

Stratégies de programmation pour la planification familiale du post-partum



Stratégies de programmation pour la
planification familiale du post-partum

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

Stratégies de programmation pour la planification familiale du post-partum.

1.Services de planification familiale. 2.Conseil. 3.Période du postpartum. 4.Grossesse non planifiée. 5
Contraception. 6.Programmes nationaux de santé. I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 250649 5

(classification NLM : WA 550)

© Organisation mondiale de la Santé 2014

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int . Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé par le Service de production des documents de l'OMS, Genève (Suisse)

Table des matières

Liste des acronymes	iv
Remerciements	v
Préambule	vi
Méthode de travail	vii
Chapitre 1. La planification familiale du post-partum – pourquoi elle est nécessaire	1
1.1 La planification familiale du post-partum : définition et paramètres	1
1.2 Raison d'être de la planification familiale du post-partum	2
1.3 Spécificité des besoins en matière de PFPP	3
Chapitre 2. Considérations générales – saisir le contexte dans lequel s'insère la programmation de la planification familiale du post-partum	5
2.1 Examen des données au niveau des pays	5
2.2 Questions relatives aux systèmes de santé	7
2.3 Passage du général au particulier	12
Chapitre 3. Intégration de la planification familiale du post-partum dans les différents points de contact – diversité des contextes	14
3.1 Soins prénatals	14
3.2 Travail et accouchement/période préalable à la sortie de l'établissement	17
3.3 Soins postnatals	20
3.4 Services de santé et de vaccination des nourrissons	23
3.5 Exemples de programme dans différents pays	26
Chapitre 4. Suivi et évaluation	35
Références bibliographiques	40
Annexe 1. Déclaration en faveur d'une action collective pour la planification familiale du post-partum	42
Annexe 2. Données factuelles utiles pour l'élaboration des programmes	45

Liste des acronymes

AES	Allaitement exclusive au sein
AL	Méthode de l'aménorrhée lactationnelle
ASC	Agent de santé communautaire
BCC	Communication sur le changement de comportement
BCEG	Bon calendrier et espacement des grossesses
BCG	Bacille Calmette-Guérin (vaccin)
CAP	Couple-années de protection (indice)
CRLDA	Contraception réversible à longue durée d'action
DIU	Dispositif intra-utérin
DIUPP	Dispositif intra-utérin post-partum
DTC	Diphtérie-tétanos-coqueluche
ECR	Essai contrôlé randomisé
IEC	Information, éducation et communication
IST	Infection sexuellement transmissible
NMNJE	Nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant
MCHIP	Maternal and Child Health Integrated Program (Programme intégré de santé maternelle et infantile)
NMNJE	Nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PEV	Programme élargi de vaccination
PF	Planification familiale
PFPP	Planification familiale du post-partum
PPS	Point de prestation de services
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
SMNI	Santé maternelle, néonatale et infantile
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
USAID	Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique

Remerciements

Le présent document est le fruit de la collaboration entre deux Départements de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) – Santé et recherche génésiques et Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent – et de nombreuses organisations internationales et institutions actives dans le domaine de la planification familiale. Le financement de cette collaboration et d'autres appuis ont été assurés par le Gouvernement des États-Unis à travers l'Agency for International Development (USAID) et le National Institute of Child Health and Human Development, ainsi que par le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA). Nous remercions ces instances de leur appui.

La rédaction technique du document a été confiée à Lynn Bakamjian, consultante, qui s'est chargée de la mise au point du document avec Mary Lyn Gaffield de l'OMS ; Holly Blanchard, Barbara Deller, Catharine McKaig et Anne Pfitzer du Programme intégré de santé maternelle et infantile (MCHIP), Jhpiego ; Patricia McDonald de l'USAID ; et Nuriye Ortayli de l'UNFPA. Elizabeth Sasser (Jhpiego) a prêté un appui administratif à l'équipe responsable du document tout au long des activités. Erin O'Connell et Jane Patten de Green Ink ont apporté une aide rédactionnelle.

En préalable à une consultation technique mondiale, MCHIP a organisé une réunion technique à Washington, DC (États-Unis d'Amérique) le 18 juillet 2012 pour rassembler des contributions à un projet de document sur les stratégies de programmation pour la planification familiale. Les 22 participants, qui comprenaient des prestataires de soins de santé, des chercheurs et des responsables de programme, représentaient 13 organisations. Leurs contributions ont été intégrées au projet, qui a ensuite servi de base pour les discussions de la consultation technique organisée à l'OMS à Genève. Ont notamment apporté leur concours : Adrienne Allison, Mengistu Asnane, Lynn Bakamjian, Holly Blanchard, Jeannette Cachan, Elaine Charurat, Carolyn Curtis, Selamawit Desta, Maxine Eber, Leah Elliott, Mary Lyn Gaffield, Justine Kavle, Jan Kumar, Patricia MacDonald, Catharine McKaig, Maureen Norton, Kate Rademacher, Saumya Ramarao, Elizabeth Sasser, Cathy Solter, John Stanback et Daren Trudeau.

Les personnes dont les noms suivent ont mis leurs compétences au service de la consultation technique organisée à Genève en septembre 2012 : Salahuddin Ahmed, Moazzam Ali, Muna Ali, Ian Askew, Hashina Begum, Vicente Bataglia, Virginia Camacho, Laurette Cucuzza, Carmela de Cordero, Mamadou Diallo, Juan Diaz, Monica Dragoman, Maxine Eber, Mohammed Eslami, Mario Festin, Ghatari Gichuhi, Sanjida Hasan, Rahila Juya, Rosemary Kamunya, Nigora Karabaeva, Asma Khalid, Eugene Kongnyuy, Rachel Lockey, Mohammed Mai, Chisale Mhango, Winnie Mwebesa, Josselyn Neukom, Sharon Phillips, Annie Portela, Ilka Rondinelli, Gamal Serour et John Stanback. Nous voudrions les remercier tous très sincèrement d'avoir donné de leur temps et de leur savoir-faire pour parvenir à un consensus.

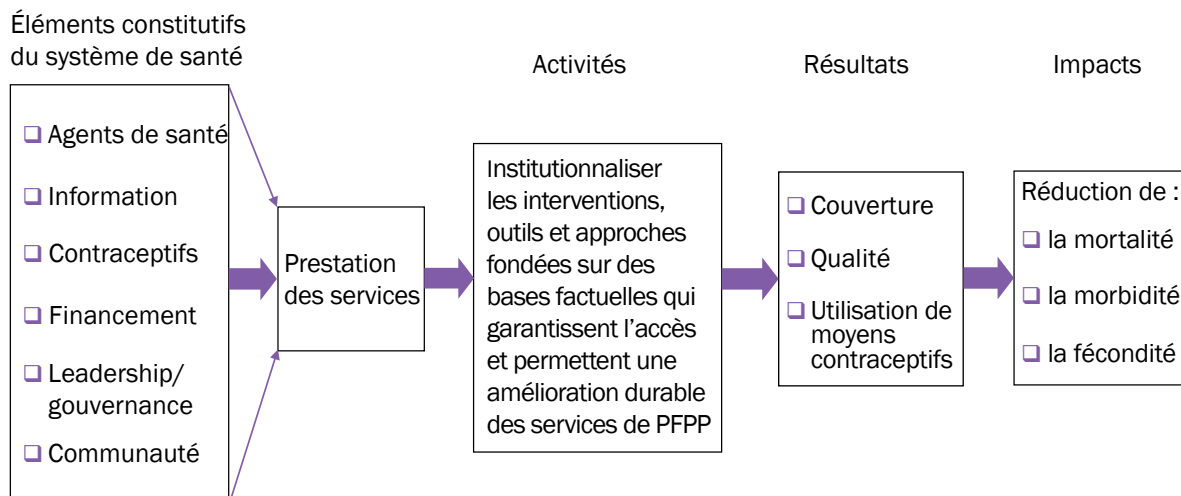
Préambule

La planification familiale (PF) est un élément crucial des soins de santé dispensés pendant la période prénatale, immédiatement après l'accouchement et pendant la première année suivant l'accouchement (OMS, 2009). La planification familiale du post-partum (PFPP) est définie comme la prévention des grossesses non désirées et des grossesses très rapprochées durant les 12 premiers mois qui suivent l'accouchement.

Le présent document sur les stratégies de programmation pour la planification familiale du post-partum a été préparé dans un double objectif : 1) étayer la *Déclaration en faveur d'une action collective pour la planification familiale du post-partum* (annexe 1) ; et 2) servir de base aux planificateurs et responsables de programme pour la mise au point des interventions destinées à intégrer la planification familiale du postpartum dans les stratégies nationales et locales.

La planification familiale du post-partum doit être considérée non pas comme un programme « vertical » mais comme partie intégrante des activités existantes de santé maternelle et infantile et de planification familiale. Pour porter leurs fruits, les interventions dans ce domaine doivent s'appuyer sur des stratégies globales de programme fondées sur des bases factuelles susceptibles de contribuer au renforcement des systèmes de santé et à l'amélioration durable de services de qualité situant la personne humaine au cœur même des soins (Figure 1).

