

PERTE OSSEUSE RÉVERSIBLE APRÈS MÉTHODE INJECTABLE

Selon une étude menée parmi les clientes noires et de race mixte de 18 à 44 ans d'une clinique de Cape Town (Afrique du Sud) entre septembre 2002 et septembre 2005,¹ la perte osseuse des femmes qui utilisent les contraceptifs injectables progestatifs est totalement réversible après cessation de la méthode. La grande majorité des 3.487 femmes comprises dans l'échantillon (97% de femmes noires et 87% de femmes de race mixte) utilisait au moment de l'étude ou avait utilisé précédemment un contraceptif injectable progestatif. Par mesures ultrasonores du talon gauche des femmes, les chercheurs ont déterminé que les utilisatrices de la méthode au moment de l'étude présentaient la plus faible densité minérale osseuse moyenne mais que la densité augmentait avec le temps écoulé depuis la dernière injection. En fait, les femmes qui avaient cessé l'emploi de l'injectable pendant 2-3 ans présentaient à peu près la même densité minérale osseuse que celles qui n'avaient jamais pratiqué cette méthode. Une analyse en fonction de la durée de l'emploi de l'injectable a produit des résultats similaires, de même que les analyses séparées en fonction de la race (noire ou race mixte) et du type d'injectable (acétate de médroxyprogestérone ou énanthate de noréthistérone). Les effets de l'injectable sur la densité minérale osseuse ne diffèrent pas en fonction de l'âge au moment de l'adoption de la méthode.

1. Rosenberg L et al., Bone status after cessation of use of injectable progestin contraceptives, *Contraception*, 2007, 76(6):425-431.

LES AGENTS SANITAIRES DE COMMUNAUTÉ PEUVENT ADMINISTRER L'INJECTABLE EN TOUTE SÛRETÉ

Selon une étude menée en 2004 à Nakasongola, en Ouganda,¹ les agents sanitaires de communauté d'Afrique peuvent administrer les contraceptifs injectables aux femmes, en dehors du cadre clinique, de manière aussi sûre et efficace que les infirmières et accoucheuses des cliniques. Des 945 clientes recrutées pour l'étude, 562 avaient reçu une première injection contraceptive d'un agent sanitaire de communauté formé (la plupart à leur propre domicile ou à celui de l'agent sanitaire) et 383 l'avaient reçue d'infirmières et accoucheuses dans les centres de santé. Les chercheurs ont interviewé quelque 777 femmes 13 semaines après l'injection initiale. Les clientes des agents sanitaires et des cliniques avaient alors reçu en proportions similaires leur seconde injection

(88% et 85%, respectivement). L'analyse de régression logistique ne révèle aucune différence significative quant à la probabilité pour les deux groupes de clientes de poursuivre la méthode. Aucune différence n'est du reste observée entre les deux groupes de clientes en termes de satisfaction, qualité des soins ou effets secondaires déclarés. Quelques différences apparaissent cependant au niveau de la connaissance. Ainsi, une plus grande proportion de clientes des cliniques savait que les microrragies sont un effet secondaire courant de l'injectable (33% par rapport à 25%), alors qu'une plus grande proportion des clientes d'agents sanitaires faisait mention des maux de tête (40% par rapport à 32%). Selon les auteurs, l'apport des contraceptifs injectables dans le cadre des prestations de santé communautaires «devrait être accru en Afrique et ailleurs.» Ils ajoutent que «ce faisant, les responsables des programmes de-

vraient promouvoir la qualité et l'accès à travers la formation, le recours aux auxiliaires de travail et de solides systèmes d'appui logistique.»

1. Stanback J, Mbonye AK et Bekita M, Contraceptive injections by community health workers in Uganda: a nonrandomized community trial, *Bulletin of the World Health Organization*, 2007, 85(10):768-773.

