plan documenté pour le « transfert » à une institution gouvernementale ?
- Après la mise à l'essai de la distribution d'injectables par les ASC, d'autres organisations adopteront-elles et élargiront-elles la pratique avec leur propre financement ?

Déterminer les coûts de maintien et de développement du programme.

- Une supervision régulière est la clé d'un programme solide. Tous les programmes devraient faire l'objet de visites fréquentes de la part des superviseurs afin de s'assurer que les clientes reçoivent des services de counseling dans les meilleurs délais.
- Bien que la formation soit coûteuse, les formateurs et les ASC déjà formés n'ont peut-être besoin que d'une formation de remise à niveau lors de la mise à l'échelle initiale, ou leur formation peut être suffisante pour une année complète. Déterminez le moment où une formation de recyclage peut être nécessaire et déterminez les coûts en conséquence.



© 2016 PATH/GABE BIENCZYCKI,
OFFERT PAR PHOTOSHARE

Investir dans la planification familiale grâce à des plans de mise en œuvre chiffrés

De nombreux pays progressent vers un meilleur accès à la planification familiale grâce à l'élaboration et à la mise en œuvre de plans de mise en œuvre chiffrés (CIP). Les CIP sont des feuilles de route qui aident les pays à traduire leurs engagements et objectifs en matière de planification familiale en programmes et politiques opérationnels et budgétisés. Les CIP couvrent généralement une période de cinq ans et peuvent inclure des aspects de la planification familiale allant de la sécurité contraceptive à la mobilisation des ressources en passant par la responsabilisation et l'environnement politique. La PFBC peut être un élément important du CIP d'un pays. Par exemple, le

CIP du Sénégal a donné la priorité à la PFBC, y compris aux injectables. Il prévoyait de mener à bien une étude pilote sur le CBA2I et d'étendre la pratique à l'ensemble des 500 cases de santé fonctionnelles du pays. Le CIP du Sénégal contenait également des plans visant à renforcer le CBA2I en formant des agents de santé communautaires (c'est-à-dire deux des cadres d'ASC du Sénégal) aux pilules et aux injectables, ainsi que des coûts spécifiques pour toutes ces activités. Les autres pays qui ont mis au point des CIP sont le Bangladesh, le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Kenya, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Nigéria, le Sénégal, le Togo, la Tanzanie et la Zambie.

- Il est possible de réduire les coûts en déployant des formateurs existants dans des zones de développement plutôt que de former de nouveaux formateurs, si possible. Toutefois, si les formateurs doivent beaucoup voyager, ce coût doit être pris en compte.
- Le recours à des formateurs liés au MS peut aider à créer des liens entre les responsables locaux de la santé et le programme PFBC, améliorant ainsi la durabilité. Habituellement, les éducateurs sanitaires de district ou de province participent aux formations.
- Assurez-vous de prendre en compte toutes les modifications programmatiques apportées pendant la mise à l'échelle, tels que des changements dans la durée de la formation ou la fréquence des visites de supervision.
- Examiner les coûts d'indemnisation des ASC. Certains pays fournissent des indemnités, des salaires ou le remboursement du transport pour les déplacements réguliers dans les centres de santé, tandis que d'autres prévoient des compensations matérielles telles que l'huile de cuisson, les imperméables ou les bicyclettes. Les ASC recevront-ils une compensation monétaire ou d'autres biens matériels devant être pris en compte dans les coûts du programme ?

Pièges possibles pendant l'Etape 2.

- Supposer que le programme de santé national ou les donateurs paient les contraceptifs. Même si quelque chose est gratuit, il devrait être suivi comme une ressource pour informer de la future extension.
- Supposer que les coûts d'agrandissement sont simplement une multiplication des coûts d'introduction.
- Négliger de calculer le coût de la formation et ne pas inclure les cours de mise à niveau.

- L'absence de prise en compte des coûts liés à la gestion du programme (salaires, autres coûts de personnel).
- Hors coûts de S & E. Le S & E doit faire partie de tout projet de démonstration ou effort d'intensification (voir Etape 8 sur la documentation et le partage des processus et des résultats).
- Ne pas comprendre les coûts et activités liés à la PFBC dans le budget de planification familiale d'un pays.

Etape 3

Intégrer la distribution de contraceptifs injectables par les ASC à la politique nationale de santé et aux lignes directrices pour la prestation de services



© 2005 DAVID COLWELL, OFFERT PAR PHOTOSHARE

Etape 3

Intégrer la distribution de contraceptifs injectables par les ASC à la politique nationale de santé et aux lignes directrices pour la prestation de services

L'adhésion politique et le soutien des politiques peuvent grandement contribuer à la durabilité et au succès des programmes d'ASC. Dans la plupart des pays, aucune politique d'appui n'a été nécessaire pour lancer un programme de distribution d'injectables par les ASC. Cependant, la politique qui approuve officiellement la distribution par les ASC de la contraception injectable aide à soutenir le développement en garantissant que la pratique soit institutionnalisée au sein du système de santé. Les efforts visant à mettre à jour les politiques et à aligner d'autres directives au niveau national, telles que les directives cliniques, peuvent être réalisés parallèlement à la mise en œuvre. Un défi commun est que les pays ne mettent souvent à jour leurs politiques et autres documents clés que tous les cinq ans ou plus. Dans ces cas, des solutions provisoires telles que des additifs de politique peuvent être publiés par le ministère de la santé puis intégrés ultérieurement dans les politiques principales.

Créer un plan de plaidoyer pour augmenter le soutien à la pratique et à la modification de la politique.

- Utilisez un modèle de plaidoyer éprouvé pour documenter votre plan, notamment en identifiant les publics cibles et les décideurs influents.
- Fixez un objectif spécifique réalisable dans un délai donné, par exemple, travaillez avec le MS pour définir les étapes nécessaires pour modifier la politique ou les directives de prestation de services dans les six prochains mois.

Obtenir un soutien politique au Bénin

Au Bénin, les aides-soignantes (un cadre para-professionnel d'aides infirmières fournissant des services de sensibilisation)

étaient déjà autorisées à administrer des vaccins. Cela a permis de convaincre les décideurs qu'elles pouvaient administrer en

toute sécurité Noristerat, un contraceptif injectable par voie intramusculaire.

- Développer des activités et des messages qui traitent des préoccupations, des idées fausses et des doutes. Reconnaître que différents groupes de parties prenantes peuvent avoir des préoccupations différentes et aborder directement les points de vue uniques de ces groupes.
- Identifier des champions pour soutenir les efforts de plaidoyer. Les champions sont des personnes respectées, influentes et motivées pour stimuler le changement. Lorsqu'il y a opposition, les champions peuvent mobiliser d'autres acteurs clés.

Considérer les champions au niveau communautaire, y compris les chefs traditionnels et religieux, qui sont particulièrement influents.

- Définir une approche pour engager différentes parties prenantes. Planifiez une réunion individuelle entre un champion et un intervenant clé, faites une présentation lors d'une réunion de groupe de travail technique pertinente, tenez une discussion informelle lors d'un déjeuner, organisez une consultation technique ou organisez des visites pédagogiques pour apprendre du Sud au Sud.

Plaider en faveur d'un changement de politique pour approuver la distribution d'injectables par l'ASC.

Il est nécessaire de générer un soutien au niveau national pour influencer les modifications des directives en matière de politique de santé et de prestation de services et pour obtenir un soutien financier.

- Déterminer si la politique nationale ou les directives de prestation de services aident déjà les agents communautaires à administrer des injections de toutes sortes.
- Impliquer un large éventail de parties prenantes, y compris les responsables du ministère (en particulier ceux des départements de la santé sexuelle et reproductive, de la santé de la famille ou des services communautaires); groupes de travail techniques nationaux pertinents; écoles de formation des agents de santé; associations professionnelles de la santé en médecine, soins infirmiers et obstétriques; ONG et organisations communautaires concernées; les institutions; des donateurs; et d'autres partenaires.
- Présenter des informations sur la pratique lors de réunions de groupe de travail techniques régulières et parler individuellement aux parties prenantes. Ces forums offrent aux parties prenantes l'occasion de répondre à leurs questions avec des preuves. Préparez-vous à ces réunions en développant des points de discussion sur les avantages de la pratique, sur la manière dont elle a été utilisée avec succès dans d'autres pays et sur les preuves disponibles dans le pays.
- Soutenir les champions au niveau local (y compris les représentants de la société civile, de la communauté religieuse et des établissements de santé) pour engager les décideurs au niveau national en exprimant leur soutien et leur désir de la pratique dans leurs communautés.
- Les échanges Sud-Sud, dans lesquels des pays (ou des communautés d'un même pays) partagent des connaissances et des expériences de manière virtuelle ou lors de voyages d'étude en personne, sont particulièrement importants pour l'apprentissage par l'expérience. Ces échanges ont été déterminants pour l'adoption de la pratique. Les voyages d'étude sont plus productifs lorsqu'ils sont orientés vers l'action avec un soutien adéquat pour le suivi et la gestion du changement.
 - Au Sénégal, la participation précoce des autorités sanitaires régionales a aidé à renforcer le soutien au projet. Les coordinateurs de projet ont demandé aux

bureaux régionaux de la santé de demander l'autorisation de mener le projet pilote et d'organiser des réunions de coordination régionales avec le comité directeur national.

- Le ministère de la Santé de l'Ouganda a organisé des voyages d'étude à l'intention des délégations des pays du Kenya, du Malawi, du Nigéria et du Rwanda pour partager les enseignements tirés de cette pratique après le succès du projet pilote mené en Ouganda. Les quatre pays ont changé de politique pour soutenir la distribution de produits injectables par les ASC.
- Le projet d'accès communautaire à la contraception injectable au Malawi a débuté avec un projet pilote de 18 mois en 2008, lancé après la visite d'une équipe du Malawi à Madagascar pour comprendre comment son programme avait été mis en œuvre.
- Une délégation béninoise a été accueillie par le ministère de la Santé du Burkina Faso pour un voyage d'étude afin de partager les leçons apprises lors de l'introduction du DMPA-SC au niveau communautaire. Le voyage d'étude a fourni suffisamment de preuves au MS béninois pour piloter l'introduction du DMPA-SC dans 10 zones de santé.
- Des efforts soutenus et variés sont nécessaires pour engager et former en permanence des collègues solidaires et pour faire face à l'opposition. Soyez prêt à poursuivre votre plaidoyer au fil du temps et à vous adapter à tout changement du paysage politique (par exemple, des élections conduisant à un changement de personnel du ministère).
- Surveiller les activités de plaidoyer et savoir quels membres de l'équipe ont mené quelles activités. Notez également le taux de réussite de ces activités et tirez les enseignements des difficultés rencontrées.
- Sachez que les relations individuelles sont essentielles au succès du plaidoyer. Cultiver des rapports et des relations de collaboration avec les principales parties prenantes et être prêt à les maintenir au fil du temps.

“ Tout commence par convaincre une personne clé qui sera le catalyseur [du changement] ”.

—Ancien chef de la division de la SR, MS Ouganda



© 2012 CCP/NURHI 2, OFFERT PAR PHOTOSHARE

Aligner les autres documents d'orientation nationaux sur la distribution de produits injectables par l'ASC après la modification ou la mise à jour de la politique nationale.

Une fois que le ministère de la Santé et les parties prenantes ont accepté de soutenir la distribution d'injectables par des agents de santé communautaires, il pourrait être nécessaire de modifier des documents supplémentaires.

- **Protocoles cliniques et directives** : Assurez-vous que les directives ne contiennent pas d'obstacles médicaux à la planification familiale au niveau de la communauté. Les obstacles peuvent inclure des mesures de la tension artérielle ou des examens physiques avant la planification familiale. Ces tests ne sont pas nécessaires pour garantir la sécurité des contraceptifs injectables, et les ASC peuvent déterminer l'éligibilité médicale d'une cliente en utilisant une liste de contrôle basée sur des questions approuvée par le ministère de la Santé.¹⁵
- **Politiques de réglementation** : sachez que certaines politiques peuvent présenter des obstacles supplémentaires et nécessiter un plaidoyer pour changer. Par exemple, identifiez les restrictions possibles sur l'accès des jeunes aux services de planification familiale et décidez si une campagne de plaidoyer est nécessaire pour les modifier.

Expériences de pays avec une politique changeante

L'Ouganda a été le premier pays africain connu à expérimenter la distribution d'injectables par des agents de santé communautaires, ce qui a permis un changement de politique en 2010, soit plus de cinq ans après le projet pilote. Après le projet pilote, les responsables ont eu besoin de preuves supplémentaires de la faisabilité de cette pratique dans le secteur public. Les responsables de la mise en œuvre ont donc étendu la prestation de services à de nouveaux districts dotés de programmes de PFBC gérés par le gouvernement et en ont assuré le suivi étroit. Des années de preuves à travers le pays démontrant que la pratique était non seulement sûre mais aussi réalisable ont été utilisées par plusieurs parties prenantes à l'intérieur et à l'extérieur du MS pour

plaider avec succès pour un changement de politique. L'ancien chef de la Division de la santé en matière de reproduction du ministère de la Santé en Ouganda a déclaré : « En ce qui concerne la distribution communautaire du DMPA par la distribution communautaire, nous avons pensé que nous devons acquérir l'expérience avant de modifier la politique. Après l'avoir testé à Nakasongola, Nakaseke et Luwero, nous devrions avoir suffisamment d'expérience pour changer la politique ».