Figure 1. Modèle de programme de planification familiale du post-partum



C'est précisément sur les éléments entrant en jeu dans la conception d'un programme ou d'une intervention de planification familiale du post-partum que se concentre le document. Il ne s'agit toutefois pas de fixer des règles ni de dire une fois pour toutes comment concevoir et mener un programme. Les utilisateurs sont censés avoir l'expérience de la mise au point de programmes de planification familiale/santé génésique, et le présent document est un outil supplémentaire pour la programmation des interventions de planification familiale du post-partum. Il propose des stratégies qui peuvent servir soit à élaborer un programme d'ensemble axé sur les besoins des femmes en matière de planification familiale tout au long de la période du post-partum, soit à renforcer la prestation des services de planification familiale pour les femmes se trouvant en période de post-partum à l'un ou plusieurs des points de contact avec le système de santé. Deux guides OMS fondés sur des bases factuelles donnent des orientations techniques sur la prestation des services de planification familiale : *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* (OMS, 2009) et *Sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives* (OMS, 2008). De plus, l'Organisation mondiale de la Santé a publié un manuel intitulé *Planification familiale : manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier* (OMS, 2011) auquel les prestataires de services de planification familiale peuvent se reporter.

Méthode de travail

Le présent document est l'aboutissement d'une initiative lancée conjointement par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), l'Agency for International Development des États-Unis (USAID) et leurs partenaires de l'action de développement. Avant la mise au point du document, deux réunions ont rassemblé à l'OMS les instances concernées en vue de définir le champ des activités (mars et novembre 2010) et des séances de travail ont été organisées à l'occasion du Premier Symposium mondial pour la recherche sur les services de santé (Montreux, Suisse) et de la Deuxième Conférence internationale sur la planification familiale (Dakar, Sénégal). Les discussions qui ont eu lieu lors des réunions des instances concernées ont permis de cibler le document sur les stratégies programmatiques destinées aux décideurs et aux responsables de programme. Les séances de travail de la conférence ont été l'occasion d'examiner les bases factuelles sur la question et de faire ressortir les lacunes de la recherche dans les conférences internationales. Un projet de document a été établi à partir des contributions qui se sont dégagées de ces réunions.

Pour aider à préparer le document, il a été établi une synthèse de la documentation décrivant des interventions programmatiques en matière de planification familiale du post-partum (annexe 2). Des recherches ont été faites dans les publications non officielles et dans les publications soumises à examen collégial à l'aide de PubMed et de la Bibliothèque Cochrane ainsi que des moteurs de recherche sur Internet Google et Bing (jusqu'en juillet 2012).

En juillet 2012, une version préliminaire a été soumise à un groupe pluridisciplinaire d'experts de la planification familiale basé aux États-Unis lors d'une réunion technique organisée à Washington, DC (États-Unis d'Amérique). Parmi les 22 participants figuraient des prestataires de services, des chercheurs et des responsables de programme représentant 13 organisations. Les observations de ces experts ont été intégrées dans le projet et la synthèse documentaire.

L'OMS a convoqué du 10 au 12 septembre 2012 une consultation technique lors de laquelle des spécialistes ont mis au point des stratégies programmatiques à l'intention des décideurs et des responsables de programme afin de voir quand il faudrait concevoir des programmes pour réduire la demande non satisfaite de planification familiale parmi les femmes qui viennent d'accoucher. Les 34 experts représentaient 20 pays et 13 institutions. Le groupe pluridisciplinaire comprenait des spécialistes de la planification familiale au niveau international, notamment des cliniciens, des chercheurs, des épidémiologistes, des responsables de programme et des décideurs. Le document de travail et une synthèse de la documentation leur ont été communiqués avant la consultation et ont servi de base aux discussions de la réunion. La mise au point définitive s'est faite par consensus. Tous les participants ont été invités à signaler d'éventuels conflits d'intérêts avant le début de la réunion ; aucun conflit d'intérêts n'a été mentionné.

Chapitre 1

La planification familiale du post-partum – pourquoi elle est nécessaire

1.1 La planification familiale du post-partum : définition et paramètres

Si la planification familiale (PF) est importante tout au long de la vie génésique de l'individu et du couple, la planification familiale du post-partum (PFPP) est axée, elle, sur la prévention des grossesses non désirées ou très rapprochées durant les 12 premiers mois qui suivent l'accouchement. Le tableau 1 présente la chaîne des points de contact avec le système de soins qui peuvent offrir des occasions d'intégrer la PFPP dans les interventions de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) lors des 12 mois en question. Même si les paramètres indiqués ici ne couvrent que la première année du post-partum, les programmes devraient également mettre au point des stratégies pour la poursuite de la contraception ou le passage à une autre méthode pendant la deuxième année après l'accouchement et les années suivantes, selon que la femme souhaite espacer ou éviter de futures grossesses (OMS, 2012a).

Tableau 1. Chaîne des points de contact pour la planification familiale du post-partum

CHAÎNE DES POINTS DE CONTACT POUR LA PFPP				
STADE	Grossesse	Travail et accouchement, période précédant la sortie de l'établissement (0–48 heures)	Soins postnatals, notamment prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) (48 heures–6 semaines)	Prise en charge du nourrisson (4–6 semaines à 12 mois)
PRESTATION DE SERVICES	Soins prénatals en institution Test de dépistage de la grossesse dans la communauté	En institution ou à domicile en présence d'une accoucheuse qualifiée	Consultations en institution ou visites à domicile : <ul style="list-style-type: none"> • Si l'accouchement a lieu à domicile, dans les 24 heures qui suivent • Si l'accouchement a lieu en institution, avant la sortie de l'établissement • Le 3e jour (48–72 heures) • Entre le 7e et le 14e jour après la naissance • 6 semaines 	Consultations en institution, visites à domicile ou activité communautaire : <ul style="list-style-type: none"> • Vaccinations (diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC) ou vaccin pentavalent 1, 2, 3 ; rougeole, rotavirus ; rappels ; etc.) • Consultations de contrôle de la santé de l'enfant • Nutrition/suivi de la croissance • Journées spéciales (par exemple distribution de vitamine A) • Consultations de prise en charge des maladies (par exemple prise en charge intégrée des cas dans la communauté/prise en charge intégrée des maladies de l'enfant) • PTME/prise en charge et traitement antirétroviral

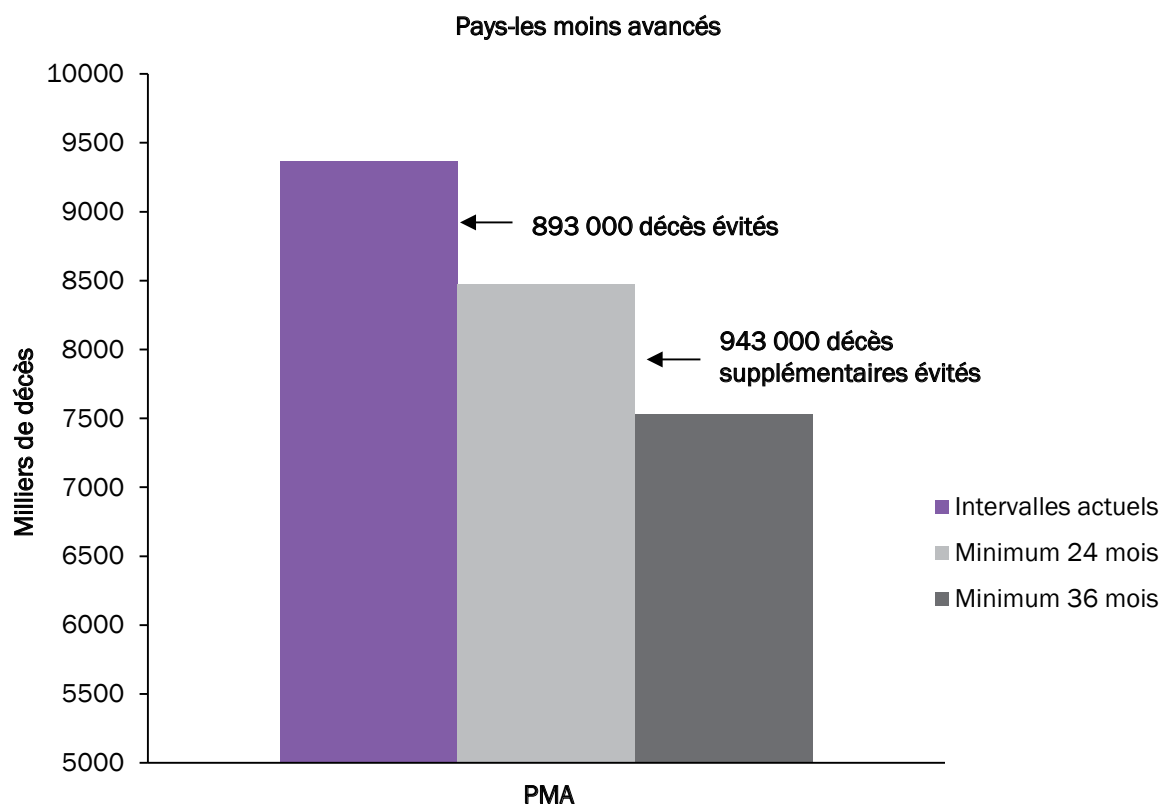
1.2 Raison d'être de la planification familiale du post-partum

Nul ne conteste que la planification familiale est une intervention cruciale pour protéger les mères et leurs enfants (OMS, 2012b). La PFPP a un rôle important à jouer dans les stratégies visant à réduire les besoins non satisfaits de planification familiale. Les femmes qui se trouvent dans la période du post-partum comptent parmi celles qui ont le plus besoin des services de planification familiale. Or, bien souvent, elles ne bénéficient pas des prestations nécessaires pour prolonger l'intervalle entre les naissances ou éviter les grossesses non désirées et leurs conséquences. La PFPP s'adresse aux femmes qui veulent avoir d'autres enfants (espacement des grossesses) et à celles qui ont désormais le nombre d'enfants souhaité et veulent éviter de futures grossesses (prévention des grossesses).