FEMMES EN DANGER APRÈS COMPLICATIONS LORS DE L'ACCOUCHEMENT

Les femmes victimes de graves complications obstétriques lors de l'accouchement courent un très grand risque de mort et de problèmes de santé mentale durant les 12 mois qui suivent, d'après les résultats d'une étude de cohorte menée au Burkina Faso entre novembre 2005 et mars 2006.¹ Sur 1.014 femmes post-partum recrutées dans sept hôpitaux publics urbains et ruraux, 337 avaient connu de graves complications obstétriques, telles qu'une rupture utérine et un état de choc. Par rapport à celles qui avaient accouché sans complications, ces femmes étaient plus pauvres et moins instruites. De plus grandes proportions de femmes dont l'accouchement avait été compliqué étaient mortes (2% par rapport à 0% de celles qui avaient accouché sans complications) ou avaient perdu leur enfant (5% par rapport à 3%) avant l'entretien de suivi à 12 mois. De plus, les femmes qui avaient eu de graves complications obstétriques étaient plus susceptibles de souffrir de dépression au moment de l'entretien de suivi à trois mois (rapport de probabilités, 1,8), d'avoir eu des pensées suicidaires durant l'année ayant suivi l'accouchement (2,3-2,4) et de déclarer que la grossesse avait affecté négativement leur vie (1,5-2,6). Les auteurs concluent

La rubrique Mise à jour est compilée et rédigée par Jared Rosenberg, rédacteur senior de International Perspectives on Sexual and Reproductive Health

que «les femmes ayant eu de graves complications obstétriques représentent un groupe à haut risque et des ressources doivent être consacrées aux soins adéquats de ces femmes avant et après leur sortie de l'hôpital.»

1. Filippi V et al., Health of women after severe obstetric complications in Burkina Faso: a longitudinal study, *Lancet*, 2007, 370(9595):1329-1337.

DÉCÈS D'ENFANTS INFÉRIEURS À 10 MILLIONS

Pour la première fois dans l'histoire moderne du monde, le nombre annuel de décès d'enfants âgés de moins de cinq ans est inférieur à 10 millions.¹ Selon les chiffres d'enquête obtenus de données nationales rapportées par l'UNICEF, 9,7 millions d'enfants sont morts avant l'âge de cinq ans en 2006—par rapport à près de 13 millions en 1990. Un recul de la mortalité des moins de cinq ans a été enregistré dans toutes les régions du monde, mais surtout en Amérique latine et aux Caraïbes, en Europe centrale et de l'Est et en Asie de l'Est et dans le Pacifique. Malgré l'amélioration enregistrée en Chine, en Inde et dans plusieurs pays d'Afrique, y compris l'Éthiopie et le Niger, la grande majorité des décès des moins de cinq ans survient en Asie du Sud (3,1 millions) et en Afrique subsaharienne (4,8 millions). Les progrès de survie des enfants sont attribués à l'adoption généralisée d'interventions sanitaires de base, comme l'allaitement maternel exclusif, la vaccination anti-rougeole, les compléments de vitamine A et les moustiquaires traitées à l'insecticide pour protéger contre le paludisme. Qualifiant le progrès réalisé d'«historique», Mme Ann M. Veneman, directrice générale de l'UNICEF, n'en ajoute pas moins: «La perte de 9,7 millions de jeunes vies chaque année est in-

acceptable. La plupart de ces décès auraient pu être évités... Nous savons qu'il est possible de sauver des vies quand les enfants ont accès à des services de santé communautaires intégrés et appuyés par un système d'orientation efficace.»

1. UNICEF, Surveys reveal solid progress on child survival. Child deaths fall below 10 million for first time, 13 sept. 2007, <http://www.unicef.org/french/media/media_40855.html>, site consulté le 19 nov. 2007.