Au Nigeria, le soutien au changement de politique est intervenu après un voyage d'étude en Ouganda et un plaidoyer cohérent avec le MS. Le Sommet de Londres sur la planification familiale de 2012, qui a eu lieu à

Londres, a également contribué à la mise en place d'une politique sur la distribution d'injectables par les ASC au Nigeria, lorsque le ministre de la Santé s'est engagé à « former nos agents de santé de première ligne à la distribution d'une gamme de contraceptifs ».¹⁷

Au Kenya, un plaidoyer stratégique et intense auprès d'organisations professionnelles qui s'étaient initialement opposées à la distribution d'injectables par des ASC, telles que des associations d'infirmières et de sages-femmes, a finalement permis à ces mandants de contribuer à la campagne réussie en faveur d'un changement de politique et aux engagements pris en 2012 de renforcer la pratique.

Construire un soutien local pour la distribution de contraceptifs injectables par l'ASC

Avant le démarrage du projet pilote en Ouganda, les responsables de la santé aux niveaux national et des districts hésitaient à faire des injections par du personnel non médical. « L'idée de donner des injections aux agents de santé communautaires était considérée comme radicale. J'étais vraiment très sceptique à ce sujet », a déclaré un ancien agent de santé de district par intérim du

district de Nakasongola. « Il était difficile de voir une personne sans formation en éthique médicale ou en injections sécuritaires. Mais ensuite j'ai vu qu'il n'y avait pas de problèmes. Le fait qu'il y ait eu [des ASC] qui ont réussi à vacciner, a aidé. Laissez-nous accélérer le processus d'offre de DMPA. Il serait bon de l'étendre à toutes les régions de l'Ouganda ».

- **Programmes et matériels de formation en planification familiale** : assurez-vous que des guides de formation et des outils de travail sont disponibles pour les ASC et leurs superviseurs et qu'ils sont mis à jour pour inclure du contenu sur la contraception injectable.
- **Modèles de supervision** : assurez-vous que les directives incluent une supervision régulière pour les ASC qui fournissent une contraception injectable.
- **Plans de logistique et de gestion de la chaîne d'approvisionnement** : assurez-vous que les contraceptifs injectables atteindront le niveau de la communauté, que les ASC fourniront des données pour informer les plans et qu'un mécanisme de réapprovisionnement est en place.
- **Systèmes de tenue de registres et systèmes d'information sur la gestion de la santé (HMIS)** : assurez-vous que les formulaires de rapport destinés aux ASC sont simples et disponibles, et qu'il existe un mécanisme pour acheminer les informations au niveau de la communauté vers le HMIS plus large.
- **CIP de planification familiale** : confirmez que des fonds sont alloués à la formation et à la supervision des ASC.
- **Politiques de santé communautaires** : assurez-vous que les politiques reflètent les nouveaux services offerts par les ASC et spécifiez les critères de sélection des ASC qui fournissent des contraceptifs injectables.¹⁶

Obtenir une dérogation ou une autorisation écrite du ministère de la Santé pour la fourniture temporaire d'injectables par des agents de santé communautaire pendant l'intervalle, lorsque la politique n'a pas changé.

Le changement de politique prend du temps. Cela signifie qu'il peut y avoir un décalage entre le moment où un projet est introduit et celui où la politique est modifiée pour permettre la pratique. Cela peut poser un défi pour continuer à servir les clients qui ont reçu des services de planification familiale pendant un projet de démonstration. Les pays qui en ont fait l'expérience ont pu obtenir l'autorisation du ministère de la Santé pour continuer à fournir des services dans la zone du projet jusqu'à ce que la politique soit modifiée. L'autorisation peut être officiellement



© 2012 JOHN KIHORO/TUPANGE (JHPIEGO KENYA), OFFERT PAR PHOTOSHARE

accordée sous la forme d'une renonciation, d'un mémo, d'une circulaire, d'un addenda ou d'un document similaire. Assurez-vous que cette autorisation est communiquée aux responsables locaux de la santé et au personnel de l'établissement de santé et aux autres personnes impliquées dans la mise en œuvre afin que chacun sache qu'il peut continuer à fournir des services aux agents de santé communautaires.

Pièges possibles pendant l'Etape 3.

- Supposer que l'absence de réglementations nationales et de directives de prestation de services pour la distribution d'injectables par des ASC exclue la possibilité de démarrer ou d'étendre un programme.
- Supposer qu'un pays veuille ou doive choisir des injectables intramusculaires et sous-cutanés.
- Ne pas modifier les directives cliniques pouvant créer des obstacles à la fourniture d'injectables.
- Ne pas rédiger la politique dans un langage clair qui spécifie la gamme de services de planification familiale que les ASC peuvent fournir. Si les directives politiques indiquent simplement qu'une méthode est fournie « au niveau de la communauté » sans indiquer les cadres de prestataires capables d'administrer cette méthode, une confusion peut en résulter. Dans de nombreux pays, plusieurs prestataires travaillent au niveau de la communauté, y compris des infirmières auxiliaires, des sages-femmes et des équipes de proximité, pouvant même inclure des médecins.
- Négliger de constituer une équipe de ressources principale et d'investir dans des champions qui sont nécessaires pour renforcer la volonté politique et défendre les intérêts de longue date.

Etape 4

Mobiliser la communauté et sensibiliser au service



ALICE OLAWO, FHI 360

Etape 4

Mobiliser la communauté et sensibiliser au service

La mobilisation de la communauté et la création de la demande sont des étapes essentielles des programmes de PFBC. Ces activités permettent de tisser des liens avec les parties prenantes et les bénéficiaires locaux, d'introduire le service et les ASC formés dans les communautés, de générer une demande de services de santé et d'éduquer la communauté sur la planification familiale et les services que les ASC peuvent fournir. De telles activités garantissent également que les hommes, les dirigeants locaux et les jeunes sont impliqués dans les activités de santé dans leurs propres communautés.¹⁸ Faire participer les clients et les prestataires potentiels à la conception du programme peut être lié à la mobilisation de la communauté. Cela aide à déterminer comment offrir des services qui répondent aux besoins et aux attentes des clients. L'implication de la communauté peut conduire à de meilleurs résultats en :

- La demande croissante de la communauté en matière de planification familiale.
- Accroître l'appropriation, le soutien et la responsabilité de la mise en œuvre des activités.
- Créer un environnement favorable qui aide les gens à adopter et à maintenir de nouveaux comportements. Les personnes sont plus susceptibles de soutenir et d'améliorer les activités liées à la santé si elles contribuent activement.

Développer un plan de mobilisation de la communauté et de sensibilisation précédemment.

- Demandez l'avis des leaders d'opinion locaux et des équipes de santé de district lors de l'élaboration de votre plan.
- Utilisez une approche de communication pour le changement social et comportemental qui décrit à la fois votre public cible, tel que les jeunes et les adolescents ou les hommes, et comment vous allez les atteindre. Envisagez de vous associer à un spécialiste des communications.
- Créez un processus de suivi et d'évaluation des activités de promotion et de sensibilisation et permettez les ajustements nécessaires dans votre plan.



© 2017 LAURA WANDO/WELLSHARE INTERNATIONAL UGANDA, OFFERT PAR PHOTOSHARE

Coordonner et convoquer des réunions régulières pour engager les dirigeants locaux et mener des activités de sensibilisation de la communauté pour promouvoir le nouveau service avant, pendant et après l'introduction de CBA2I.

- Rencontrer les dirigeants locaux pour discuter des activités de sensibilisation, solliciter leurs commentaires, obtenir du soutien et de la participation. Les dirigeants locaux peuvent fournir des informations précieuses sur les obstacles potentiels à l'adoption de la planification familiale au sein de leurs communautés, qui peuvent être levées grâce à des efforts de sensibilisation.
- Les activités de sensibilisation de la communauté peuvent aller de simples rassemblements à des événements dramatiques communautaires. L'élément le plus important des activités est de s'assurer que les informations CBA2I sont présentées avec précision et adaptées aux besoins et aux coutumes de la communauté.
 - À Madagascar, les coordinateurs de projet ont convoqué des réunions de la communauté avec les maires, les chefs de village et d'autres dirigeants afin de générer un soutien pour la distribution par l'ASC de produits injectables. Les coordinateurs ont fait une présentation officielle dans les établissements de santé communautaires. Les ASC nouvellement formés ont reçu un certificat officiel du ministère de la Santé et ont été introduits dans leurs communautés par les maires, les chefs de village et les superviseurs. Le bouche à oreille parmi les clients a également contribué à générer une demande. Cette approche de l'engagement communautaire a été reproduite avec succès dans d'autres pays, notamment le Rwanda, le Kenya, l'Ouganda et la Zambie.

Sensibiliser le personnel des établissements de santé pour obtenir l'adhésion du service.

- Assurez-vous que le personnel des installations comprend la valeur de leur rôle dans le soutien des services communautaires. Ils agissent en tant que superviseurs et mentors et fournissent des soins médicaux de niveau supérieur que les ASC ne sont pas équipés pour offrir.
- Soyez prêt à répondre aux questions sur le partage des tâches. Clarifiez le fait que les ASC fournissent des services qui complètent - mais ne remplacent pas - les services fournis dans l'établissement de santé. Répondez également aux préoccupations éventuelles des ASC.
 - Au Sénégal, les coordinateurs de projet ont œuvré pour obtenir l'engagement des directeurs d'établissements de santé communautaires. Les coordinateurs de projet ont officiellement présenté le projet dans les établissements de santé communautaires et ont organisé des réunions communautaires pour présenter les ASC. Les directeurs étaient hésitants au début, mais ils sont maintenant déterminés à soutenir le projet.

Identifier et engager des champions au niveau communautaire.

- Contactez des groupes influents tels que les chefs traditionnels et religieux. Reconnaître qu'ils sont, en plus des hommes de la communauté, des gardiens et des décideurs clés. Travaillez avec eux pour promouvoir la planification familiale dans leurs communautés et assurez-vous de leur engagement à soutenir le service.
 - Dans le nord du Nigéria - une région fortement influencée par la religion - l'introduction de CBA2I a accordé une attention particulière aux leaders religieux en tant que premier et plus important groupe à être informé et sensibilisé sur le service. À leur tour, ils ont encouragé le nouveau service et ont contribué au succès du projet.¹⁹



© 2014 AKRAM ALI, OFFERT PAR PHOTOSHARE

Produire et diffuser du matériel de sensibilisation, tel que des brochures et des affiches, sur la contraception injectable.

- Pour les populations alphabètes et semi-alphabètes, des brochures (distribuées dans les établissements de santé locaux, réunions de rassemblement et autres lieux de rassemblement) et des affiches (affichées dans les établissements de santé, les bâtiments municipaux et les marchés) peuvent attirer l'attention et le soutien de la communauté en matière de planification familiale. Impliquer les membres de la communauté dans le développement de tels matériaux est essentiel.
 - En Ouganda, une éducatrice sanitaire de haut niveau a participé à l'élaboration d'un kit de plaidoyer imprimé, destiné à recueillir l'appui nécessaire à l'extension du service. Elle a déclaré : « Les parties prenantes [locales] ont participé à la création de matériel... cela a permis d'apaiser les craintes et les préoccupations. La transparence dans le développement de matériel a été utile, en particulier en impliquant les leaders de la communauté. Leur implication et leur acceptation aident les autres à rejoindre le mouvement ».

Impact de la publicité dans les médias

Les membres de la communauté en Ouganda, y compris les femmes qui utilisent Sayana Press, étaient les plus susceptibles d'annoncer avoir entendu parler du nouveau produit par des équipes de radio ou des équipes de santé de village (VHT). Comme le rapporte une jeune femme du district d'Apac : « J'ai commencé à utiliser Sayana Press après avoir entendu le message de Voice of Lango FM ... Je l'utilise

depuis neuf mois maintenant ». En même temps, les VHT ont clairement joué un rôle crucial. Un autre jeune du district de Kyegegwa a déclaré : « Les VHT ont déployé des efforts considérables pour rencontrer les membres de leurs groupes de jeunes lors de réunions et ont parfois organisé une séance individuelle pour parler de la planification familiale ».

Mobilisation et sensibilisation : le rôle des leaders communautaires

Dans le district de Luwero en Ouganda, le secrétaire local à la santé a été choisi par la communauté comme défenseur de la planification familiale et a joué un rôle déterminant dans l'intégration de CBA2I dans le district. Leader populaire et catholique, il croyait fermement à la nécessité de

limiter la taille de la famille. Selon lui, "en tant que dirigeants, nous devrions essayer d'aider notre peuple à comprendre le lien qui existe entre sa qualité de vie et la taille de sa famille, puis faire pression pour que le gouvernement et les donateurs soutiennent la planification familiale".

Si possible, lancez une campagne médiatique ou sociale.

- Les campagnes médiatiques pourraient consister en des spots radio ou télévisés annonçant la disponibilité de la contraception injectable par le biais des ASC dans la zone cible. Les campagnes sur les réseaux sociaux peuvent consister en des discussions sur Twitter ou des publicités sur Facebook informant les clients potentiels des services disponibles. Avant de lancer une telle campagne, déterminez quelle proportion de votre population cible a accès à la radio ou à la télévision, ainsi que les plateformes de médias sociaux que votre population cible utilise actuellement.
 - Des spots radio à Madagascar ont attiré des clients vers des établissements de santé communautaires, aidant les distributeurs à compléter leur formation pratique, qui comprenait l'administration de six injections.
 - Un membre du Parlement Ougandais a déclaré qu'une sensibilisation était particulièrement nécessaire concernant la participation des hommes à la planification familiale. Il a rappelé une campagne de radio nationale réussie qui encourageait les hommes à voir les avantages des familles moins nombreuses en utilisant l'humour pour comparer la vie difficile d'un homme qui n'avait pas eu recours à la planification familiale et avait eu beaucoup d'enfants, à la vie d'un autre homme qui avait une petite famille gérable.²⁰

Pièges possibles au cours de l'Etape 4.