Mais d'autres raisons encore justifient la PFPP :

- D'après une analyse des données provenant d'enquêtes démographiques et sanitaires faites dans 27 pays, 95 % des femmes durant les 12 premiers mois qui suivent un accouchement veulent éviter une grossesse dans les 24 mois suivants, mais 70 % d'entre elles n'ont pas recours à la contraception (Ross & Winfrey, 2001).
- La planification familiale permet d'éviter plus de 30 % des décès maternels et 10 % des décès d'enfants si les couples laissent s'écouler plus de deux ans entre deux grossesses (Cleland et al., 2006).
- Les grossesses très rapprochées pendant la première année qui suit un accouchement sont les grossesses les plus dangereuses pour la mère et l'enfant, du fait qu'elles entraînent des risques accrus d'issue indésirable telle que prématurité, insuffisance pondérale à la naissance et petite taille par rapport à l'âge gestationnel (Da Vanzo et al., 2007).
- Le risque de mortalité de l'enfant est maximal lorsque l'intervalle entre l'accouchement et la grossesse suivante est très bref (<12 mois). Si tous les couples attendaient 24 mois pour concevoir un autre enfant, la mortalité des moins de cinq ans diminuerait de 13 %. S'ils attendaient 36 mois, la diminution serait de 25 % (Figure 2) (Rutstein, 2008).

Figure 2. Nombre annuel de décès d'enfants de moins de cinq ans compte tenu des intervalles actuels entre les naissances et d'intervalles minimaux de 24 à 36 mois



- Bien des femmes et des couples ont désormais le nombre d'enfants qu'ils souhaitent et voudraient éviter de futures grossesses. Veiller à ce que chaque femme ait le nombre d'enfants souhaité et pas plus est un très bon moyen de faire reculer la mortalité maternelle. Une étude récente de la mortalité maternelle dans 46 pays sur 10 ans a montré que le risque de décès maternel augmentait à partir du moment où la femme avait quatre enfants ou plus. Elle a également montré que le recul, en pourcentage, des décès maternels se situait entre 7 % et 35 % lorsque le nombre d'enfants par femme diminuait (Stover & Ross, 2010). La PFPP aide donc les femmes qui voudraient mais ne peuvent pas espacer les naissances et éviter de future grossesse, tout en contribuant à faire reculer les taux de mortalité des mères et des enfants.

1.3 Spécificité des besoins en matière de PFPP

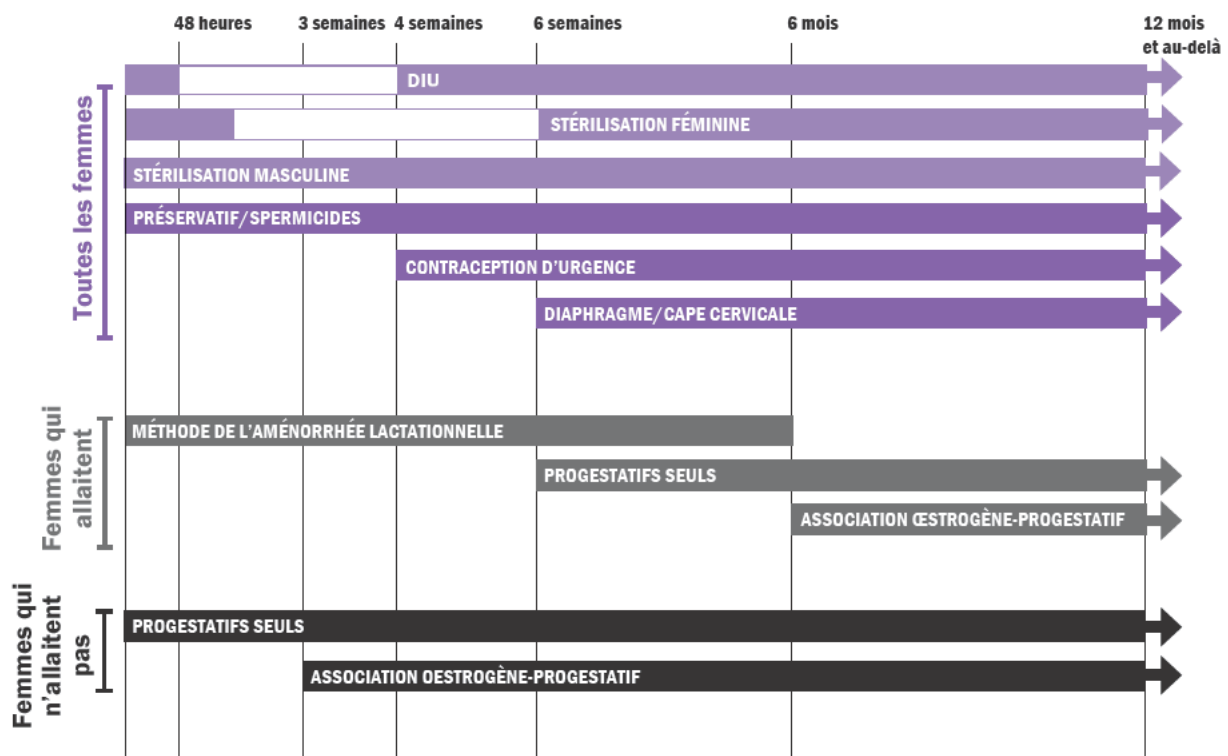
L'objectif de la PFPP est d'aider les femmes à décider du moyen contraceptif qu'elles souhaitent utiliser, à en démarrer l'utilisation et à la poursuivre pendant deux ans au moins, selon les intentions des femmes ou des couples en matière de procréation. Il y a des raisons tout à fait particulières d'assurer aux femmes des services de PFPP pendant les 12 mois qui suivent l'accouchement :

- Une intervention complète de PFPP suppose une continuité des soins pour la femme et son enfant à de nombreux points de contact du système de santé pendant assez longtemps (depuis la période prénatale jusqu'à 12 mois après la naissance).
- Après une naissance, les femmes souffrent d'aménorrhée pendant une période plus ou moins longue, selon les pratiques qu'elles suivent en matière d'allaitement au sein. Pour les femmes qui n'allaitent pas leur enfant, une grossesse peut survenir dans les 45 jours qui suivent l'accouchement (Jackson & Glasier, 2011). Parmi les femmes qui n'allaitent pas leur enfant exclusivement au sein, une grossesse peut également survenir avant la réapparition de la menstruation. On peut procéder à un dépistage de la grossesse selon une liste de contrôle publiée par l'OMS dans la *Sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives* (OMS, 2008), ou pratiquer un test biochimique de grossesse (s'il est disponible) pour veiller à ne pas priver les femmes des services de PF après leur accouchement.
- Les normes et attentes socioculturelles concernant la reprise de l'activité sexuelle après une naissance.
- Une intervention complète de PFPP peut faire entrer en jeu de nombreux types d'agents de santé à différents points de la chaîne des soins (prénatals et postnatals) tant en institution que dans la communauté. En 2012, l'OMS a publié des recommandations fondées sur des bases factuelles en fonction desquelles les agents de santé peuvent proposer des interventions de santé maternelle et néonatale, y compris des services de planification familiale (OMS, 2012c). Il est conseillé aux responsables de programme de se reporter à ce guide pour garantir la continuité des soins de façon que toutes les femmes aient accès à des services de PFPP de qualité. Une bonne coordination au sein du système de santé – par exemple l'intégration des services et l'organisation de liens d'orientation-recours entre la communauté et les établissements, les soins prénatals, l'accouchement, les soins postnatals ainsi que les services de santé de l'enfant et de planification familiale – peuvent garantir la continuité des soins et l'accès aux services (OMS, 2012b).
- Un aspect important à prendre en considération lors de la planification d'un programme ou d'une intervention de PFPP est la sécurité clinique ; il s'agit de savoir quelles méthodes peuvent être utilisées à quel moment après la naissance compte tenu des pratiques suivies par la mère en matière d'allaitement au sein. On trouvera dans la Figure 3 les recommandations de l'OMS concernant les méthodes à utiliser pendant la première année suivant l'accouchement (et au-delà), recommandations qui figurent dans les *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* (MEC) (OMS, 2009). Il convient de noter que ces recommandations s'appliquent également aux femmes vivant avec le VIH (ce document sera mis à jour électroniquement conformément aux orientations de l'OMS). En bref, l'OMS recommande ce qui

suit concernant l'utilisation de la contraception par les femmes pendant la première année suivant l'accouchement et au-delà :