AUCUN LIEN ENTRE LE RISQUE D'IST ET LA CIRCONCISION

Selon une analyse des données d'une étude de cohorte menée en Ouganda, au Zimbabwe et en Thaïlande entre 1999 et 2004,¹ la circoncision n'est pas associée au risque pour les femmes de acquérir une infection à chlamydia, gonocoque ou trichomonas d'un partenaire sexuel. Des 5.925 femmes de 18 à 35 ans sexuellement actives interviewées au moment de l'inscription à l'étude, puis tous les trois mois pendant environ deux ans, 71% ont déclaré à la base que leur partenaire principal n'était pas circoncis; 19% avaient un partenaire circoncis et 10% ne savaient pas. Les partenaires des femmes comptaient une plus grande proportion d'hommes circoncis en Ouganda (26%) par rapport au Zimbabwe (9%) et à la Thaïlande (7%). Au cours de la période de suivi, 408 femmes ont contracté une infection à chlamydia, 305, à gonocoque et 362, à trichomonas. Dans les analyses multivariées sous contrôle du type de méthode contraceptive, de l'âge des femmes, de l'âge des femmes au moment des premiers rapports sexuels et du pays, aucune différence ne se révèle quant au risque d'infection (individuelle ou quelconque) des femmes suivant l'état de circoncision de

leur partenaire principal.

1. Turner AN et al., Male circumcision and women's risk of incident chlamydial, gonococcal, and trichomonal infections, *Sexually Transmitted Diseases*, 2008, 35(7):689-695.

10 FACTEURS IMPORTANTS AU SUCCÈS DES PROGRAMMES

Un personnel hautement performant et des prestations centrées sur le client comptent au nombre des 10 éléments les plus importants au succès d'un programme de planification familiale, d'après un rapport de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health basé sur un sondage et une discussion en ligne avec des prestataires de santé du monde entier.¹ Les autres facteurs de réussite les plus essentiels mis en valeur dans Elements of Success in Family Planning Programming incluent les politiques favorables, une programmation factuelle, un leadership solide et une bonne gestion, des stratégies de communication efficaces, la sécurité contraceptive, un accès aisé aux prestations, des services abordables et une intégration appropriée des services. Un site Web interactif complémentaire, <<http://www.fpsuccess.org>>, permet aux responsables des programmes de planification familiale de dialoguer et d'établir le contact avec d'autres professionnels.

1. The INFO Project, Elements of success in family planning programming, 2008, <<http://www.inforhealth.org/pr/J57/J57.pdf>>, site consulté le 21 nov. 2008.

INJECTABLES LIÉS À UN RISQUE ACCRU DE CONTRACTION DU VIH

Selon une étude de données d'Enquête démographique et de santé relatives à 4.549 femmes de 15 à 24 ans originaires du Kenya, du Lesotho, du Malawi et du Zimbabwe,¹ les Africaines ayant jamais eu recours à un

contraceptif hormonal injectable peuvent présenter un risque accru de contraction du VIH. La prévalence du virus parmi les femmes varie d'un pays à l'autre, de 8% au Kenya à 20% au Lesotho. Les proportions de femmes ayant jamais pratiqué une méthode contraceptive hormonale varient entre 16% et 29% pour l'injectable et 15% et 58% pour la pilule. Dans les analyses multivariées de l'échantillon combiné, les femmes qui avaient utilisé l'injectable présentent un plus grand risque d'être séropositives que celles qui ne l'avaient jamais utilisé, qui avaient utilisé la pilule et qui avaient utilisé une méthode traditionnelle (rapports de probabilités, 1,3-1,4). L'usage de la pilule n'est pas associé au VIH, quel que soit le groupe de référence. Les auteurs commentent que l'association entre l'usage de l'injectable et le VIH semble être le résultat d'un effet de nature biologique. Étant donné toutefois la faiblesse de l'association, l'injectable «ne joue vraisemblablement pas un rôle majeur dans l'épidémie de VIH/sida de ces pays.»

1. Leclerc PM, Dubois-Colas N et Garenne M, Hormonal contraception and HIV prevalence in four African countries, *Contraception*, 2008, 77(5): 371-376.