- Négliger de générer un soutien au niveau local pour la distribution de contraception injectable par les ASC avant de lancer un programme.
- Ne pas engager votre public à élaborer des messages de plaidoyer sur mesure pour répondre à leurs besoins.
- Supposer que les dirigeants communautaires ne soutiendront pas et éviter de les engager dans des efforts de plaidoyer.
- Supposer que les hommes et les garçons ne veulent pas savoir ou être impliqués dans les discussions sur la planification familiale.
- Négliger de lancer une campagne médiatique ou de communication parallèlement à l'introduction de la pratique.

" L'étude pilote était une bonne idée... La planification familiale aide les familles à assurer l'espacement nécessaire pour que les enfants grandissent en bonne santé et puissent aller à l'école. Il est bon que les femmes puissent accéder aux services de planification familiale dans leurs villages".

—Son Altesse Royale, Chef Mphuka, Luangwa, Zambie

Etape 5

Assurer un système logistique qui prend en charge une gestion appropriée des déchets et une distribution régulière de fournitures



© 2017 MAGALI ROCHAT/VECTORWORKS, OFFERT PAR PHOTOSHARE

Etape 5

Assurer un système logistique qui prend en charge une gestion appropriée des déchets et une distribution régulière de fournitures

Un système logistique solide veille à ce que les produits contraceptifs et autres fournitures soient distribués en quantité correcte, en bon état et dans les délais. En particulier, réduire les produits de santé jusqu'au « dernier kilomètre » peut être particulièrement difficile pour de nombreux programmes de PFBC. La gestion de la chaîne d'approvisionnement est donc une priorité.

Considérations pour l'enregistrement d'une nouvelle méthode

Avec une méthode de contraception nouvelle dans la gamme de méthodes d'un pays, telle que le DMPA-SC, anticipez les activités et les investissements nécessaires pour enregistrer la méthode. Intégrez la méthode dans une chaîne d'approvisionnement au niveau national et distribuez-la via des programmes de PFBC. Des chaînes d'approvisionnement

financées par des fonds privés peuvent exister parallèlement au système de distribution national et peuvent être moins sujettes aux ruptures de stock. Elles peuvent être utiles dans certaines situations, telles que le démarrage initial ou des circonstances atténuantes, mais elles ne constituent pas une solution durable.

Identifier et cartographier un système existant qui soutiendra de manière fiable la logistique pour les ASC.

La plupart des pays a mis en place des systèmes, généralement liés au MS, qui donnent accès à des fournitures médicales.

- Travaille dans le cadre d'un système de gestion logistique des contraceptifs établi, qui intègre également la gestion des déchets, pour acheter et distribuer des contraceptifs et autres fournitures. Idéalement, le système logistique soutient déjà le programme de PFBC avec des préservatifs et des contraceptifs oraux.
- Le système logistique peut fonctionner par l'intermédiaire du MS, d'une ONG ou d'un éventail d'agences. Pour que le système fonctionne correctement, le projet devra développer une relation de collaboration entre les ASC, leurs superviseurs et le personnel des autres établissements de santé locaux.
- Si une ONG soutient un projet de démonstration ou de développement à plus grande échelle pour la distribution d'injectables par des ASC, l'objectif ultime est d'installer le projet dans le système du secteur public afin de le rendre durable. Dans l'intervalle, des fournitures peuvent être fournies temporairement par l'intermédiaire de l'ONG.

- Il est important de distinguer les résultats du programme en séparant les services communautaires des services en clinique. Pour afficher les tendances en matière d'utilisation de la méthode et de prestation de services, vous devez mettre à jour les outils de tenue de registres (registres, fiches de stock, systèmes d'information de gestion logistique, système HMIS, par exemple) pour inclure tous les injectables proposés et la catégorie de prestataire, y compris l'auto-injection, le cas échéant.

Identifier les responsables du système logistique.

- Identifier et établir des relations avec les personnes au niveau national et sur le lieu du projet qui coordonnent l'approvisionnement en produits et fournitures. Discuter de la manière dont les produits sont distribués aux établissements de santé à tous les niveaux et comment ils seront systématiquement fournis aux ASC.
 - En Ouganda, le responsable de la santé du district est responsable de la gestion logistique globale du district. Dans un établissement de santé communautaire, les officiers responsables ou le dispensaire de la maternité peuvent être chargés de distribuer des fournitures aux ASC. Les autres responsables de la logistique au niveau communautaire peuvent inclure des sages-femmes, des officiers cliniciens et des directeurs d'établissements de santé.
 - À Madagascar, les ONG aident à surveiller et à renforcer les systèmes logistiques nationaux. En cas de rupture de stock ou de problème d'approvisionnement, les ONG peuvent aider à résoudre le problème et collaborer avec le gouvernement pour mettre au point une solution plus durable.
 - Dans l'introduction du DMPA-SC au Bénin, il a fallu plusieurs mois pour clarifier et renforcer les responsabilités du réapprovisionnement des agents de santé communautaires et du suivi des habitudes de consommation. Un accord rapide ou un mandat écrit peut aider à éviter les retards.
- Sensibiliser et impliquer les responsables de la logistique aux niveaux national et local afin de prévenir et de résoudre les problèmes de logistique, tels que le transport peu fiable, les ruptures de stock et le manque de stockage, qui affectent la distribution des injectables par les ASC.
- Rassembler des personnes clés en face-à-face pour élaborer un plan d'urgence comprenant des activités visant à remédier aux ruptures de stock à court terme. Capturer le plan par écrit et partagez-le entre les parties prenantes concernées afin de parvenir à une compréhension commune.

Connecter les ASC aux établissements de santé pour obtenir des produits de base, des fournitures et des conseils sur la gestion appropriée des déchets.

En fonction des antécédents et de l'expérience du programme de PFBC existant, les ASC connaissent déjà le système de gestion logistique du gouvernement ou des ONG et le personnel des établissements de santé. Les coordinateurs de projet devront

contribuer à renforcer les relations de collaboration entre les ASC, leurs superviseurs et le personnel des établissements de santé pour une meilleure gestion de la logistique et des déchets.

- Identifier les systèmes et procédures de gestion des déchets existants ou prévoir de s'assurer qu'ils sont en place pour les ASC et leurs installations associées.
- Établissez des liens étroits avec les établissements de santé pour vous assurer que les ASC ont un approvisionnement fiable en produits de planification familiale afin d'éviter les ruptures de stock.
- Demander aux responsables de la logistique de tenir compte de la fréquence de leurs visites chez les ASC (ou inversement dans le cas où des ASC viennent chercher des fournitures) et de la quantité de produits réapprovisionnés. Assurez-vous qu'un calendrier de gestion des déchets est intégré à d'autres processus tels que les réunions de supervision ou le ramassage des fournitures.
- Tenez des discussions avec le personnel des installations lors des réunions régulières du personnel sur les fournitures et la gestion des déchets des ASC. Essayez de remédier aux faiblesses du système avant que la pratique de distribution d'injectables par des ASC ne soit étendue.
- Fournir aux ASC la formation en logistique, élimination des objets tranchants et autres problèmes liés à la gestion des déchets. Au cours de la formation, ils devront recevoir un conteneur robuste et approuvé pour les objets tranchants, des informations sur la façon de se débarrasser du conteneur pour objets tranchants et des autres déchets, ainsi que des informations sur la procédure à suivre pour demander et recevoir de nouveaux colis. Plus d'informations sur la formation des ASC sont fournies dans l'Étape 6.

Gestion des conteneurs pour objets tranchants

Lorsque le conteneur pour objets pointus est plein aux trois quarts environ, les agents de santé communautaires le rapportent à leur superviseur ou à l'établissement de santé et en récupèrent un nouveau. Le remplacement du conteneur à ce stade empêche un prestataire d'essayer de placer une aiguille

et une seringue dans un conteneur déjà plein et empêche ainsi les piqûres d'aiguille. Les réglementations locales en matière de gestion des déchets doivent être respectées pour garantir la santé et la sécurité de tous les membres de la communauté.

Obtenir des stocks suffisants de toutes les fournitures.

- Éviter les ruptures de stock avec prévision et prise en compte du contexte dans lequel travaillent les ASC. Les prévisions doivent prendre en compte des circonstances spéciales telles que les barrières de déplacement, les conditions météorologiques (par exemple, la saison des pluies), les fournitures en avance et les fournitures pour la formation et la pratique. L'achat de stock tampon (par exemple, afin que les ASC ou les clientes auto-injectées aient plusieurs mois d'approvisionnement) peut aider à éviter les ruptures de stock.

- Fournir aux ASC soit le DMPA, soit le NET-EN car les calendriers de réinjection peuvent différer. DMPA-IM et DMPA-SC peuvent être introduits en parallèle car ils ont le même programme de réinjection.
- Demander aux ASC de partager les fournitures avec d'autres ASC formés lorsque des problèmes imprévus se présentent.
- Dans les pays mettant en œuvre la distribution par des ASC d'injectables, il est de pratique courante que les ASC soumettent des rapports de service mensuels aux établissements de santé communautaires. Ceci assure des contacts réguliers avec le personnel de l'installation et permet aux ASC d'obtenir davantage de fournitures. Les membres du personnel de la clinique supervisent également les ASC.

Gestion des approvisionnements au Libéria et en Ouganda

Les distributeurs au Libéria ont commencé leur travail avec 30 doses de DMPA, 30 seringues, une petite bouteille d'alcool, 50 grammes de coton, un coffret de sécurité, des outils de contrôle, des formulaires de rapport, des aide-mémoires, un livret du guide dans lequel stocker et transporter les fournitures. En

Ouganda, les fournitures de démarrage étaient similaires, mais les ASC ont reçu un coffre en bois dans lequel stocker leurs fournitures et des bottes de pluie. Bien que la gestion gouvernementale cohérente de ces fournitures soit incertaine, ces articles ont été fournis par l'ONG qui soutient le programme CBA2I.

Assurer la soumission des commandes en temps voulu.

Le fait d'envoyer des commandes à intervalles réguliers (et de demander suffisamment de fournitures) permet d'éviter les ruptures de stock. Cela peut être difficile, car les ASC, les établissements de santé communautaires et les bureaux de santé de district doivent tous soumettre leurs demandes à temps pour que la gestion de la chaîne d'approvisionnement fonctionne correctement.

- Assurez-vous que tous les formulaires de commande incluent toutes les méthodes et fournitures pour les injections pratiques, le cas échéant.
- Suivre la distribution et estimer les futurs besoins en stocks. Cela permet de surveiller la portée des services et les modifications d'absorption et à mi-parcours des commandes de fournitures (voir Etape 7 sur l'établissement de systèmes de supervision formative et Etape 8 sur la documentation et le partage des processus et résultats).
- Tous les formulaires d'ASC pour le suivi des produits doivent être testés sur le terrain avec les ASC afin de s'assurer qu'ils sont clairs et faciles à comprendre. Si des modifications doivent être apportées pour simplifier les formulaires, demandez l'avis du personnel des établissements de santé pour vous assurer que les nouveaux formulaires fournissent toujours les informations dont ils ont besoin pour la gestion de la logistique.

- Il est courant que les ASC soumettent des rapports de service mensuels aux établissements de santé communautaires. Ceci assure des contacts réguliers avec le personnel de l'installation et permet aux ASC d'obtenir davantage de fournitures et de retourner les déchets. Les membres du personnel de la clinique supervisent également les ASC.
- Les visites de supervision régulières sont une occasion pour les coordinateurs de renforcer les concepts relatifs au système logistique et de renforcer les compétences des nouveaux prestataires de services (voir l'Etape 7 pour plus de conseils sur la supervision).

Assurer le stockage adéquat des contraceptifs injectables.

Un conteneur solide - verrouillable si possible et en métal ou en bois - protège les contraceptifs et les seringues injectables et les maintient inaccessibles aux enfants et aux animaux.

- Le DMPA doit être conservé debout, à l'abri de la lumière directe du soleil, hors de portée des enfants et des animaux, à une température ne dépassant pas 25 degrés Celsius, mais au-dessus du point de congélation. Le DMPA-IM doit être utilisé pendant sa durée de conservation de cinq ans et le DMPA-SC dans sa durée de vie de trois ans. Les sachets en aluminium DMPA-SC ne doivent être ouverts que lors de l'injection.

Pièges possibles au cours de l'Etape 5.

- Ne pas définir ou cultiver clairement les relations entre les ASC et les formations sanitaires locales en ce qui concerne l'approvisionnement en produits et la gestion des déchets.
- Échec de l'établissement d'un système (ou de l'ajout à un système existant) pour la soumission des commandes de fournitures en temps voulu, entraînant des ruptures de stock. Les ordonnances doivent être soumises par les ASC aux établissements de santé locaux, des établissements de santé locaux aux bureaux de santé de district et des bureaux de santé de district aux programmes de santé nationaux.
- Ne pas tenir compte de toutes les fournitures nécessaires à la formation des ASC, au stage et au nouveau service (coton, boîtes à objets tranchants, savon, eau, DMPA-IM, DMPA-SC, substitut de la formation pour les auto-injecteurs potentiels, préservatif rempli de sucre ou de sel).
- Supposer que les ASC seront en mesure de prévoir ou de demander des produits avant d'avoir appris à le faire pendant quelques mois.
- Ne pas avoir veillé à ce que les superviseurs communiquent régulièrement avec les ASC au sujet de la commande de stock et des pratiques de gestion appropriées.
- Consolidation des données des installations basées sur la communauté, ce qui empêcherait de suivre l'impact de chaque catégorie de prestataire.