- Dès après l'accouchement et dans les six mois qui suivent, une femme qui allaite son enfant exclusivement au sein peut en toute sécurité utiliser la méthode de l'aménorrhée lactationnelle (AL) et plusieurs autres méthodes. Si une mère choisit l'AL, elle devra passer à une autre méthode de contraception moderne lorsque le nourrisson aura atteint l'âge de six mois, ou plus tôt si les conditions de l'AL ne sont pas réunies (OMS, 2009). Il faut lui communiquer l'information à temps pour qu'elle puisse choisir une autre méthode de contraception moderne.
- Un dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre peut être posé immédiatement après l'accouchement ou dans les 48 heures qui suivent, ou encore à n'importe quel moment au-delà des quatre premières semaines du post-partum. Une opération de stérilisation féminine ou occlusion tubaire peut être pratiquée immédiatement après l'accouchement ou dans les sept jours qui suivent, ou encore à n'importe quel moment au-delà des six premières semaines du post-partum.
- Pour les femmes qui n'allaitent pas leur enfant, outre le DIU et l'occlusion tubaire, l'utilisation de progestatifs seuls peut débuter immédiatement après l'accouchement. La prise de contraceptifs oraux combinés peut démarrer trois semaines après l'accouchement.
- Pour les femmes qui allaitent leur enfant, l'utilisation de toutes les méthodes fondées sur les progestatifs seuls – pilules, injections, implants – peut démarrer six semaines après l'accouchement, selon les critères de recevabilité de l'OMS. Pour utiliser la pilule combinée associant œstrogène et progestatif, il faut attendre six mois après l'accouchement.
- Toutes les femmes, qu'elles allaitent ou non leur enfant, peuvent commencer à utiliser un préservatif immédiatement après l'accouchement, la contraception d'urgence au bout de quatre semaines et le diaphragme ou la cape cervicale au bout de six semaines.

Figure 3. Options en matière de contraception durant le post-partum (calendrier de démarrage de la méthode et situation concernant l'allaitement au sein)



Chapitre 2

Considérations générales – saisir le contexte dans lequel s’insère la programmation de la planification familiale du post-partum

Pour mettre au point une intervention qui permettra d’assurer Les services qui auront le plus d’impact maximal – par exemple prise en charge des personnes dont les besoins sont les plus grands –, il faut bien saisir le contexte. On trouvera dans ce chapitre les informations nécessaires pour déterminer les considérations générales à prendre en compte en vue de définir les modalités des interventions programmatiques. À la fin du chapitre, il est proposé des moyens d’utiliser les résultats de ces analyses pour privilégier certains secteurs programmatiques.

2.1 Examen des données au niveau des pays

Pour appréhender l’ampleur des besoins et les possibilités qui s’offrent pour la programmation de la PFPP, les gestionnaires peuvent examiner les jeux de données existants, provenant par exemple d’enquêtes démographiques et sanitaires, d’enquêtes en grappes à indicateurs multiples ou d’autres données et enquêtes locales fiables. Les données ponctuelles ci-après constituent d’utiles marqueurs de la situation concernant la SMNI et de la planification familiale aux niveaux national et infranational, et permettent d’appréhender le contexte dans lequel s’insèrent l’information et les services de PFPP. Elles peuvent aider à plaider en faveur de l’intégration de la planification familiale dans les services de SMNI et à montrer quels contextes et interventions pourraient être privilégiés dans la mise au point des programmes de PFPP.

Tableau 2. Données ponctuelles et répercussions pour les programmes

PRINCIPALES QUESTIONS/ DONNÉES PONCTUELLES	RÉPERCUSSIONS POUR LES PROGRAMMES
Quel est le nombre et le pourcentage de femmes qui sont enceintes ?	Cela indique le groupe potentiel à atteindre moyennant une intégration de la PFPP dans les services de SMNI.
Quel est le pourcentage de grossesses espacées de moins de 18, 24 et 36 mois ?	Si la plupart des grossesses sont espacées de moins de deux ans, cela peut indiquer que la plupart des femmes ne connaissent pas les risques de la grossesse et/ou n’ont pas accès à des services de PF pendant la période élargie du post-partum.
Quel est le niveau des besoins non satisfaits pour : <ul style="list-style-type: none"> • l’espacement des naissances ? • la prévention des naissances ? 	Des niveaux de besoins non satisfaits supérieurs à 10 % montrent qu’il faut revoir la portée et l’efficacité de l’action de PF d’ensemble. Des niveaux élevés de besoins non satisfaits pour l’espacement des naissances donnent à penser qu’il faut s’efforcer d’atteindre les femmes à l’occasion des soins postnatals/ soins aux nourrissons. Des niveaux élevés de besoins non satisfaits pour la prévention des naissances donnent à penser qu’il faut revoir la gamme des méthodes contraceptives pour savoir s’il existe des options efficaces immédiatement après l’accouchement et ultérieurement.

PRINCIPALES QUESTIONS/ DONNÉES PONCTUELLES	RÉPERCUSSIONS POUR LES PROGRAMMES
Quel est le niveau général d'utilisation des méthodes contraceptives et quel est le pourcentage d'utilisation par méthode (gamme des méthodes) ? L'AL figure-t-elle dans la gamme des méthodes contraceptives ?	On a ainsi une idée des options actuellement disponibles et utilisées et de ce qu'il faut faire pour améliorer les choix. Par exemple, la gamme des méthodes comprend-elle au moins trois options pour les femmes allaitant leur enfant six semaines après l'accouchement ? Y a-t-il déjà des niveaux d'utilisation des DIU et de la stérilisation post-partum qui permettent de penser qu'une meilleure mise à disposition de ces méthodes immédiatement après l'accouchement pourrait avoir un impact ?
Quel est le pourcentage de femmes bénéficiant de soins prénatals ?	Si la plupart des femmes bénéficient de soins prénatals, cela montre qu'il est tout à fait possible d'atteindre les femmes enceintes si une intervention de PFPP est menée de façon systématique.
Quel est le pourcentage de mères pratiquant l'allaitement exclusif au sein (AES) et quelle est la durée médiane de cette pratique ?	Cela montre s'il est possible d'introduire l'AES et l'AL pour le bien de la mère comme de l'enfant.
Quel est le pourcentage d'accouchements qui ont lieu dans un établissement de santé ? Comment se répartissent les accouchements en institution par groupe d'âge, par lieu de résidence et par quintile de richesse ?	Si le pourcentage d'accouchements en institution est élevé, il est tout à fait possible d'atteindre les femmes pour les conseiller avant qu'elles ne quittent l'établissement et de les renvoyer à des services primaires et communautaires pour le suivi et l'accès à d'autres méthodes contraceptives. Il peut être possible de proposer une pose de DIU ou une occlusion tubaire post-partum. La ventilation par âge, lieu de résidence et niveau socio-économique aidera à déterminer les groupes mal desservis.
Quel est le pourcentage de femmes en post-partum qui bénéficient de soins postnatals soit pour elles-mêmes soit pour leur nourrisson ?	Si un pourcentage élevé de femmes bénéficie de soins postnatals, il est possible d'atteindre les femmes pendant le post-partum pour leur procurer informations et services en matière de PFPP. Si ce n'est pas le cas, une autre possibilité serait d'envisager les services de vaccination systématique.
Quels sont les taux de vaccination pour les enfants de moins d'un an (bacille Calmette-Guérin (BCG), DTC et vaccin pentavalent 1, 2, 3 ou vaccins antirougeoleux) ?	<p>S'il y a une bonne couverture de la vaccination systématique dans les établissements ou les services périphériques, il est possible d'intégrer information, conseils et orientation-recours en matière de PFPP.</p> <p>Vaccin pentavalent ou DTC1 et BCG : promouvoir l'AES et l'AL ainsi que d'autres méthodes contraceptives appropriées, selon le calendrier.</p> <p>Vaccin pentavalent ou DTC3 : promouvoir le passage de l'AL à d'autres méthodes de PFPP pour les femmes qui allaitent leur enfant, selon le calendrier.</p> <p>Rougeole : Consultation de contrôle pour promouvoir toutes les méthodes de planification familiale.</p> <p>Les recommandations OMS concernant les vaccinations systématiques chez les enfants et les calendriers de vaccination peuvent être consultées pour plus d'informations (OMS, 2013a).</p>
Quel est le pourcentage de premières naissances chez les femmes de moins de 18 ans ?	Si le pourcentage de premières naissances chez les femmes de 18 ans ou moins est élevé, il s'offre une possibilité de promouvoir un bon calendrier et un espacement des grossesses (BCEG) afin de retarder la deuxième naissance et celles qui suivront.

