

## Mise au point sur les implants contraceptifs

Dans les pays en développement, le risque de grossesses non souhaitées et d'infections sexuellement transmissibles (IST), dont l'infection par le VIH, est élevé chez les femmes en âge de procréer. À l'échelon mondial, on estime que 86 millions de grossesses sont non souhaitées : 41 millions aboutissent à un avortement, 33 millions à une naissance non planifiée et 11 millions à une fausse couche (Singh, Sedgh, & Hussain, 2010). Les implants contraceptifs sont des contraceptifs progestatifs sûrs, très efficaces et à longue durée d'action, qui requièrent peu de surveillance après leur insertion et préviennent les grossesses pendant une période prolongée. Malgré tout, ils restent sous-utilisés en planification familiale et ont été considérés par la Commission sur les produits d'urgence pour les femmes et les enfants (Commission on Life-Shaving Commodities for Women's and Children's Health des Nations Unies) comme l'un des 13 produits qui, s'ils étaient plus largement accessibles et mieux utilisés, pourraient sauver la vie de plus de six millions de femmes et d'enfants dans le monde.

Les principales données probantes actuelles ont été analysées et synthétisées, afin de comprendre les moteurs sociaux et comportementaux de la demande et de l'utilisation des implants, d'examiner les pratiques efficaces de mise en place de programmes de création de demande et d'informer sur les programmations à venir. L'examen des données probantes a permis d'identifier 15 documents liés à la création de demande d'implants contraceptifs et qui répondaient aux critères d'inclusion, parmi lesquels des études menées en Afrique (12), en Asie (2) et un article général.

### Moteur sociaux et comportementaux

L'efficacité à long terme est ressortie comme le principal avantage de l'utilisation de l'implant contraceptif perçu par les utilisatrices finales. Le principal obstacle à la demande d'implant contraceptif était la crainte : d'une éventuelle insertion douloureuse de l'implant et/ou d'effets secondaires, de conséquences comme l'interruption d'une grossesse, l'infertilité, le cancer, la perte ou la prise de poids. Les autres obstacles étaient d'ordre religieux ou culturel (Eke & Alabi-Isama, 2011).

Peu d'éléments ont été retrouvés sur les moteurs sociaux et comportementaux parmi les prestataires. Au Bangladesh, le projet SHOPS a identifié un faible niveau de connaissances et de formation sur les politiques,

une mauvaise perception des contraceptifs réversibles de longue durée d'action (CRLDA), y compris les implants, et mettait l'accent sur la perception erronée de l'approbation des maris, comme les principaux obstacles parmi les prestataires de soins du secteur privé (SHOPS & Abt, 2012). Pour les femmes qui fréquentaient les centres médicaux publics en Zambie, les obstacles à l'utilisation de CRLDA étaient principalement liés aux prestataires de soins, à leurs préjugés et aux problèmes d'approvisionnement en produits (Neukom et al., 2011).

### Interventions pour générer de la demande

L'intégration de services était une stratégie adoptée par plusieurs interventions axées sur les conseils concernant les CRLDA et sur la mise à disposition de produits pour accroître leur utilisation. Au Rwanda et en Zambie, l'intégration de services de tests de dépistage du VIH pour les couples, de conseils en planification familiale, et la mise à disposition de CRLDA ont favorisé l'adoption de cette méthode contraceptive par les couples sérodiscordants (Khu et al., 2012). En Zambie, la fourniture de CRLDA était intégrée aux services de santé maternelle et infantile afin de promouvoir son utilisation, et grâce à cette mesure, un nombre substantiel de femmes ont commencé à utiliser les implants contraceptifs lorsqu'ils ont été plus disponibles (Neukom et al., 2011).



L'éducation en matière de santé par le biais des médias, de documentations et d'autres matériels a été utilisée au Sierra Leone pour susciter l'intérêt pour les implants contraceptifs et sensibiliser la population sur ses avantages (MSI, 2010). L'évaluation du programme a montré que la sensibilisation sur cette méthode de contraception avait porté ses fruits, car les clients étaient capables de demander le produit par son nom.

La délégation des tâches aux agents de santé communautaires s'est également révélée être une stratégie efficace. En Éthiopie, les agents sanitaires et les agents de santé reproductive communautaires ont développé l'accès au conseil sur l'implant et aux services d'insertion. Ils ont jugé que la mise à disposition d'implants au niveau communautaire était efficace pour toucher les femmes les plus nécessiteuses (Pathfinder Ethiopia, 2012). En outre, les projets ont permis de montrer que pour améliorer l'accès aux services et leur qualité, les programmes doivent prévoir plus d'éducation des utilisatrices finales et des prestataires de soins au niveau communautaire.

## Conclusions et recommandations

Grâce à la diminution récente du coût de Jadelle® et d'Implanon®, le potentiel d'augmentation de la demande d'implants est élevé. Cependant, les faibles compétences des prestataires de soins en matière de conseil, le manque d'informations et la crainte d'effets secondaires vont probablement représenter des freins à l'utilisation de ce produit. Les recommandations pour lever ces obstacles sont les suivantes :

(1) mieux faire connaître les avantages et les effets secondaires aux consommateurs des services de santé ; (2) accroître la délégation des tâches et le personnel dédié aux implants ; (3) s'assurer que la formation des prestataires sur l'insertion des implants inclut l'acquisition de compétences en conseil sur les implants et s'appuie sur la mise à disposition d'auxiliaires de santé clairement identifiés.

Pour lire le rapport complet, visitez le site <http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/evidence-synthesis/> (en anglais).

Pour accéder aux outils et aux ressources sur la création de demande de produits d'urgence, visitez le site <http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/> (en anglais).

## Références

- Asnake, M., Henry, E. G., Tilahun, Y., & Oliveras, E. (2012). Addressing unmet need for long acting family planning in Ethiopia: Uptake of implanon and characteristics of users. Pathfinder International Research and Evaluation Working Paper Series. Watertown, MA: Pathfinder International.
- Eke, A. C., & Alabi-Isama, L. (2011). Long-acting reversible contraception (LARC) use among adolescent females in secondary institutions in Nnewi, Nigeria. *Journal of Obstetrics & Gynecology*, 31(2), 164-168.
- Khu, N. H., Vwalika, B., Karita, E., Kilembe, W., Bayingana, R. A., Sitrin, D., et al. (2013). Fertility goal-based counseling increases contraceptive implant and IUD use in HIV-discordant couples in Rwanda and Zambia. *Contraception*, 88(1), 74-82.
- Marie Stopes International (MSI). (2010). Introducing the contraceptive sino implant II (Zarin) in Sierra Leone. Freetown, Sierra Leone: Marie Stopes International.
- Neukom, J., Chilambwe, J., Mkandawire, J., Mbewe, R. K., & Hubacher, D. (2011). Dedicated providers of long-acting reversible contraception: New approach in Zambia. *Contraception*, 83(5), 447-452.
- Singh, S., Sedgh, G., & Hussain, R. (2010). Unintended pregnancy: Worldwide levels, trends and outcomes. *Studies in Family Planning*, 41(4), 241-250.
- Strengthening Health Outcomes through the Private Sector (SHOPs), & Abt Associates. (2012). Assessment of private providers' knowledge, attitudes and practices related to long-acting and permanent methods of contraception in Bangladesh. Bethesda, MD: Abt Associates.