Etape 6

Former les agents de santé communautaires à fournir le service



SIGA DIOP, FHI 360

Etape 6

Former les agents de santé communautaires à fournir le service

Le succès d'un programme de contraception injectable par les ASC dépend en grande partie de leurs connaissances et de leurs compétences. Une formation efficace garantit que les ASC possèdent les compétences nécessaires pour fournir des services de planification familiale de qualité. De nombreux projets de démonstration ont adapté le matériel de FHI 360 pour développer des formations spécifiques à chaque pays, notamment au Bénin, au Libéria, au Sénégal, en Ouganda et en Zambie. Un programme de formation et du matériel de formation des ASC, tels que des supports de travail et des listes de contrôle pour les ASC, sont à la disposition des gestionnaires de programme pour qu'ils s'adaptent. Vous trouverez un programme de formation CBA2I pour les exploitants de drugstores à l'adresse <https://www.k4health.org/toolkits/communitybasedfp/drug-shop-operators-training-materials>. Un programme d'études sur le <https://www.path.org/articles/dmpa-sc-training/> est disponible à l'adresse.

Identifiez les personnes compétentes susceptibles de fournir des services de planification familiale de haute qualité.

Il est important de disposer de critères écrits clairs pour la sélection des distributeurs qui fournissent la contraception injectable. En collaboration avec les parties prenantes, les coordinateurs de projet devraient :

- Développer des critères de sélection des ASC, y compris un moyen d'assurer une couverture géographique adéquate
- Sélectionner les prestataires CBA2I en utilisant une approche impliquant les communautés et l'équipe de gestion de la santé du district



© 2017 RICCARDO GANGALE, OFFERT PAR PHOTOSHARE

Critères de sélection des ASC : Zambie, Pakistan et Rwanda

Zambie	Pakistan	Rwanda
Réside dans sa zone de prestation	Femme	Entre 20 et 50 ans
Prêt à faire du bénévolat	Entre 18 et 50 ans	Capable de lire et d'écrire
Est un bon mobilisateur et communicateur	Réside et est recommandée par les communautés qu'elle dessert	Prêt à faire du bénévolat
Capable de lire et d'écrire en anglais et avoir terminé au moins la 9e année	Est de préférence mariée, avec enfant (s)	Considéré par ses pairs comme étant honnête, fiable et digne de confiance
A déjà été formé à la fourniture de préservatifs et de pilules contraceptives orales	Est disposée à travailler chez elle	Élu par les membres du village
Est exemplaire, honnête, digne de confiance et respecté	A un minimum de 8 ans d'éducation	
Entre 25 et 45 ans		

Identifier un programme de formation et des outils de travail pour les ASC.

- Evaluer les besoins de formation des ASC pour comprendre leurs expériences, leurs connaissances, compétences et niveaux d'alphabétisation. Ces informations guideront la sélection ou l'adaptation d'un programme d'études et vous éviteront de perdre du temps précieux à enseigner le matériel que les ASC connaissent déjà.
 - La plupart des programmes proposent un bref aperçu de la planification familiale, puis se concentrent sur les techniques d'injection sans risque et sur des informations détaillées sur la contraception injectable. Si les ASC ont besoin de plus qu'un rappel sur la planification familiale, incluez un module séparé de planification familiale dans leur formation.
 - Certains pays, comme le Malawi, introduisent simultanément le DMPA-SC par prestataire et l'auto-injection. Le DMPA-SC est en train de devenir une méthode populaire de distribution par les ASC, mais rien n'empêche les pays de promouvoir simultanément l'auto-injection de DMPA-SC (une pratique qui peut être appliquée à la fois par des services en clinique et par des services communautaires).
- Utiliser les programmes d'études et les outils de travail approuvés par les gouvernements et validés au niveau national, le cas échéant. Si ce n'est pas le cas, adaptez ensuite un programme existant avec la participation de différentes parties prenantes, y compris le MS. Les matériaux sélectionnés doivent avoir été testés sur le terrain pour garantir que les ASC auront bien compris les concepts similaires.
- Inclure du contenu sur les conseils équilibrés et le matériel connexe pour doter les ASC des connaissances et des compétences nécessaires pour conseiller toutes

les méthodes de planification familiale, même celles nécessitant une référence à un clinicien.

- Veiller à ce que la formation soit axée sur l'objectif suivant : les ASC deviennent compétents pour acquérir les compétences nécessaires plutôt que simplement pour acquérir des connaissances. Assurez-vous également que la formation est fondée sur des preuves, qu'elle reflète les critères d'admissibilité médicale les plus récents de l'OMS pour l'utilisation de la contraception et qu'elle est approuvée par le MS.
- Traduire le matériel dans la langue locale si nécessaire.

Procurez-vous le matériel de formation pertinent.

- Des aides visuelles, telles que des affiches présentant toutes les méthodes de planification familiale ; échantillons de méthodes de planification familiale ; et des calendriers, des cartes de suivi des clients et des cartes de parrainage peuvent être obtenus.
- Des outils d'aide à l'emploi permettant d'exclure une grossesse, d'initier des pilules et la contraception injectable, d'appliquer des normes de conseil et d'injections, (se trouvent à <https://www.k4health.org/toolkits/cba2i>) sont d'autres exemples de matériels de formation possibles.

Former des ASC peu alphabétisés

Au Libéria et au Sénégal, les ASC et les matrones existants ont été sélectionnés pour fournir une contraception injectable. Bien que tous les ASC répondent aux critères établis, tels que le respect de leurs communautés, quelques-uns avaient un faible niveau d'alphabétisation en lecture et en écriture. Une attention particulière a été accordée à ces ASC lors de la formation. Ils ont été aidés par d'autres ASC à mémoriser des concepts et des pratiques sur la base des instructions graphiques fournies à côté des instructions écrites. Compte tenu de leur expérience dans la prestation d'autres services de santé, ces ASC possédant des compétences de base en lecture ont pu écrire les informations de base requises, telles que les noms et les dates de retour des clients. Les formations comprenaient de nombreux jours de stage au cours desquels les ASC ont démontré leurs compétences en matière de conseil et d'injection. Certains de ces ASC faiblement alphabétisés faisaient partie des meilleurs conseillers et aidaient les formateurs en conseillant les autres ASC pendant le stage.



© 2014 PATH/WILL BOASE, OFFERT PAR PHOTOSHARE

Mobiliser les clientes intéressées à recevoir des injectables pour le stage.

- Comme indiqué dans l'Etape 4, une mobilisation efficace de la communauté et une sensibilisation aux méthodes de planification familiale augmenteront le nombre de personnes recherchant des services. Des séances pratiques doivent être organisées dans les établissements de santé afin que les ASC puissent pratiquer le conseil et administrer des injections à de vraies clientes.

Identifier et orienter des formateurs compétents.

- Les bureaux de santé locaux ou nationaux devraient être en mesure de fournir des maîtres formateurs qui mènent généralement des formations sur la planification familiale et d'autres sujets liés à la santé dans le pays. Les maîtres formateurs doivent être familiarisés avec les principes d'apprentissage des adultes et la planification familiale et doivent pouvoir enseigner aux agents de santé à distribuer des solutions injectables.
- Si une ONG mène le projet de démonstration, les formateurs et le personnel de santé du gouvernement devraient tout de même participer à la formation. L'intégration d'une nouvelle pratique telle que la distribution par les ASC de la contraception injectable à la structure existante du MS de manière modeste mais concrète jette des bases solides pour une future mise à niveau durable et crée une appropriation de la pratique.
- Fournir aux formateurs ainsi qu'aux superviseurs des ASC une orientation sur les services de sensibilisation le programme de formation, le calendrier et les rôles des ASC avant le début de la formation.
 - Discutez tôt avec les superviseurs du rôle crucial qu'ils jouent pour assurer le succès des ASC.
 - Le fait d'inclure les superviseurs et les acteurs locaux dans la formation renforce l'adhésion et renforce leur soutien à l'introduction et au renforcement de CBA2I.

Diriger la formation.

- Suivez les recommandations du MS sur la formation, ainsi que le programme que vous avez adapté ou créé.
- La durée de la formation dépend du nombre de sujets et de l'étendue des informations couvertes (voir l'encadré « Deux modèles de formation »).
- Conservez la classe de formation au minimum. Idéalement, la classe ne devrait pas dépasser 20 ASC. Une classe avec trop de participants est peu susceptible de les aider à acquérir les compétences dont ils ont besoin.
- Engagez les ASC et leurs superviseurs dans la formation afin qu'ils soient orientés et informés du programme dès le début et qu'ils soient capables de pratiquer la supervision.
- Faites appel à un groupe d'experts représentant différents points de référence pour les clientes qui choisissent une contraception réversible à longue durée d'action et des méthodes permanentes ou qui ont besoin d'un soutien pour gérer les effets secondaires.

- Inclure une formation pratique sur le conseil et les injections.
 - Les ASC joueront un rôle de conseil avec d'autres ASC qui se feront passer pour des clientes et apprendront à s'injecter en pratiquant sur un modèle d'injection ou un substitut simple, tel qu'un pain ou un préservatif rempli de sel ou de sucre. Ils auront également besoin de pratiquer avec les clientes réelles pendant le stage.
 - Les ASC doivent fournir un nombre spécifique d'injections supervisées à des personnes au cours d'une période de formation, comme approuvé par le MS. Le nombre d'injections requises est d'environ cinq pour la plupart des sessions de stage. Idéalement, la formation est dispensée dans les établissements de santé respectifs des ASC. Cette approche présente l'avantage supplémentaire de développer la relation entre les ASC et les agents de santé qui les supervisent. Si un ASC fournit déjà des injections DMPA-IM et que le programme introduit DMPA-SC, les exigences de stage peuvent être réduites.
 - Des compétences telles que l'exclusion d'une grossesse, le calcul d'une date de réinjection et l'extraction de la solution dans le flacon peuvent nécessiter une attention particulière.
 - Il convient de souligner l'importance d'un conseil approprié et complet pour le client, y compris un conseil sur les effets secondaires. En particulier, les clientes utilisant des injectables peuvent présenter des effets secondaires et sont plus susceptibles de continuer la méthode si elles sont correctement conseillées avec des informations complètes et exactes.²¹⁻²⁵



JILL PETERSON, FHI 360

Deux modèles de formation

Selon la demande des clients, il peut s'écouler entre deux et quatre semaines pour que les agents de santé terminent leur « phase de stage ». Le Bénin a commencé par une période de stage de deux semaines et l'a depuis étendue à quatre semaines. Si un ASC n'est pas certifié avec succès pendant le temps imparti, il peut jouer un rôle promotionnel dans la planification familiale

Au Kenya, une formation à la distribution par les ASC de la contraception injectable a duré trois semaines. Pendant la première semaine, la formation a eu lieu en classe, principalement pour une formation théorique. Les formateurs ont discuté de la mobilisation

de la communauté, de l'éducation sanitaire, du conseil, de la gestion logistique et de la tenue de registres. Les ASC ont pratiqué leurs techniques d'injection sur des tomates et des oranges à la fin de la première semaine et ont appris à se débarrasser correctement des aiguilles usagées. Les deuxième et troisième semaines comprenaient une formation pratique dans les établissements de santé de district sous la supervision du personnel médical. Les trois derniers jours de cette période ont été consacrés à des établissements de santé sélectionnés, plus proches de la communauté des ASC, où, sous étroite surveillance, ils fournissaient des services à leurs clients.

- Intégrez une cérémonie de remise des diplômes à votre formation et présentez les ASC à leur communauté. Cela permettra à la communauté de savoir qui sont les ASC et quels services ils fournissent. Les cérémonies de remise des diplômes contribuent également à la motivation des ASC. La reconnaissance par la communauté est un facteur de motivation majeur.²⁶

Aider les ASC à acquérir des compétences en référence et en tenue de dossiers.

- Assurez-vous que les ASC comprennent les activités de référence comprenant :
 - Faire le suivi avec les clients sur les effets secondaires et autres préoccupations
 - Orienter les clients vers le centre de santé pour des méthodes de planification familiale permanentes
 - Suivi avec les clients après référence pour des méthodes de planification familiale à action prolongée et permanente
- Assurez-vous que le personnel des installations, y compris les superviseurs, connaissent le rôle des ASC dans la référence et la conservation des enregistrements. Le fait d'inclure les superviseurs dans la formation des ASC et d'établir des liens solides entre les ASC et les installations aidera à développer des relations de travail et facilitera les processus de référence et de tenue des dossiers.
- Demander aux ASC et aux établissements de santé de se référer les clients les uns aux autres.
 - Les établissements de santé devraient orienter les clients vers les ASC lorsque ceux-ci résident trop loin pour pouvoir y accéder régulièrement ou lorsqu'ils n'ont pas le temps de fournir des méthodes de planification familiale ou de promouvoir le nouveau service.

Références basées sur la communauté : quel modèle fonctionne le mieux ?