PRINCIPALES QUESTIONS/ DONNÉES PONCTUELLES	RÉPERCUSSIONS POUR LES PROGRAMMES
Quel est le pourcentage de femmes victimes de violences pendant la grossesse ou l'accouchement ou parce qu'elles ont recours à la planification familiale ?	Des pourcentages élevés indiquent qu'il faut envisager de façon stratégique d'intégrer la prévention de la violence à l'égard des femmes dans les activités globales de santé maternelle et de PFPP. En 2013, l'OMS a publié un document intitulé <i>Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines</i> . Ce guide comprend des recommandations concernant la prestation des services et les programmes, de manière à intégrer dans les services de santé une prise en charge des femmes victimes de violences de la part de leur partenaire intime ou victimes d'agression sexuelle (OMS, 2013b).

2.2 Questions relatives aux systèmes de santé

Il est indispensable de bien connaître le système national de santé (savoir comment il est structuré, organisé, doté en personnel et financé) de même que les politiques publiques actuelles, pour avoir un aperçu des lacunes existantes et des possibilités de proposer des services de planification familiale aux femmes pendant le post-partum. Puisque l'information et les services dans ce domaine font intervenir toute une gamme de points de contact et de prestataires dans les établissements et la communauté, bien comprendre l'organisation du système de santé est un préalable indispensable à la mise au point d'un programme.

Les questions posées ici sont structurées en fonction des principaux éléments contenus dans le document *Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action* (OMS, 2010a), avec un élément supplémentaire pour les questions communautaires et socioculturelles. On a là une base pour déterminer et évaluer ce qui est en place et trouver les meilleurs moyens de promouvoir et mettre en œuvre un programme ou une intervention de PFPP. Il est possible de recueillir l'information moyennant des discussions avec les principales personnes concernées, mais on peut aussi analyser les documents et rapports publiés. Les réponses permettront de dégager les points forts et les points faibles et aideront à savoir où et comment intégrer la PFPP dans les activités normales des services de SMNI.

Services de santé

- **Structure des services de santé** : les services de planification familiale/santé génésique et de SMNI sont-ils organisés dans le même département ou bien séparément ? Dans ce dernier cas, quels sont les mécanismes ou possibilités de collaboration et de planification conjointe pour la programmation des activités de PFPP ?
- **Organisation des services de santé** : quels sont les points de prestation de services (PPS) et comment sont-ils structurés les uns par rapport aux autres ? (Il faut envisager les niveaux tertiaire, secondaire, primaire et communautaire, voir s'il existe un système d'orientation-recours et s'il fonctionne bien).
- **Soins prénatals** : où et comment les soins prénatals sont-ils généralement dispensés ? En institution ? Dans la communauté ? Ou dans les deux à la fois ?
- **Liaisons internes et orientation-recours** : quels sont les liens (formels ou informels) qui existent entre les maternités et les dispensaires de planification familiale ? L'orientation-recours fonctionne-t-elle bien ? Le personnel réussit-il à repérer systématiquement les femmes enceintes et à les suivre tout au long de la chaîne des soins (des soins prénatals aux soins postnatals) ?
- **Maternités** : les PPS des maternités disposent-ils de l'infrastructure requise pour fournir des moyens contraceptifs qui puissent être adoptés immédiatement après l'accouchement ?

- **Soins postnatals** : où et comment les soins postnatals sont-ils dispensés ? En institution ? Dans la communauté ?
- **Options en matière de contraception** : quels sont les services de contraception disponibles, par exemple en matière de contraception réversible à longue durée d'action (CRLDA), dans les maternités, au centre de santé communautaire et à d'autres PPS ?
- **Vaccinations** : comment sont organisés et dispensés les services de vaccination et de nutrition et d'autres services consacrés à la santé de l'enfant ?
- **Services intégrés** : l'intégration de la PFPP dans d'autres services de SMNI offre-t-elle une occasion de combler les lacunes dans la prestation de services du système de santé ? Quelles sont les lacunes, et un programme intégré peut-il contribuer à la solution du problème ?
- **Accès aux services** : y a-t-il des groupes de population (par exemple jeunes, habitants des zones périurbaines ou rurales, personnes démunies ou femmes multipares) pour lesquels l'accès aux services de SMNI et/ou de planification familiale/santé génésique est plus difficile ? Pourquoi ?
- **Communication** : existe-t-il dans la communauté ou dans les médias des initiatives en matière de communication pour le changement de comportements (BCC) en santé qui puissent être mises à profit pour une action de sensibilisation à la PFPP ?

Systemes d'information sanitaire

- **Suivi des activités de PFPP** : le système d'information sanitaire renseigne-t-il sur la prestation des services de PFPP (à savoir, sur l'adoption d'une méthode de planification familiale dans la première année suivant l'accouchement) ? Dans la négative, les dossiers pertinents peuvent-ils être adaptés dans ce sens ?
- **Suivi de la continuité des soins** : le système parvient-il à encourager et vérifier la continuité des soins pour les différentes clientes ? Y a-t-il un agent de santé qui aide les femmes tout au long de la chaîne des prestations, depuis les soins prénatals jusqu'aux soins postnatals ? Il faut voir comment la continuité des soins et le prestataire de soins peuvent contribuer à améliorer l'accès à la PFPP.
- **Enquêtes et recherche** : quels sont les données et résultats du suivi, de l'évaluation et de la recherche (par exemple enquêtes démographiques et sanitaires) qui pourraient aider à mettre au point un programme ?

Personnel de santé

- **Développement du personnel** : y a-t-il des politiques et des plans pour promouvoir le développement du personnel de SMNI de sorte qu'il puisse offrir des services de planification familiale/santé génésique de qualité et que les agents de planification familiale puissent repérer les clientes pendant la période du post-partum ?
- **Outils nationaux** : les guides/protocoles nationaux en matière de planification familiale comprennent-ils des instructions explicites pour la prestation des services de PFPP ?
- **Délégation des tâches** : y a-t-il des politiques et lignes directrices qui permettent aux agents de niveau intermédiaire de poser des DIU pendant le post-partum et autorisent une délégation des tâches susceptible d'améliorer l'accès à la PFPP ? Les agents de niveau intermédiaire ont-ils l'appui des organisations professionnelles ou du ministère de la santé pour l'application de ces méthodes de PFPP ? Faut-il harmoniser les recommandations ? Quels sont les possibilités/problèmes concernant la promotion de la délégation des tâches pour accroître les capacités des agents de santé et donner au personnel de niveau intermédiaire les moyens de dispenser des services de qualité en matière de PFPP ? Les recommandations récemment publiées par l'OMS en vue d'optimiser les rôles des agents de santé pour améliorer l'accès aux principales interventions

de santé maternelle, y compris la planification familiale moyennant une délégation des tâches, devraient servir à orienter les décisions dans ce domaine (OMS, 2012c).

- **Personnel qualifié** : y a-t-il des lacunes au niveau des effectifs et/ou des compétences du personnel qualifié (c'est-à-dire médecins, agents infirmiers, sages-femmes, autres agents cliniques et agents de santé communautaires) dans le système de santé et plus particulièrement les services de SMNI et de planification familiale/santé génésique ? Y a-t-il d'autres catégories de personnel qui pourraient être formées pour dispenser des services de PFPP ?
- **Agents de santé communautaires (ASC)** : quels sont les possibilités/problèmes concernant le recours aux ASC pour dispenser des services de PFPP ? Ces agents réussissent-ils à repérer systématiquement les femmes enceintes et à les suivre ?
 - Les ASC dispensent-ils des soins postnatals aux mères et à leur enfant ? Quelles méthodes de planification familiale sont-ils en mesure de fournir ?
 - Les ASC assurent-ils la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans la communauté ? Est-il possible d'y intégrer l'action de conseil et/ou les prestations en matière de planification familiale ?
- **Formation initiale** : la formation des médecins, des agents infirmiers, des sages-femmes et des agents de santé communautaires inclut-elle la planification familiale en général et la PFPP en particulier ? Dans la négative, y a-t-il des possibilités d'adjoindre cette dernière aux programmes de formation en matière de SMNI et de planification familiale/santé génésique ? Les sites de travaux pratiques proposent-ils des services de PFPP ? Les assistants et les enseignants utilisent-ils des méthodes de formation fondées sur les compétences ?
- **Formation en cours d'emploi** : existe-t-il des possibilités et des programmes de formation en cours d'emploi et d'actualisation des connaissances pour que les agents de santé puissent dispenser des services de SMNI et de planification familiale/santé génésique ? Cette formation est-elle fondée sur les compétences ? Inclut-elle les qualifications et compétences sur le plan clinique et en matière de conseil pour les services de PFPP ? Les agents des services de SMNI sont-ils prêts psychologiquement à proposer des méthodes de PFPP ?
- **Suivi des résultats** : existe-il des protocoles et outils professionnels pour le suivi et la supervision des activités de PFPP ? Les évaluations des résultats portent-elles entre autres sur la PFPP pour le personnel travaillant dans les services concernés ?

Produits médicaux et technologie

- **Homologation des produits** : les politiques actuelles facilitent-elles l'adoption, l'homologation et l'achat de nouveaux moyens contraceptifs, de manière à proposer une gamme étendue de méthodes contraceptives ?
- **Chaîne d'achat et de fourniture** : y a-t-il un système intégré pour l'achat et la fourniture des produits, du matériel et des fournitures nécessaires pour la SMNI et la planification familiale/santé génésique, ou les systèmes fonctionnent-ils en parallèle ?
- **Offre de moyens contraceptifs** : les produits, le matériel et les fournitures nécessaires pour la contraception sont-ils régulièrement disponibles dans les PPS à divers niveaux du système de santé, dans un cadre intégré de prestation des services (par exemple au moment du travail et de l'accouchement ou lors de la vaccination) ou bien pour une distribution dans la communauté dans le cadre des programmes de SMNI et de planification familiale/santé génésique ?
- **Information sur le plan logistique** : y a-t-il un système d'information pour la gestion de la logistique capable de prévoir exactement les besoins et suivre l'utilisation des produits, du matériel et des fournitures parmi les clientes des services de SMNI ?

Financement de la santé

- **Financement de la planification familiale** : les services de planification familiale font-ils partie des services de santé de base dans le pays ?
- **Financement de la PFPP** : y-a-t-il un financement particulier pour la PFPP ?
 - Existe-t-il des crédits budgétaires pour les services et les produits relatifs à la planification familiale ?
 - Le gouvernement dispose-t-il d'un plan (de travail) annuel budgétisé pour la SMNI et/ou la planification familiale/santé génésique qui porte également sur la PFPP ?
 - Y-a-t-il des systèmes d'assurance privée couvrant les naissances/urgences ? Portent-ils sur la période du post-partum ? Dans l'affirmative, incluent-ils la PFPP ?
- **Secteur privé** : y-a-t-il des initiatives du secteur privé qui pourraient être mises à profit pour la programmation des activités de PFPP ?
- **Tarifification des services** : quels sont les tarifs fixés pour les contrôles prénatals, l'accouchement et les contrôles post-partum et postnatals ainsi que pour les services de santé génésique et de planification familiale dans chaque secteur (à savoir secteur public, secteur commercial et organisations non gouvernementales ou confessionnelles) ?
 - Que se passe-t-il lorsque les clientes ne peuvent pas payer ?
 - Les tarifs varient-ils en fonction de la méthode contraceptive ?
 - Si les services sont gratuits, y-a-il des coûts occultes, par exemple lorsque la cliente doit acheter du matériel pour la pose d'un DIU ou une occlusion tubaire ?
- **Sources de financement** : quelle est la part du budget de la SMNI et de la planification familiale/santé génésique financée par des contributions extérieures ?
 - Quels sont les donateurs les plus engagés dans ces programmes ?
 - L'appui des donateurs extérieurs est-il affecté spécifiquement à certains postes (par exemple formation ou produits) ou à certains districts/établissements ?
 - Comment les priorités du gouvernement et des donateurs pourraient-elles aider à valoriser les programmes de PFPP ?

Leadership et gouvernance

- **Stratégie et plan concernant la maternité sans risque** : le gouvernement dispose-t-il pour la maternité sans risque d'une stratégie ou d'un plan opérationnel qui favorise l'accès à des services de qualité dans ce domaine ?
 - Est-ce que cela encourage plus particulièrement l'intégration de la planification familiale ?
 - Cela inclut-il la PFPP ? Dans l'affirmative, comment celle-ci est-elle définie ?
 - Cela inclut-il l'action de conseil lors des soins prénatals et l'adoption de méthodes modernes de planification familiale pendant les 12 mois qui suivent l'accouchement ?
 - Des mesures y sont-elles envisagées pour favoriser la poursuite volontaire de l'utilisation de moyens contraceptifs afin d'espacer les naissances et mener des interventions pour que les femmes aient le nombre d'enfants souhaité ?
 - Les politiques de SMNI encouragent-elles la PFPP pour réduire la mortalité des mères et des nouveau-nés et parvenir ainsi aux objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement ? Dans la négative, quels sont les efforts de sensibilisation nécessaires ?

- **Stratégie et plan en matière de PFPP** : dans un autre cas de figure, le gouvernement dispose-t-il en matière de planification familiale/santé génésique d'une stratégie ou d'un plan opérationnel qui favorise l'accès des femmes à la planification familiale pendant le post-partum ?
 - Est-ce que cela encourage particulièrement l'intégration avec les services de SMNI ?
 - Une gamme étendue de méthodes contraceptives est-elle prévue ?
 - Est-ce que cela encourage les interventions (telles que l'action de conseil) destinées à favoriser un bon calendrier et un espacement des grossesses ?
 - Cela comprend-il des interventions correspondant aux besoins des femmes qui désirent éviter de futures grossesses ?
- **Affectation des ressources** : où se situe dans le système de santé publique l'instance mandatée pour affecter les ressources et fixer les priorités spécifiquement pour les services de SMNI et de planification familiale/santé génésique ?
- **Collaboration des pouvoirs publics** : dans quelle mesure le gouvernement collabore-t-il et/ou comptabilise-t-il les efforts des partenaires non gouvernementaux et des partenaires du secteur privé pour assurer les services de SMNI et de planification familiale/santé génésique ? Comment ces liens pourraient-ils être mis à profit pour la programmation de la PFPP ?
- **Normes, lignes directrices et protocoles au niveau national** : existe-t-il au niveau national des normes, lignes directrices et protocoles en matière de planification familiale ? Sont-ils toujours disponibles dans les services et auprès des prestataires ? Portent-ils spécifiquement sur les questions liées à la PFPP ? Y figure-t-il des politiques et lignes directrices permettant au personnel de niveau intermédiaire de poser des DIU ou des implants et de préconiser des méthodes permanentes ? Ce personnel a-t-il l'appui des organisations professionnelles ou du ministère de la santé pour assurer ces services ? Faut-il harmoniser les recommandations ?

Questions communautaires et socioculturelles

- **Perspective des clientes** : dans quelle mesure les décideurs, les responsables de programme et les prestataires connaissent-ils les besoins, les souhaits et les problèmes des femmes en ce qui concerne la planification familiale pendant le post-partum ? Comment cette information est-elle utilisée pour proposer des services ?
- **Normes culturelles** : quelles sont les normes culturelles en vigueur (y compris les attitudes des agents de santé) vis-à-vis des femmes pendant le post-partum, qu'elles allaitent ou non leur enfant, en ce qui concerne :
 - le retour de la fécondité ?
 - les intervalles entre les grossesses ?
 - le nombre d'enfants ?
 - la reprise de l'activité sexuelle, notamment le discrédit éventuel quant à la reprise précoce de l'activité sexuelle ?
- **Arrêt de l'allaitement au sein** : les femmes cessent-elles d'allaiter leur enfant lorsqu'elles sont de nouveau enceintes ?
- **Lieu de résidence de la mère et du nouveau-né** : les mères retournent-elles avec leur nourrisson chez leur mère ou chez leur mari ?
- **Points de vue sur la PFPP** : y-a-t-il des croyances et des points de vue sur l'utilisation d'une méthode contraceptive après l'accouchement qui risquent de freiner ou d'encourager le recours à la PFPP ?

- **Situation des femmes et des jeunes filles** : comment la situation des femmes et des jeunes filles affecte-t-elle l'utilisation de la planification familiale ? Existe-t-il des pratiques traditionnelles (par exemple *purdah*, excision génitale féminine) qui pourraient empêcher les femmes d'avoir accès à la PFPP ?
- **Participation des hommes** : y-a-il, en matière d'identité sexuelle, des normes – positives ou négatives – qui influencent la participation des hommes à l'action de SMNI et de planification familiale/santé génésique axée sur les femmes et les jeunes filles, en particulier durant la première année suivant l'accouchement, ou bien qui concernent la participation économique des femmes ou leur travail en dehors du foyer ?
- **PFPP et VIH/sida** : y-a-t-il des lignes directrices en matière de planification familiale pour les personnes vivant avec le VIH et le sida ? Les programmes de PTME incluent-ils information, services et produits de PFPP ?

2.3 Passage du général au particulier

Le tableau ci-dessous donne des exemples qui montrent comment les réponses aux questions énoncées dans la section 2.2 peuvent être reliées aux programmes et interventions potentiels. Ces options peuvent inciter à examiner de façon plus approfondie avec les instances concernées le type d'intervention à entreprendre face aux besoins dans des contextes et des situations spécifiques. Ces exemples ne prétendent pas à l'exhaustivité car les résultats peuvent tracer une orientation programmatique de bien des façons différentes.