Les preuves sur les références, en particulier au niveau communautaire, sont limitées et les détails sur la manière dont les références sont faites sont souvent absents de la littérature. Une récente revue de la littérature a cherché à synthétiser les preuves de différents modèles de renvoi pertinents pour la PFBC et à fournir des conseils en matière de programme sur les modèles les plus prometteurs. L'examen s'est concentré sur les renvois qui dirigeaient les clients des services communautaires vers les établissements, pour des services qui n'étaient pas offerts par un prestataire basé sur la communauté. Il a examiné divers types de références verbales, de références papier,

de références basées sur papier avec un mécanisme de suivi, de références facilitées et de références effectuées à l'aide de téléphones portables. La revue de la littérature a révélé que de tous les modèles, les renvois basés sur les téléphones mobiles étaient les plus prometteurs pour les programmes actuels et futurs, car ils sont polyvalents, adaptables et offrent d'autres avantages, tels que la communication de données en temps réel. Cependant, quel que soit le mécanisme de renvoi, des liens solides entre les prestataires et les établissements communautaires seront essentiels pour garantir le bon fonctionnement du système de renvoi.²⁷

Injectables à base de progestatif seul et acquisition du VIH

En 2017, l'OMS a publié des directives révisées à l'intention des femmes à risque de contracter le VIH. La recommandation est que « les injectables à base de progestatif seul (éнанthane de noréthistérone [NET-EN] et l'acétate de médroxyprogestérone à dépôt (DMPA, intramusculaire ou sous-cutané)] peuvent être utilisés par les femmes présentant un risque élevé d'infection par le VIH, car les avantages de ces méthodes dépassent généralement les avantages possibles, mais non prouvé, risque accru d'acquisition du VIH.»²⁸



© 2014 PATH/WILL BOASE, OFFERT PAR PHOTOSHARE

- Les ASC doivent orienter les clientes vers les centres de santé communautaires en cas de problème lié au site d'injection, lorsque les clientes subissent des effets secondaires ou de nouveaux problèmes pouvant nécessiter une attention médicale, ou lorsque les clientes ont besoin ou demandent une méthode de planification familiale permanente et à action prolongée les ASC ne peuvent pas fournir (par exemple, un dispositif intra-utérin).
- Tout au long de la formation, mais surtout lors des séances de pratique, insistez sur l'importance de conserver de bons dossiers et de remplir des formulaires. Les ASC doivent suivre un calendrier régulier de soumission de leurs statistiques aux chefs de projet. La tenue des registres, la documentation des processus et le partage des résultats sont abordés plus en détail dans l'Etape 8.

Formation de recyclage en Ouganda

Certains responsables en Ouganda craignaient que le programme attende trop des ASC. Le programme ougandais a décidé d'organiser des cours de remise à niveau pour maintenir les compétences des agents de santé. Ces cours de remise à niveau étaient des stages de courte durée visant à renforcer les connaissances et les compétences acquises précédemment par les ASC. La formation a fourni aux ASC de

nouvelles informations sur les méthodes de planification familiale, un forum pour partager les leçons apprises avec d'autres ASC et une source de développement professionnel. Une ASC du village de Kijanja, dans le district de Nakasongola, a déclaré qu'elle avait acquis davantage de compétences grâce à la formation de remise à niveau et que cela l'avait inspirée à poursuivre son travail.

Évaluer toutes les formations.

- Interrogez les ASC après la formation pour recueillir leurs commentaires sur les formateurs, le programme, le matériel, les pratiques d'injection et leur confiance en la distribution de contraception injectable.
- Observez les ASC lorsqu'ils administrent des injections et conseillez les clients en matière de planification familiale.
- Examinez les rapports et les registres des ASC.

Pièges possibles au cours de l'Étape 6.

- Ne pas adapter les programmes existants aux besoins spécifiques des pays, mais créer de nouveaux outils de formation.
- Avoir omis de réunir tous les documents dont les ASC ont besoin pour le stage et pour les utiliser immédiatement après la formation, y compris des outils de conseil pour la planification familiale, des formulaires de rapport, des registres de planification familiale, d'autres aides au travail, ainsi que des produits et fournitures.
- Négliger de mobiliser les clients pour les séances pratiques d'injection des ASC pendant le stage.
- En supposant que la formation initiale sera adéquate. Des formations de remise à niveau peuvent être nécessaires pour renforcer les messages clés et aider les ASC à maintenir leurs connaissances et leurs compétences. Des formations de remise à niveau peuvent être organisées de manière formelle pour des groupes d'ASC ou menées de manière informelle dans le cadre de réunions de supervision de soutien individualisées.
- Ne pas engager les superviseurs d'ASC et le bureau de santé de district dans la formation et la supervision.

“Avant le projet pilote, nous ne fournissions pas de services de planification familiale. Grâce à cette formation, j'ai pu fournir aux femmes de ma communauté des services de planification familiale, notamment des contraceptifs injectables”.

—ASC au Nigéria qui voit 15 à 20 clients par mois dans les maisons de l'État de Gombe où le projet pilote a eu lieu — une zone qui a toujours hésité à adopter la planification familiale

Etape 7

Mettre en place des systèmes de supervision formative



© 2012 KYALIE PHOTOGRAPHY, OFFERT PAR PHOTOSHARE

Etape 7

Mettre en place des systèmes de supervision formative

Une supervision efficace soutient la performance des ASC et la qualité globale de votre programme de PFBC. Lorsque la supervision est utilisée, non seulement elle surveille et aide les prestataires basés dans la communauté, mais elle leur donne également l'occasion de renforcer leurs compétences et leurs relations dans les établissements de santé locaux, de relever les défis auxquels ils peuvent être confrontés et de fournir un précieux mentorat.

Fournir une supervision formative selon un calendrier cohérent.

La supervision formative est plus qu'un simple enregistrement ou examen des statistiques de prestation de services. C'est un système de communication à double sens qui favorise le développement personnel et des normes élevées en matière de qualité de programme.²⁹

- S'assurer que les superviseurs sont formés et disponibles pour fournir une supervision formative aux agents de santé sur le terrain. Cela peut impliquer des visites régulières ou la mise à disposition de personnel au niveau du district ou du sous-district, si possible, pour assister les ASC au besoin et pour assurer des services de haute qualité.
- Former les superviseurs à l'utilisation des listes de contrôle de supervision comprenant au minimum des questions sur le conseil, les références, la technique d'injection, l'élimination des déchets et l'approvisionnement en produits de base.
- Établir un calendrier de supervision qui donnera aux superviseurs et à leurs ASC le temps et les opportunités nécessaires pour une supervision de soutien.
- Organisez des réunions régulières des ASC, des superviseurs et du personnel des établissements de santé pour discuter de la sécurité, de la qualité, de la logistique et de toute autre question pertinente. Cela est particulièrement important au cours des six premiers mois de mise en œuvre pour garantir la mise en place complète du programme.
- Viser à prévenir tout problème logistique pouvant entraver la capacité des superviseurs à rencontrer les ASC dans leurs villages, tels que le manque de moyens

Exemple de calendrier de supervision

Mensuel :

Vérifier les registres, compiler les données, discuter des défis et des méthodes de réapprovisionnement

Trimestriel :

Observer la prestation de services

Visites surprises :

Effectuer des visites inopinées sur les sites des ASC afin d'assurer un service de haute qualité

de transport ou de carburant. Les programmes peuvent envisager de fournir des vélos ou une petite allocation pour couvrir le transport dans la zone de prestation.

- Identifier les types de supervision de soutien déjà en place au sein des ONG et des bureaux de santé de district. La fourniture d'injectables à base communautaire peut-elle être facilement intégrée aux systèmes de supervision existants ?
- Organiser des réunions de supervision. Envisager des solutions créatives pour la supervision, telles que la supervision par des pairs par des ASC expérimentés ou des réunions de supervision de groupe dans des lieux tels que des lieux de rencontre dans la communauté.
 - En Zambie et au Bénin, les superviseurs sont inclus en tant que participants à une partie de la formation des ASC. Ils rencontrent les ASC et acquièrent une solide compréhension de leur rôle en tant que superviseurs. Au Bénin, les superviseurs agissent en tant que formateurs dans un modèle de formation en cascade après avoir suivi une formation de formateurs de 2 jours et demi comprenant une théorie, une pratique et des conseils sur la manière de devenir un formateur efficace.

Effectuer une évaluation sur place des ASC formés peu de temps après la fin de leur formation.

La première visite de supervision devrait avoir lieu peu de temps après que les ASC aient commencé à distribuer des contraceptifs injectables, idéalement dans les deux à quatre semaines suivant la formation. Ce calendrier garantira que les ASC fournissent à la fois des informations correctes sur la planification familiale et des injections sûres à leurs clientes.

- Les superviseurs - des bureaux de santé de district ou des ONG partenaires - devraient évaluer la performance des ASC au moins une fois par mois ou tous les trimestres, ou plus fréquemment pour les nouveaux ASC.
- Les évaluations devraient porter sur les questions suivantes :
 - Les ASC fournissent-ils aux clients des informations complètes et précises sur la planification familiale, y compris l'utilisation d'aides à l'emploi et des conseils sur toutes les méthodes, les effets secondaires potentiels et la nécessité d'une double protection contre le VIH et les IST ?
 - Les ASC utilisent-ils leurs listes de contrôle pour le dépistage de la grossesse et les utilisent-ils correctement ?
 - Les ASC déterminent-ils correctement si les clientes sont éligibles aux contraceptifs injectables ?
 - Les ASC remplissent-ils correctement les formulaires et les registres ? Ont-ils suffisamment d'exemplaires de formulaires vierges et de crayons ?
 - Les ASC utilisent-ils correctement les calendriers pour déterminer les dates de réinjection ?
 - Les ASC administrent-ils des injections ou forment-ils correctement les femmes à l'auto-injection ?

Supervision des femmes agents de santé au Pakistan

Au Pakistan, les femmes agents de santé (terme national désignant les ASC) constituent une part substantielle et importante des effectifs de santé nationaux. Comptant plus de 100 000 personnes, elles fournissent des services de santé primaires à plus de la moitié de la population rurale du Pakistan. Les agents de santé de sexe féminin sont supervisés par des superviseurs d'agents de santé de sexe féminin, qui sont du personnel des établissements de santé de la même zone résidentielle que les agents de santé de sexe féminin qu'elles supervisent. Les superviseurs supervisent généralement entre 20 et 30 agents de santé et sont responsables de l'organisation de réunions mensuelles avec les agents dans leurs zones de recrutement. Au cours de ces visites, les superviseurs élaborent un plan de travail mensuel, révisent le plan du mois précédent et remplissent une fiche d'évaluation des performances des auxiliaires de santé qu'ils visitent. Ces rapports sont ensuite soumis au district, où ils sont compilés et soumis à la province, puis au niveau fédéral.³⁰



© 2014 JIGNESH PATEL, OFFERT PAR PHOTOSHARE

Des solutions créatives aux problèmes de supervision au Kenya et au Bénin

Au Kenya, la supervision des ASC est généralement effectuée par l'infirmière responsable d'un établissement de santé local, qui effectue des visites de supervision au domicile de ces derniers. Cependant, en raison du manque de personnel, de nombreux établissements de santé ne disposent pas d'infirmière responsable. Au début de la phase d'extension du Kenya, une communauté n'avait qu'un seul membre du personnel en charge de l'installation de santé, ce qui rendait presque impossible la mise en place d'une supervision adéquate des ASC. L'équipe de coordination a envisagé de faire appel à une autre infirmière pour intervenir en tant que superviseur, mais cette solution était à la fois trop coûteuse et insoutenable. Au lieu de cela, le superviseur surchargé de travail a mis au point une solution créative dans laquelle les ASC se rendaient par paires dans l'établissement et servaient leurs clients pendant une journée. De cette façon, le superviseur pouvait surveiller le travail des ASC pendant ses heures normales de travail et ne devait pas se rendre à chacun de leurs foyers.^{31,32}



© 2016 LAURA WANDO/WELLSHARE INTERNATIONAL UGANDA, OFFERT PAR PHOTOSHARE

Au lieu d'être supervisés individuellement, les ASC au Bénin sont supervisés via des visites de groupe mensuelles au centre de santé. Il y a généralement sept ASC ou moins liés à un centre de santé particulier, de sorte que le groupe d'ASC à superviser est gérable. Les ASC rencontrent le superviseur du centre de santé (généralement une sage-femme) et le conseiller en suivi et évaluation des ONG pour évaluer la qualité des données. Ce système de supervision peut être efficace, mais il peut ne pas être réalisable avec des groupes plus importants d'ASC.



LYDIA JUMBE, CHILD FUND ZAMBIA

- Les ASC éliminent-ils les déchets de manière appropriée ?
 - Les ASC dirigent-ils leurs clients vers les établissements de santé si nécessaire (par exemple, pour les méthodes de planification familiale qui pourraient ne pas être disponibles, pour l'évaluation des effets secondaires) ?
- Des enquêtes de satisfaction des clients doivent également être incluses dans votre plan de supervision pour vous aider à identifier les lacunes dans la prestation de services et pour identifier les forces et les faiblesses du point de vue des clients. Certains pays le font tous les trimestres, et cela peut être une obligation en fonction du donateur.

Pièges possibles au cours de l'Etape7.

- Ne pas reconnaître le rôle critique des superviseurs dans un programme de PFBC performant et de grande qualité.
- Ne pas soutenir suffisamment les superviseurs avec des mandats, du temps, de la formation et des indemnités de transport leur permettant d'évaluer et de soutenir les ASC.
- Les superviseurs ne vérifient pas régulièrement la capacité des ASC à calculer la date de réinjection et à déterminer si une cliente se trouve dans la fenêtre de réinjection approuvée.
- Négliger de superviser la manière dont les ASC remplissent les formulaires.
- Négliger pour s'assurer que les ASC renseignent correctement les clients sur la disponibilité d'effets secondaires potentiels de diverses méthodes de planification familiale (pouvant entraîner la cessation).
- Développer des procédures de gestion logistique, de référence et de gestion des déchets très différentes des procédures déjà en place.