Tableau 3. Exemples de constatations et de possibilités d'intervention de programme

EXEMPLES DE CONSTATATIONS	POSSIBILITÉS D'INTERVENTION DE PROGRAMME
<ul style="list-style-type: none"> • Forte proportion de besoins non satisfaits concernant la prévention de futures grossesses • Fort pourcentage de naissances en institution • Système de santé doté d'une infrastructure au niveau du district pour la pose de DIU et la stérilisation féminine 	<p>Services intrapartum en institution :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer l'action de conseil et la gamme des choix de manière à inclure les méthodes CRLDA et les méthodes permanentes • Intégrer l'action de conseil et les services pour la pose immédiate de DIU, l'occlusion tubaire et les conseils relatifs à l'AES dans les services de travail et d'accouchement ainsi que dans la maternité post-partum des établissements de district ou de niveau inférieur, le cas échéant
<ul style="list-style-type: none"> • Faible prévalence de l'utilisation des méthodes de contraception modernes • Forte utilisation des méthodes traditionnelles • Existence d'un réseau d'ASC qui assure à domicile des soins pré- et postnataux • Intervalles rapprochés entre les naissances • Fort pourcentage de naissances à domicile 	<p>Communauté :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apprendre aux ASC à intégrer l'éducation communautaire et l'action de conseil individuelle sur le BCEG, l'AES et l'AL avec orientation-recours pour d'autres méthodes de planification familiale dans le cadre des soins normaux • Encourager les consultations postnatales dès après un accouchement à domicile pour dispenser les soins essentiels au nouveau-né et évoquer l'AES/l'AL • Privilégier l'AL comme voie de passage vers d'autres méthodes de contraception modernes • Examiner avec les femmes leurs souhaits en matière d'espacement ou de prévention des naissances et leur donner des informations sur les méthodes contraceptives et les services compétents • Utiliser des services intégrés à base communautaire pour la SMNI/ planification familiale

EXEMPLES DE CONSTATATIONS	POSSIBILITÉS D'INTERVENTION DE PROGRAMME
<ul style="list-style-type: none"> Existence d'un système d'assurance ou d'autres mécanismes financiers, remise de bons par exemple, pour les services de maternité de base et les soins postnatals 	<p>Financement :</p> <ul style="list-style-type: none"> Inclure la PFPP dans l'enveloppe de services accouchement pour veiller à ce que toutes les méthodes contraceptives puissent être envisagées pendant la période élargie du post-partum
<ul style="list-style-type: none"> Taux élevés d'allaitement au sein Bons résultats des séances de vaccination dans les centres de santé 	<p>Soins postnatals et soins aux nourrissons :</p> <ul style="list-style-type: none"> Introduire l'AL et l'action de conseil sur le passage à d'autres méthodes contraceptives efficaces Ajouter un prestataire spécialisé en planification familiale aux effectifs des programmes de vaccination systématique ou aiguiller les femmes vers le service de planification familiale du dispensaire
<ul style="list-style-type: none"> Fort taux de rotation du personnel entre établissements et à l'intérieur des établissements Manque de compétences et de connaissances sur la PFPP parmi le personnel des établissements, notamment concernant l'adoption de méthodes CRLDA/méthodes permanentes Manque de personnel qualifié dans les établissements pour assurer des services de SMNI et de planification familiale 	<p>Renforcement des capacités du personnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> Renforcer les politiques et les pratiques pour prendre en compte les problèmes de développement et de rétention du personnel de manière à disposer d'agents qualifiés en planification familiale pour les soins prénatals, le travail et l'accouchement, et pour les soins postnatals Mettre en place un programme complet de formation en santé génésique, ou le renforcer s'il existe déjà, pour prendre en compte les questions de la maternité sans risque, de la planification familiale et de la formation à la santé néonatale et infantile Inscrire les notions de PFPP dans la formation initiale et veiller à ce que les programmes de formation, les stages pratiques et les examens traitent de la PFPP et du BCEG Envoyer dans un premier temps des équipes mobiles dans les établissements périphériques pour dispenser des services tout en développant les capacités du personnel à long terme Privilégier les interventions communautaires de PFPP, notamment l'AES, l'AL, la pilule, les produits injectables et le préservatif, tout en veillant aux besoins des agents de santé et aux compétences nécessaires dans les établissements
<ul style="list-style-type: none"> Forte prévalence du VIH et existence de services de PTME 	<p>Répondre aux besoins des femmes vivant avec le VIH :</p> <ul style="list-style-type: none"> Intégrer la PFPP dans les services de PTME, la promotion de l'AES et de l'AL et l'alimentation complémentaire à six mois, avec passage à une autre méthode contraceptive efficace

Chapitre 3

Intégration de la planification familiale du post-partum dans les différents points de contact – diversité des contextes

Les programmes et interventions de PFPP ont pour but d'atteindre les femmes pour les informer de les prendre en charge à l'un ou plusieurs des points de contact du système de santé, notamment : 1) les soins prénatals ; 2) le travail et l'accouchement, y compris la période précédant la sortie de l'établissement ; 3) les soins postnatals ; et 4) la vaccination et les consultations relatives à la santé de l'enfant. Le chapitre 3 donne des renseignements utiles pour la mise au point d'une intervention de PFPP à l'un ou plusieurs des points de contact en question, notamment des exemples d'objectif programmatique, de stratégie, d'activité et d'indicateur. Sans prétendre à l'exhaustivité, l'information est présentée pour offrir une gamme de stratégies et d'actions afin d'illustrer les types d'intervention de programme qui pourraient servir à intégrer la PFPP dans les différents services de soins offerts aux femmes. Ces stratégies peuvent s'appliquer au niveau national, institutionnel, local ou communautaire, selon l'ampleur et l'échelle de l'intervention de programme envisagée. De plus, elles peuvent servir à mettre au point un nouveau programme ou renforcer un programme qui existe déjà. Les stratégies et activités peuvent être adoptées ou adaptées pour répondre à des besoins et des situations spécifiques, tels que définis en fonction des résultats de l'analyse qui a fait l'objet du chapitre 2. De plus, chaque section comprend pour quelques pays des exemples de stratégie utilisée pour atteindre les femmes pendant le post-partum. Dans l'annexe 2 sont résumées les données factuelles, publiées ou non, issues de l'évaluation d'interventions programmatiques en matière de PFPP. Les données factuelles ont servi de base à la mise au point des stratégies de programme présentées à titre d'exemple dans les tableaux du présent chapitre.

3.1 Soins prénatals

On entend par soins prénatals les services dispensés à une femme pour suivre son état de santé, le déroulement de sa grossesse et son bien-être d'une façon générale. Ils sont l'occasion d'encourager les femmes à accoucher en présence d'une personne qualifiée et de donner des conseils sur l'importance de la planification familiale et les options de contraception disponibles, y compris celles qui peuvent être adoptées au moment d'un accouchement en institution (OMS, 2006 ; OMS, 2010b). Des informations et des conseils sur la pose d'un DIU peuvent être donnés, et le consentement peut être obtenu avant le travail si une femme choisit cette méthode. Pour un couple ou une femme qui ne souhaite plus d'enfant, les soins prénatals sont également l'occasion d'offrir des conseils sur les méthodes permanentes, et l'on peut obtenir le consentement éclairé volontaire confirmant que la femme ou le couple a compris qu'il s'agit d'une option permanente. Les soins prénatals peuvent aussi être dispensés à l'occasion de pratiques à domicile et/ou dans un établissement. Ils aident donc à assurer le lien indispensable entre les services de soins dispensés dans la communauté et ceux qui le sont dans un établissement. Ils sont également l'occasion d'inciter les maris et les membres de la famille à encourager des comportements favorables à la santé pendant la grossesse et le post-partum.

Tableau 4. Contacts à l'occasion des soins prénatals

Objectif général du programme : <ul style="list-style-type: none"> Les femmes enceintes exposent leurs intentions en ce qui concerne l'espacement ou la prévention des grossesses et choisissent une méthode de PFPP à l'occasion des consultations prénatales Résultats du programme : <ul style="list-style-type: none"> Nombre/pourcentage de clientes des services de soins prénatals qui ont reçu information et conseils sur la PFPP et l'AES Nombre/pourcentage de clientes des services de soins prénatals qui ont choisi une méthode de PFPP et l'ont fait inscrire sur leur fiche de soins prénatals/fiche cliente 		
EXEMPLES DE STRATÉGIE DE PROGRAMME	EXEMPLES D'ACTIVITÉ DE PROGRAMME	EXEMPLES D'INDICATEUR
Renforcer la sensibilisation et la demande en matière de PFPP pendant la période prénatale	<ul style="list-style-type: none"> Intégrer l'information et l'action de conseil PFPP dans les services de soins prénatals et de PTME proposés dans les établissements et dans la communauté Dispenser des services de conseil consistant notamment à examiner avec la femme ou le couple leurs souhaits en matière de procréation et la gamme des options contraceptives disponibles, y compris la vasectomie Charger des agents de santé d'assurer systématiquement une éducation de groupe sur la PFPP, le BCEG et l'AES pendant les consultations prénatales Mettre du matériel d'information, d'éducation et de communication (IEC) sur la PFPP à la disposition des établissements pour que les femmes l'emmènent chez elles et que les agents de santé s'en servent lors des visites à domicile Encourager la participation des maris et d'autres membres de la famille à l'action d'éducation et de conseil pendant la période prénatale 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre/pourcentage de consultations prénatales incluant une action d'information et de conseil sur la PFPP Proportion de fiches clientes qui sont correctement remplies et attestent d'une action de conseil PFPP et de la méthode choisie, le cas échéant Nombre/pourcentage de prestataires de soins prénatals qui ont les compétences nécessaires pour donner des conseils en matière de PFPP Nombre/pourcentage de femmes présentes aux consultations prénatales qui reçoivent du matériel IEC sur les options en matière de PFPP Nombre/pourcentage de séances de PTME incluant une action d'information et de conseil sur la PFPP