Etape 8

Documenter et partager les processus et les résultats



© 2018 DEBASISH CHAKRABORTY, OFFERT PAR PHOTOSHARE

Etape 8

Documenter et partager les processus et les résultats

Comme tous les programmes de planification familiale, les programmes dans lesquels les ASC fournissent une contraception injectable doivent être régulièrement suivis pour évaluer si les programmes sont mis en œuvre comme prévu et pour maintenir et améliorer la qualité des services. Le S & E permet aux gestionnaires de s'assurer que le programme atteint les objectifs et les résultats, et d'identifier les problèmes ou les contraintes ainsi que les conséquences imprévues. En réponse à la recommandation de l'OMS selon laquelle l'accès à la contraception injectable à base communautaire devrait bénéficier d'un «suivi et d'une évaluation ciblés», FHI 360 a développé *Guidance for Monitoring and Evaluation of Community-Based Access to Injectable Contraception* (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/guidance-injectable-contraceptives.pdf>).³³ Outre les informations fournies dans ce document d'orientation, les informations suivantes doivent être prises en compte lors de la documentation et le partage d'informations relatives à l'exécution du programme.

Un plan de suivi, d'évaluation et de diffusion est nécessaire pour guider et suivre les progrès du programme, ses succès, ses défis et les leçons importantes retenues de ces événements, et pour partager cette information avec les parties prenantes. Les leçons apprises fournissent des informations contextuelles essentielles et des réflexions importantes sur le processus de mise en œuvre qui peuvent être utilisées pour améliorer le programme et orienter les futurs efforts d'extension.

Commencez tôt et investissez.

- Commencer les efforts pour aligner tôt le S & E du programme avec le HMIS national, car cela peut être un processus long.
- Assurez-vous que le S & E est intégré à votre programme depuis le début. Allouez du temps, de l'argent et du personnel pour le suivi et l'évaluation. *Measure Evaluation* recommande qu'environ 5 à 10% du budget d'un projet soit consacré au suivi et à l'évaluation.³⁴

Avantages des indicateurs soigneusement pris en compte

Pour CBA2I, des indicateurs soigneusement étudiés peuvent aider les gestionnaires à s'assurer qu'un nombre suffisant d'ASC dûment formés disposent de tout ce dont ils ont besoin pour fournir régulièrement des services de haute qualité et utiliser leurs

compétences régulièrement. Les indicateurs peuvent également aider les gestionnaires à s'assurer que les ASC sont formés pour collecter des données précises, opportunes et fiables.

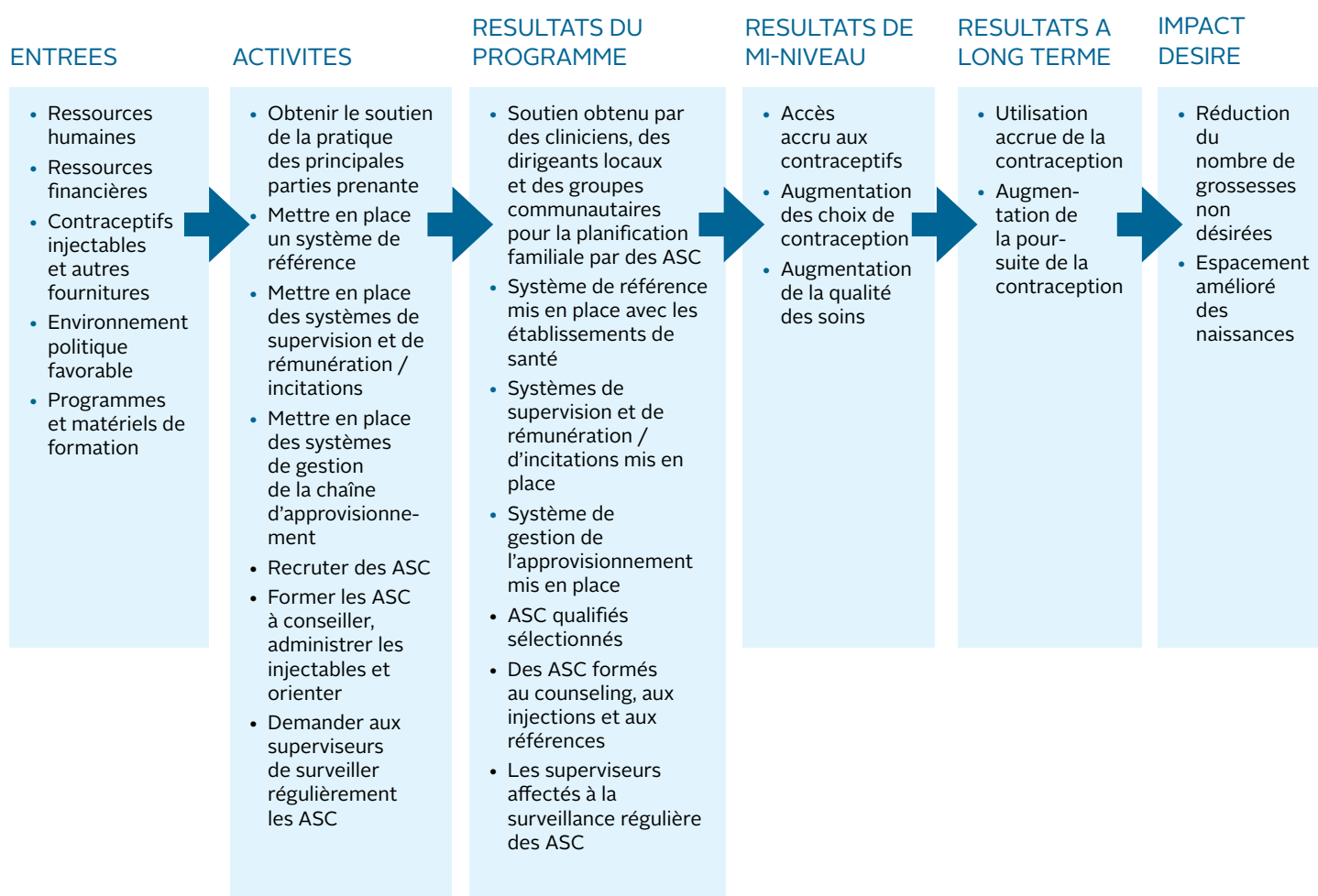
Impliquer les parties prenantes du programme dans toutes les activités de S & E dès le début.

- Les parties prenantes impliquées dans le S & E doivent inclure des responsables de la mise en œuvre tels que les superviseurs et les ASC, les donateurs, le MS ou le gouvernement. Les impliquer pour assurer une compréhension commune du programme, maximiser la participation et favoriser un sens de propriété.

Développer un modèle logique.

- Un modèle logique est parfois appelé un cadre conceptuel ou un cadre de suivi et d'évaluation. Il fournit un langage et un point de référence communs à tous ceux qui participent au succès du programme. Le modèle logique montre comment vous obtiendrez vos résultats, en fonction de vos intrants, activités et produits. Dans ce

Exemple de modèle logique pour la distribution par l'ASC d'une contraception injectable



cas, il montrera comment la distribution par des ASC d'injectables permettra de réduire les grossesses non désirées et d'améliorer l'espacement des naissances.

- Utilisez un modèle logique pour expliquer comment vous allez atteindre les buts et objectifs du programme. Commencez avec votre impact souhaité et travaillez en arrière. Une fois que vous avez déterminé l'impact et les résultats souhaités, demandez-vous quelles activités devez-vous effectuer pour atteindre ces résultats ? De quelles entrées avez-vous besoin pour effectuer ces activités ?

Sélectionner des indicateurs pour déterminer ce qui sera mesuré.

Un bon indicateur sera basé sur des données qu'il est raisonnablement possible de collecter et dont la définition est claire. En règle générale, les indicateurs doivent suivre les critères SMART : spécifiques, mesurables, réalisables, réalistes et limités dans le temps. Un exemple d'indicateur SMART est «au moins 80% des ASC formés à la fourniture d'injectables auront réussi un test post-formation avec un score d'au moins 85% à la fin de l'exercice ». Ces indicateurs vous aideront à évaluer, en unités significatives, la quantité de changement qui se produit. Ils vous aideront éventuellement à déterminer si les objectifs du programme ont été atteints. Réfléchissez bien aux informations à collecter pour bien mesurer les progrès. Chaque indicateur que vous incluez doit être essentiel à la gestion et à l'amélioration du nouveau service. Pour une liste des indicateurs recommandés, voir page 2 de *Guidance for Monitoring and Evaluation of Community-Based Access to Injectable Contraception* (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/guidance-injectable-contraceptives.pdf>).

- Les formulaires standard, les indicateurs et les processus du système national d'information sur la sécurité humaine devraient être utilisés chaque fois que possible pour répondre aux besoins des systèmes de collecte de données établis, bien que des informations supplémentaires puissent être nécessaires pour les projets de démonstration ou de développement. Si le système HMIS n'autorise pas la désagrégation par groupe de travailleurs fournissant l'injection, déterminez s'il est possible d'ajouter cette information. Connaître l'impact des agents de santé communautaires, distinct de celui des agents travaillant dans des installations, est important pour le suivi des projets et pour accroître la visibilité de la prestation d'injectables par les agents de santé en tant que stratégie importante pour aider les pays à atteindre leurs objectifs de planification familiale à long terme.
- Les indicateurs de processus permettent de déterminer si un projet de démonstration et de développement à grande échelle a été mis en œuvre comme prévu et d'aider à identifier les moyens d'améliorer le programme. Pour une définition plus détaillée des indicateurs. Les exemples d'indicateurs de processus incluent :
 - Nombre / pourcentage d'ASC certifiés pour la contraception injectable

- Nombre / pourcentage d'ASC certifiés au cours de la période de référence précédente qui ont bénéficié d'au moins une visite de supervision en personne pour avoir fourni une contraception injectable dans les [x] mois suivant la réussite du stage
- Nombre / pourcentage de villages / zones de recrutement avec un ASC certifié pour fournir une contraception injectable
- Nombre / pourcentage d'ASC signalant une rupture de stock d'injectables
- Nombre d'injections fournies
- Nombre / pourcentage d'ASC soumettant les rapports de données à temps
- Les indicateurs de résultats mesurent si un programme a atteint ses objectifs et si l'intervention a été réussie. Voici des exemples d'indicateurs de résultats :
 - Nombre de nouveaux utilisateurs de planification familiale ayant accepté un injectable des ASC pendant une période prédéterminée
 - Proportion de clientes éligibles DMPA ayant reçu au moins une réinjection de la part d'ASC au cours d'une période prédéterminée
 - Proportion de changement de CYP pour un type d'injectable (bien que pour cet indicateur, le CYP de base sera nécessaire pour comparer le CYP pour les injectables avant et après la prestation de services par les ASC sur le lieu de l'intervention)

Créer un plan pour la collecte de données.

Un plan de collecte de données peut être écrit sous forme de tableau afin que les informations puissent

- Assurer que le plan contient des informations telles que les activités de programme, les indicateurs, les sources de données, les méthodes de collecte de données, la fréquence de collecte des données, la date d'achèvement prévue et le responsable.
- Identifier les sources de données. Les sources de données peuvent inclure des statistiques mensuelles sur les services, des journaux d'inventaire des fournitures, des notes d'ASC, des listes de contrôle pour la supervision, des commentaires des dirigeants de la communauté sur leurs perceptions du programme, ainsi que des témoignages et enquêtes de clientes.
- Établir un organigramme et une chronologie pour la collecte des données. Un tableau indiquant votre plan de collecte de données, accompagné d'indicateurs, d'un calendrier et des personnes responsables de chaque activité, est un bon moyen d'organiser les activités de suivi et d'évaluation.

EXEMPLE DE PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES

Activité de programme	Indicateur	Objectif	La source de données	Fréquence de la collecte de données	Date d'achèvement prévue	Personne responsable
Former les ASC à la contraception injectable	Nombre d'ASC formés et certifiés pour fournir une contraception injectable	75 ASC agréés après la formation	Dossiers de formation	Trimestriel	Fin du deuxième trimestre de l'année 2 du projet	Responsable de la formation

Les ASC doivent collecter les informations suivantes :

- Noms et adresses des clients ou numéros d'identification des clients
- Informations sur le client (par exemple, nom, âge, adresse, profession, nombre d'enfants, nombre d'enfants souhaités, numéro de téléphone, information indiquant si le client a utilisé la planification familiale et, le cas échéant, quelle méthode)
- Dates de la première visite et des visites de suivi
- Injectables par type disponible (par exemple, NET-EN, DMPA-IM, DMPA-SC, auto-injection) :
 - Nouvel accepteur
 - Accepteur continu
 - Dates des injections
- Dates des renvois effectués et nature des renvois
- Les clients ont perdu pendant le suivi et les raisons (par exemple, arrêt de la planification familiale, changement de méthode, méthode obtenue d'un établissement de santé)
- Stock inutilisé à la fin du mois
- Tout incident à signaler, tel que des piqûres d'aiguille accidentelles ou des infections ou des abcès sur le site de l'injection

Les superviseurs doivent collecter des informations sur :

- Noms des ASC
- Zone communautaire assignée
- Nombre de clients et nombre de visites par client
- Nombre d'injections fournies
- Stock inutilisé à la fin du mois (doit être signalé par l'ASC et le superviseur)

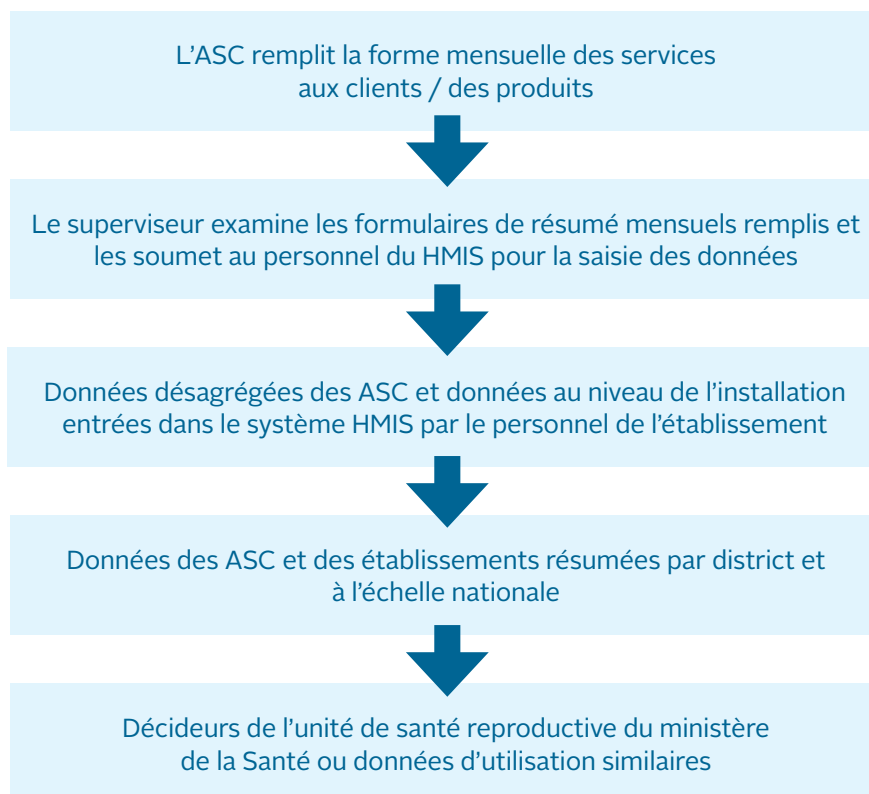


© 2006 RUSS VOGEL, OFFERT PAR PHOTOSHARE

Concevoir, distribuer et former sur des outils de collecte de données.

- Les formulaires de collecte de données utilisés par les ASC doivent être simples à comprendre et à transporter. Les points de données nécessaires doivent être inclus dans les registres tenus par les ASC. Assurez-vous de tester tous les formulaires sur le terrain avec les ASC et les autres et essayez de minimiser le fardeau de la collecte d'informations que vous imposez aux ASC.
- Former les ASC et les superviseurs à l'enregistrement des informations. Insister sur l'importance de recueillir des statistiques précises sur leur travail. Par exemple, insister sur le fait qu'une information complète peut aider à garantir un financement futur et qu'une tenue de stock précise évitera des ruptures de stock.
- Saisissez les données et synthétisez les résultats pour créer des rapports d'activité, des rapports trimestriels, des rapports annuels de projet, des notes de synthèse, des présentations et des points de discussion.
- Les données entrantes doivent être entrées dans une base de données et nettoyées pour garantir leur exactitude. Une fois les données saisies et nettoyées, elles doivent être analysées au moins une fois par trimestre. Cette analyse devrait être réalisée par une personne de l'équipe S & E.
- Déterminer quelles personnes clés de l'équipe de S & E animeront des réunions pour discuter des données avec les responsables de la supervision du programme de PFBC. Au cours de ces réunions, les résultats doivent être discutés avec les

Flux de Données Illustratif



responsables de la mise en œuvre du programme afin qu'ils comprennent les résultats et que les responsables de l'analyse et de la rédaction du rapport puissent disposer du contexte approprié autour des résultats.

- Déterminer qui dirigera la rédaction du rapport pour résumer les processus et les résultats de la nouvelle prestation de service, ainsi que tout ajustement programmatique qui aura lieu à la suite des conclusions.
- Envisager d'inclure des informations sur les contraceptifs et les fournitures associées, ainsi que des statistiques provenant des centres de santé communautaires, afin de déterminer le nombre de personnes utilisant les différentes méthodes de planification familiale. En outre, des rapports sur les voyages, les formations et les finances peuvent être inclus.
- Examiner, analyser et discuter des implications des conclusions des résultats pour le programme avec l'équipe des ressources principales. La déclaration ne consiste pas simplement à résumer des chiffres. C'est aussi un processus itératif qui nécessite une réflexion stratégique sur les implications des résultats.

Partage des résultats, échange de connaissances et d'expériences et application de support.

L'utilisation des résultats du programme est un processus progressif d'échange d'informations dans lequel l'équipe du projet influence les décideurs par le biais d'un flux continu d'informations et de la planification des actions plutôt que par un ensemble unique de résultats. Les activités de diffusion doivent être soigneusement examinées et décrites dans un plan de diffusion axé sur les besoins du public qui utilisera les connaissances.

- Identifiez les objectifs de diffusion, les publics cibles (c'est-à-dire les personnes qui utiliseront les résultats), les activités de diffusion et les produits à diffuser, tels que des résumés de collecte de données et des fiches de synthèse.³⁵ Assurez-vous de partager les résultats du programme avec la clinique locale et le personnel du programme CBA2I. Les personnes les plus proches du travail ont souvent les meilleures idées pour l'améliorer. Voir l'impact de leur travail peut également servir d'incitation pour les ASC et le personnel des établissements de santé.
- Les rapports intermédiaires sont essentiels pour informer les parties prenantes, établir des relations et créer un consensus. La diffusion des rapports intermédiaires et des mises à jour ne doit pas être considérée comme optionnelle.

Liste de contrôle pour réussir le suivi et l'évaluation S & E

Assurez-vous de disposer des documents suivants avant de commencer à suivre et à évaluer la distribution d'injectables par des ASC :

- Modèle logique
- Indicateurs et définitions
- Stratégie de diffusion

- Plan de collecte de données, y compris les outils de collecte de données

- Soumettez les données pertinentes aux établissements de santé pour inclusion dans le système HMIS, conformément au calendrier et aux formats approuvés. De petits changements, tels que permettre une désagrégation par le groupe de travailleurs fournissant l'injection, devraient également être envisagés.
- Les informations sur les programmes devraient également être partagées avec un public cible régional ou international plus large, car de nombreux autres acteurs, notamment les MS, les donateurs et les ONG internationales, s'intéressent à ces développements.

Pièges possibles pendant l'Etape 8.

- Négliger de planifier et budgétiser le suivi et l'évaluation au début du projet.
- Ne pas s'assurer que les indicateurs pertinents sont alignés sur le système HMIS national et que les données au niveau de la communauté sont saisies.
- Négliger de développer des indicateurs prédéterminés et quantifiables pour mesurer les résultats du programme.
- L'absence de formation adéquate des ASC et des superviseurs à la bonne tenue des dossiers.
- Ne pas créer de plan de diffusion permettant de partager les résultats et les leçons retenues, adapté à différents publics et incluant les parties prenantes nationales et locales.
- Ignorer les besoins et les intérêts des différentes parties prenantes et diffuser des informations sans modifier le format en fonction du public cible.

Etape 9

Assurer une mise à l'échelle réussie



© 2014 PATH/WILL BOASE, OFFERT PAR PHOTOSHARE

Etape 9

Assurer une mise à l'échelle réussie

Après une introduction réussie, l'intensification a plus de chances de réussir si elle fait partie des objectifs et des activités du projet depuis le début et lorsque les parties prenantes ont toujours été impliquées, comme indiqué dans les étapes précédentes.

Identifier et collaborer avec les partenaires de mise en œuvre, y compris le MS.

- Engager des partenaires qui pourraient être intéressés par la pratique afin de parvenir à une plus grande extension avec des fonds diversifiés. Souvent, un groupe de partenaires se lance ensemble.
- Il peut y avoir plusieurs partenaires, ou vous pouvez vous lancer dans une mise à l'échelle uniquement avec le MS. Quels que soient le type et le nombre de partenaires, considérez les questions suivantes :
 - Qui parmi les partenaires supervisera le processus de développement ? Envisagez de demander à un groupe existant (par exemple, un groupe de travail technique sur la planification familiale) ou de constituer une nouvelle équipe pour servir de comité consultatif pour le processus de développement. Définir clairement le rôle du comité et établir un mandat à convenir entre les membres.
 - Quels partenaires seront les experts techniques dans l'effort de renforcement ? Pensez à travailler avec des partenaires du projet de démonstration original qui ont maintenant une expérience en mise en œuvre et une expertise technique.



© 2006 SARA A. HOLTZ, OFFERT PAR PHOTOSHARE

Développer un plan de mise à l'échelle systématique en collaboration avec les acteurs clés.

Un plan d'élargissement qui peut être mis en œuvre systématiquement et stratégiquement à grande échelle peut aider à garantir que le programme produira l'impact escompté.³⁶

- Impliquer les parties prenantes à tous les niveaux dans l'élaboration du plan, du MS aux leaders locaux.



© 2012 MEAGAN HARRISON,
OFFERT PAR PHOTOSHARE

- Se concentrer sur les districts ou zones de recrutement avec le plus grand besoin, le plus grand soutien et l'infrastructure nécessaire.
- Préparez-vous à adapter votre modèle au fil du temps sans perdre les caractéristiques essentielles à la réussite de la mise en œuvre à grande échelle.
- Un plan d'extension doit aborder ces composants critiques :
 - Échéancier et portée de la mise à l'échelle
 - Coûts, financement et mobilisation des ressources
 - Plaidoyer et diffusion de l'information
 - Plan de suivi et d'évaluation avec indicateurs
 - Rôle du MS
 - Rôles des différents partenaires
 - Supervision
 - Formation
 - Gestion logistique
 - Critères de sélection des ASC
 - Critères permettant aux femmes de s'injecter elles-mêmes

Identifier de nouveaux champions et développer des relations avec les champions existants pour la mise à l'échelle.

La participation des parties prenantes est essentielle au succès de la mise à l'échelle. Sans le soutien de champions clés à tous les niveaux, la mise à l'échelle peut être entravée ou impossible.

- S'il n'y a pas d'adhésion des parties prenantes, formez une équipe de base engagée dotée du mandat et du temps nécessaire pour planifier et soutenir la mise à niveau et la mise en œuvre durable. Une équipe de base peut comprendre des chercheurs, des experts techniques, des gestionnaires de programme, des formateurs, des professionnels de la santé, des décideurs et des champions.³⁵
- Si une équipe de base existe déjà (reportez-vous à l'Etape 3 pour plus d'informations sur les équipes de base), ré-évaluez l'équipe pour voir si les parties prenantes concernées sont bien représentées et si le nombre de membres de l'équipe doit être élargi. Si des groupes de parties prenantes nécessaires ne sont pas actuellement représentés, éduquez-les et faites-les participer dès que possible.
- Assurez-vous que les principales parties prenantes sont impliquées ou approuvent le plan de passage à grande échelle.
- S'engager dans une diffusion continue et généralisée des résultats par le biais d'interactions formelles et informelles, de groupes de travail, de visites d'étude

CBA2I dans les plans de mise en œuvre nationaux chiffrés : Sénégal et Ouganda

Le CIP 2012-2015 du Sénégal (c'est-à-dire son plan national de planification familiale 2012-2015) comprenait un plan visant à mener à bien un projet pilote et à étendre le programme CBA2I à l'ensemble des 500 cases de santé fonctionnelles du pays. Le plan comprenait la formation et la supervision de différents types d'ASC, ainsi que les coûts spécifiques liés à ces activités.³⁷

Le CIP 2015-2020 de planification familiale en Ouganda est un plan d'action pluriannuel qui décrit les stratégies et les ressources nécessaires pour atteindre et suivre les objectifs du pays en matière de planification familiale.³⁸ Les districts ont été aidés à créer des plans d'action CIP au niveau

des districts afin de spécifier comment ils répondront aux priorités nationales en matière de CIP. Un manuel des meilleures pratiques des processus de district sera un produit destiné à être utilisé par d'autres partenaires de prestation de services dans le cadre du déploiement sous-national du CIP.



La prise en charge par les politiques de la contraception injectable par l'ASC est idéale, mais pas une condition préalable, pour l'intensification

- Le processus de changement de politique de chaque pays est unique, mais un plaidoyer stratégique est presque toujours nécessaire pour un changement de politique et un soutien durable.
- Etant donné que le changement de politique peut prendre plusieurs années, il peut être possible de trouver des alternatives, telles que des additifs de politique, pour mettre en œuvre et renforcer la distribution d'injectables par les ASC afin que la prestation de services puisse continuer pendant la poursuite de la modification.
 - L'expansion de la distribution d'injectables par des ASC à Madagascar et en Zambie offre des exemples contrastés de changement de politique et de mise à l'échelle.
 - En 2006, Madagascar est devenu le premier pays d'Afrique subsaharienne à modifier officiellement sa politique afin de permettre aux ASC de fournir une contraception injectable.³²
 - En Zambie, le processus de changement formel de la politique est toujours en cours, plus de sept ans après la conclusion de l'étude pilote. Cependant, la Zambie a réussi à entamer son développement au niveau national grâce à l'autorisation du Ministère de la santé sous la forme d'une lettre d'autorisation (connue sous le nom de « dérogation ») émise en 2016. Depuis 2016, le ministère de la Santé de Zambie a délivré des autorisations supplémentaires pour permettre aux agents de santé d'administrer le DMPA-SC.

et de réunions nationales afin de former à la fois des champions et l'élan nécessaire pour poursuivre la mise à l'échelle.

- Les champions du projet de démonstration devraient plaider en faveur de l'extension avec de nouveaux intervenants, donateurs et potentiels implémenteurs.

Sécuriser les ressources financières pour les activités de mise à l'échelle.

Comme expliqué dans l'Etape 2, la collecte de données sur les coûts au cours de la phase d'introduction vous aidera à estimer le coût de la mise à l'échelle.

- Faites participer le MS, les donateurs et les autres fournisseurs de ressources à un stade précoce et tenez-les informés de l'évolution du programme afin qu'ils puissent fournir des informations à jour lorsqu'ils parlent avec d'autres parties prenantes.
- Soyez au courant des cycles de financement des donateurs et des gouvernements et travaillez-y si vous avez besoin de fonds supplémentaires. Par exemple, vous pouvez demander aux missions ou aux donateurs d'inclure la fourniture d'injectables par les ASC dans leurs propositions, demandes d'assistance ou ordres de travail, et vous pouvez également inclure la PFBC dans les CIP le cas échéant.
- Plaider auprès du MS pour inclure la PFBC dans le poste budgétaire de la planification familiale. Ceci est important pour la durabilité, pour l'appropriation et pour ajouter de la crédibilité au nouveau service.
- Prenez en compte les coûts qui n'ont peut-être pas été appliqués lors de la phase d'introduction. Ces coûts peuvent inclure une compensation financière ou en nature pour les ASC, des coûts supplémentaires pour l'élaboration de politiques ou de lignes directrices, ou des produits supplémentaires nécessaires en raison de la disponibilité accrue de la planification familiale.

Le S & E est nécessaire pour réussir l'extension.

- Le plan de suivi et d'évaluation pour l'extension peut être basé sur le plan de suivi et d'évaluation du projet de démonstration, mais doit être réexaminé et modifié pour s'assurer qu'il est aligné sur les objectifs de la mise à l'échelle. Des modifications peuvent également être apportées si les parties prenantes souhaitent obtenir de nouvelles données non collectées au cours du projet de démonstration.
- Les résultats des activités d'intensification doivent être mesurés afin de démontrer l'efficacité ou d'apporter des modifications à mi-parcours.

Pièges possibles au cours de l'Etape 9.

- Supposer que la mise à l'échelle nécessite un changement de politique formel.
- Supposer que l'auto-injection ne peut pas être introduite et mise à l'échelle parallèlement au DMPA-SC. Étant donné les bases factuelles solides sur le DMPA-SC et l'auto-injection, de nouvelles recherches ne sont généralement pas nécessaires.
- Engager les parties prenantes critiques uniquement à la fin du programme, plutôt que tout au long.
- Ne pas désigner un groupe d'individus (c'est-à-dire une équipe centrale) chargés de guider l'extension.
- Ne pas clarifier les rôles et les responsabilités des partenaires impliqués dans la reproduction à plus grande échelle, y compris le MS, les donateurs, les responsables de la santé de district, le personnel des installations et les organisations chargées de la mise en œuvre.
- Supposer qu'il soit nécessaire d'étendre la distribution de contraceptifs injectables par les agents de santé communautaires à toutes les régions du pays. Les régions disposant d'un vaste réseau d'établissements de santé peuvent ne pas avoir le même besoin de prestation de services à base communautaire que d'autres régions.

Références

1. Jensen N. The health worker crisis: An analysis of the issues and main international responses. London (UK): Health Poverty Action; 2013; Health Poverty Action. Disponible à l'adresse : <https://www.healthpovertyaction.org/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Health-worker-crisis-web.pdf>
2. Global Health Learning Center [Internet]. Community Based Family Planning Course, Glossary Terms. FHI 360; 2017 Jan. Disponible à l'adresse : <https://www.globalhealthlearning.org/course--glossary/169481/terms>
3. Stanback J, Spieler J, Shah I, Finger WR. Community-based health workers can safely and effectively administer injectable contraceptives: conclusions from a technical consultation. *Contraception*. 2010;81(3): 181–4. doi: 10.1016/j.contraception.2009.10.006. PubMed ID: 20159172. Disponible à l'adresse : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782409004521?via%3Dihub>
4. High-Impact Practices in Family Planning (HIPs). Community health workers: bringing family planning services to where people live and work. Washington (DC): USAID; 2015. Disponible à l'adresse : <http://www.fphighimpactpractices.org/briefs/community-health-workers>
5. World Health Organization (WHO). WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva, Switzerland: WHO; 2012. Disponible à l'adresse : <http://www.optimizemnh.org/>
6. High-Impact Practices in Family Planning (HIP). Drug shops and pharmacies: Sources for family planning commodities and information. Washington (DC): USAID; 2013 Jun. Disponible à l'adresse : https://www.fphighimpactpractices.org/wp-content/uploads/2017/07/Presentation_Drug-shops-and-pharmacies-webinar-July-12-2017.pdf
7. World Health Organization. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception. Geneva (Switzerland): 2015 Jul. Disponible à l'adresse : https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion-task-shifting/en/
8. World Health Organization. Summary brief: Task sharing to improve access to family planning/contraception. Geneva (Switzerland): 2017. Disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259633/WHO-RHR-17.20-eng.pdf;jsessionid=3DE68D7267D38B84DBA34FBED759CEB7?sequence=1>
9. Burke H, Chen M, Buluzi M, Fuchs R, Wevill S, Venkatasubramanian L, et al. Effect of self-administration versus provider-administered injection of subcutaneous depot medroxyprogesterone acetate on continuation rates in Malawi: a randomised controlled trial. *Lancet Glob Health*. 2018 Mar;6(5): e568-e578. Disponible à l'adresse : [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(18\)30061-5/fulltext?elsca1=tlxpr](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30061-5/fulltext?elsca1=tlxpr)
10. Advancing Partners & Communities. Key actions for CBA2I advocacy. 2014 Jul. Disponible à l'adresse : https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/seven_advocacy_package_french_web_tagged_0.pdf
11. Ross J, Stover J. Use of modern contraception increases when more methods become available: Analysis

- of evidence from 1982–2009. *Glob Health Sci Pract.* 2013;1(2): 203–212. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4168565/>
12. Askew I, Brady M. Reviewing the evidence and identifying gaps in family planning research: The unfinished agenda to meet FP2020 goals, background document for the Family Planning Research Donor Meeting. Washington (DC): Population Council; 2012 Dec.
 13. Di Giorgio L, Mvundura M, Tumusiime J, Namagembe A, Ba A, Belemsaga-Yugbare D, et al. Costs of administering injectable contraceptives through health workers and self-injection: evidence from Burkina Faso, Uganda, and Senegal. *Contraception.* 2018;pii S0010-7824(18)30194-X. doi: 10.1016/j.contraception.2018.05.018 [Epub ahead of print]. PubMed ID: 29859148. Disponible à l'adresse : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001078241830194X?via%3Dihub>
 14. Chin-Quee D, Bratt J, Malkin M, Mwale Nduna M, Otterness C, Jumbe Lydia, et al. Building on safety, feasibility, and acceptability: the impact and cost of community health worker provision of injectable contraception. *Glob Health Sci Pract.* 2013;1(3):316–327. doi: 10.9745/GHSP-D-13-00025. PubMed ID: 25276547; PubMed Central ID: 4168589. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4168589/>
 15. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR), and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), INFO Project. Family planning: A global handbook for providers. Baltimore and Geneva: CCP and WHO; 2018. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fp-global-handbook/en/>
 16. Advancing Partners & Communities. Guidance for integrating the provision of injectable contraceptives by community health workers into family planning/sexual and reproductive health policy. 2014 Mar. Disponible à l'adresse : <https://www.k4health.org/toolkits/cba2i/guidance-integrating-provision-injectable-contraceptives-community-health-workers-family>
 17. Pate, MA. Nigeria's announcement at the London summit on family planning. Speech given at: London Summit on Family Planning. London (UK): Bill and Melinda Gates Foundation; 2012. Disponible à l'adresse : http://www.youtube.com/watch?v=C_89gHYfrsU&feature=plcp
 18. Knowledge for Health [Internet]. Community mobilization toolkit. Disponible à l'adresse : <https://www.k4health.org/toolkits/cba2i/community-mobilization-cbfp-toolkit>
 19. FHI 360. The effectiveness of community-based access to injectable contraceptives in Nigeria: A technical report. Durham (NC): Family Health International; 2010 May. Sponsored by USAID. Disponible à l'adresse : <https://www.k4health.org/toolkits/communitybasedfp/effectiveness-community-based-access-injectable-contraceptives-nigeria>
 20. East Central and Southern African Health Community. Expanding Access to family planning services at the community level: Uganda assessment. Uganda: 2011 Nov. Sponsored by USAID. Disponible à l'adresse : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PAOOJ351.pdf

21. Hubacher D, Goco N, Gonzalez B, Taylor D. Factors affecting continuation rates of DMPA. *Contraception*. 1999;60(6):345-51. doi:10.1016/S0010-7824(99)00104-3. PubMed PMID: 10715369. Disponible à l'adresse : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782499001043?via%3Dihub>
22. Chhabra HK, Mohanty IR, Mohanty NC, Thamke P, Deshmukh YA. Impact of structured counseling on choice of contraceptive method among postpartum women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India*. 2016;66(6):471-479. doi:10.1007/s13224-015-0721-x. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5080220/>
23. Patron MC, Palabrica-Costello M. Knowledge, attitudes and practice of the DMPA injectable contraceptive: data from focus group discussions. Philippines. Final report. Manila (Philippines): Population Council, Asia and Near East Operations Research and Technical Assistance Project. 1995;28:5.
24. Population Council, Asia and Near East Operations Research and Technical Assistance Project, Family Planning Operations Research and Training Program. Focus on the Philippine DMPA reintroduction program: continuing users vs. drop-outs. *Population Council Research News: Asia and Near East Operations Research and Technical Assistance Project*. 1996;(7):1-2.
25. Lei ZW, Wu SC, Garceau RJ, Jiang S, Yang QZ, Wang WL, et al. Effect of pretreatment counseling on discontinuation rates in Chinese women given depo-medroxyprogesterone acetate for contraception. *Contraception*. 1996;53(6):357-61. PubMed PMID: 8773423. Disponible à l'adresse : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782496000856?via%3Dihub>
26. Brunie A, Wamala-Mucheri P, Otterness C, Akol A, Bufumbo L, et al. Keeping community health workers in Uganda motivated: key challenges, facilitators, and preferred program inputs. *Glob Health Sci Pract*. 2014;2 (1):103–16. doi: 10.9745/GHSP-D-13-00140. PubMed PMID: 25276566; PubMed Central PMCID: PMC4168609. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4168609/>
27. Lebetkin, E. Situation analysis of community-based referrals for family planning: A review of the evidence and recommendations for future research and programs. Arlington (VA): Advancing Partners & Communities; 2015. Disponible à l'adresse : https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/sites/default/files/resources/apc_situation_analysis_fp_july-2015.pdf
28. World Health Organization. Can women who are at high risk of acquiring HIV, safely use hormonal contraception? [Internet]. Geneva (Switzerland): WHO; 2017 Mar 2. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/hormonal-contraception-hiv/en/
29. USAID | DELIVER PROJECT, Task Order 1. Supervision and on-the-Job training for supply chain management at the health facility. Arlington (VA): USAID | DELIVER PROJECT; 2007 (Rev. 2011). Disponible à l'adresse : https://www.jsi.com/JSIInternet/Inc/Common/download_pub.cfm?id=15572&lid=3
30. Knowledge for Health (K4Health) [Internet]. Pakistan's lady health workers program; 2013, Sept 26.

31. Dreisbach, C. Beyond the pilot: scaling up community-based access to injectables. Presentation given at: Global Health Council; 2010 Jun 15; Washington, DC.
32. Hoke T, Brunie A, Krueger K, Dreisbach C, Akol A, Lovaniaina-Rabenja N, et al. Community-based distribution of injectable contraceptives: introduction strategies in four Sub-Saharan African countries. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2012;38(4):214-219. Disponible à l'adresse : <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/3821412.pdf>
33. FHI 360. Guidance for monitoring and evaluation of community-based access to injectable contraception. Durham (NC): FHI 360; 2018. Sponsored by the Pfizer Foundation. Disponible à l'adresse : <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/guidance-injectable-contraceptives.pdf>
34. Frankel N, Gage A. M&E fundamentals: A self-guided minicourse. Chapel Hill (NC): Measure Evaluation; 2007 (Rev. 2016). Report no.: MS-07-20. Sponsored by USAID. Disponible à l'adresse : <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-07-20-en>
35. Canoutas E, Hart L, Zan T. Eight strategies for research to practice. Durham (NC): FHI 360; 2012 Sept. Disponible à l'adresse : <https://www.fhi360.org/resource/eight-strategies-research-practice>
36. World Health Organization (WHO). Nine steps for developing a scale-up strategy. Geneva (Switzerland): WHO; 2011. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/immunization/hpv/deliver/nine_steps_for_developing_a_scalingup_strategy_who_2010.pdf
37. Plan d'action national de planification familiale. Sénégal: Ministère de la Santé et de L'Action Sociale; 2016. Disponible à l'adresse : http://ec2-54-210-230-186.compute-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/2014/02/SENEGAL_National_Family_Planning_Plan.pdf
38. Uganda family planning costed implementation plan, 2015-2020. Kampala (Uganda): Ministry of Health, Uganda; 2014 Nov. Disponible à l'adresse : https://www.healthpolicyproject.com/ns/docs/CIP_Uganda.pdf