EXEMPLES DE STRATÉGIE DE PROGRAMME	EXEMPLES D'ACTIVITÉ DE PROGRAMME	EXEMPLES D'INDICATEUR
<p>Renforcer la continuité des liens et l'orientation-recours en matière de soins entre, d'un côté, les services en établissement et dans la communauté et, de l'autre, les services de soins prénatals et d'accouchement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les ASC repèrent, aiguillent et suivent régulièrement les femmes enceintes dans l'optique des soins prénatals et font passer ou renforcent les messages de PFPP • Mettre en place ou renforcer les voies d'orientation-recours entre les services de soins prénatals et les services de travail et d'accouchement, qu'ils soient assurés ensemble ou répartis sur différents établissements • Il existe un dispositif tel que la fiche cliente, qui permet d'enregistrer exactement et de communiquer des données sur les besoins sanitaires des clientes et leurs choix immédiats en matière de PFPP • Pour les femmes vivant avec le VIH, s'assurer qu'il existe une liaison avec les services de planification familiale à l'occasion des soins anti-VIH au nourrisson et de la poursuite du traitement anti-VIH chez la mère 	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de femmes enceintes qui bénéficient d'une certaine continuité des soins (c'est-à-dire avec le même prestataire, au même endroit ou avec la même équipe de prestataires en établissement ou dans la communauté) • Proportion de PPS prénatals disposant de protocoles d'orientation-recours qui comprennent une documentation sur les clientes envoyées dans d'autres services • Nombre/pourcentage de clientes des consultations prénatales dont la fiche donne toutes les informations sur la grossesse et indique les conseils donnés en matière de PFPP et la méthode de PFPP immédiatement choisie • Nombre/pourcentage de clientes de la PTME dont la fiche donne toutes les informations sur la grossesse et indique l'action de conseil PFPP menée et la méthode de PFPP immédiatement choisie
<p>Améliorer le cadre général pour intégrer la PFPP dans les services de soins prénatals</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la PFPP dans les politiques et stratégies nationales SMNI et PF • Intégrer la PFPP dans les lignes directrices pour la prestation des services et le suivi de la qualité des soins prénatals • Améliorer les connaissances, les aptitudes et les pratiques des prestataires de soins prénatals et des ASC pour qu'ils puissent aider à dispenser information et services en matière de PFPP • Intégrer la PFPP dans les programmes de formation initiale • Vérifier que la PFPP figure dans le programme national PTME 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de politiques et stratégies nationales SMNI, PF et PTME où figure la PFPP • Nombre/pourcentage de PPS qui disposent de lignes directrices pour la PFPP ; nombre/pourcentage de PPS qui vérifient que la PFPP est bien incluse dans les services de soins prénatals et les services PTME • Nombre/pourcentage de prestataires de soins prénatals et PTME ainsi que d'ASC qui dispensent information et conseils en matière de PFPP à toutes les clientes des consultations prénatales • Nombre/pourcentage d'établissements de formation initiale où la PFPP figure dans les programmes d'études, les lignes directrices pour les services et les protocoles, conformément aux recommandations internationales MEC et aux orientations contenues dans les politiques et stratégies nationales PFPP ; nombre/pourcentage de diplômés ayant appris à mener un entretien et une action de conseil de PFPP à l'occasion des soins prénatals et des services PTME

3.2 Travail et accouchement/période préalable à la sortie de l'établissement

Ce point de contact fait intervenir différents stades du séjour dans l'établissement, notamment admission, début du travail, accouchement, séjour à la maternité, post-partum immédiat et période préalable à la sortie de l'établissement. Il est recommandé de donner des conseils sur l'importance de la planification familiale et les méthodes contraceptives notamment l'aménorrhée lactationnelle (OMS, 2006 ; OMS, 2010b). Pour les femmes qui n'ont que peu accès aux soins de santé en institution, l'accouchement dans un établissement est une occasion exceptionnelle de vérifier leurs souhaits en matière de procréation et leurs besoins du point de vue de la contraception : cela n'exige pas une deuxième consultation qui risque d'être très coûteuse ou contraignante. Si une femme désire se faire poser un DIU ou subir une stérilisation immédiatement après l'accouchement, il faut être très vigilant et s'assurer que des conseils de qualité lui ont été donnés pour vérifier le choix qu'elle a fait. Selon les critères de recevabilité de l'OMS (MEC-OMS, 2009), plusieurs méthodes peuvent être proposées par les services de planification familiale durant la période du post-partum immédiat : l'aménorrhée lactationnelle (AL), le DIU, le préservatif et la stérilisation (masculine ou féminine). Les méthodes fondées sur les progestatifs seuls peuvent être recommandées aux femmes qui n'allaitent pas leur enfant avant qu'elles quittent l'établissement.

Tableau 5. Contacts pendant le travail et l'accouchement/avant la sortie de l'établissement

Objectifs généraux du programme :

- Les femmes qui choisissent une méthode à l'occasion des soins prénatals ou au moment de l'accouchement reçoivent des services PFPP de qualité avant de quitter l'établissement
- Les femmes après l'accouchement reçoivent des conseils sur l'AES et l'AL avant de quitter l'établissement et commencent immédiatement à allaiter leur enfant au sein

Résultats du programme :

- Proportion de femmes qui choisissent une méthode à l'occasion des soins prénatals et adoptent la méthode souhaitée avant de quitter l'établissement
- Proportion de clientes de maternité qui demandent à adopter une méthode lors de l'action de conseil au début du travail ou avant de quitter l'établissement et sont en mesure d'utiliser la méthode souhaitée avant leur départ
- Proportion de femmes qui ont l'intention d'allaiter leur enfant exclusivement au sein et qui commencent à allaiter avant de quitter l'établissement et pratiquent l'AL après leur départ

Suite ...

EXEMPLES DE STRATÉGIE DE PROGRAMME	EXEMPLES D'ACTIVITÉ DE PROGRAMME	EXEMPLES D'INDICATEUR
<p>Il existe des liaisons et des protocoles efficaces pour soutenir l'action de conseil et d'aiguillage PF des clientes de maternité en ce qui concerne l'information, les services et la continuité des soins PFPP</p>	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les capacités des accoucheuses qualifiées pour qu'elles puissent donner des conseils judicieux de PF, y compris sur l'AL, aux femmes qui accouchent à domicile et, pour celles qui le demandent, assurer une orientation-recours pour la pose d'un DIU (dans les 48 heures) ou pour une occlusion tubaire (dans la semaine qui suit) Veiller à ce que l'action de conseil préalable à la sortie de l'établissement comprenne des messages sur les signes de danger pour la mère et le nourrisson, sur l'AES, l'AL, la possibilité d'espacer ou d'éviter les grossesses, le BCEG, le retour de la fécondité et la reprise de l'activité sexuelle, les méthodes modernes pouvant être utilisées sans danger pendant l'allaitement au sein, et sur la transition de l'AL à une méthode moderne (si la femme utilise cette méthode) et sur le calendrier des visites de suivi et la localisation des services 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion d'accoucheuses qualifiées ayant les compétences nécessaires en matière d'information, de conseil et de prestation de services PFPP (le cas échéant) ainsi que d'aiguillage des patientes Nombre/pourcentage de fiches clientes et de registres d'établissement qui sont correctement remplis et incluent des données sur l'action de conseil PFPP, la méthode contraceptive choisie, les services dispensés et le suivi assuré
<p>L'infrastructure des PPS de maternité permet de dispenser des services PFPP de qualité</p>	<ul style="list-style-type: none"> Choisir des PPS de maternité et/ou en relever le niveau pour pratiquer la pose de DIU ou l'occlusion tubaire après l'accouchement, en veillant notamment à ce qu'il y ait de l'eau courante, de l'électricité et des locaux disponibles pour l'action de conseil individuelle et des salles pour pratiquer une opération ou un autre acte. Les achats sont gérés de manière à garantir un approvisionnement continu en produits, matériels, instruments et matériel jetable pour la PF 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion des PPS de maternité qui disposent sur place de fournitures, de matériel IEC, de matériel de référence pour les prestataires et d'outils professionnels (protocoles, normes et lignes directrices), de produits, de matériel et d'instruments pour la PFPP, y compris pour la pose de DIU et l'occlusion tubaire

EXEMPLES DE STRATÉGIE DE PROGRAMME	EXEMPLES D'ACTIVITÉ DE PROGRAMME	EXEMPLES D'INDICATEUR
<p>Une information, des conseils et des services PFPP de qualité, notamment pose de DIU et occlusion tubaire, sont dispensés dans les PPS de maternité par des agents compétents, sûrs d'eux et dévoués à la tâche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser une formation à l'action de conseil et aux activités cliniques fondées sur les compétences dans le cadre de la formation initiale et en cours d'emploi • Fournir aux agents de santé des outils professionnels ainsi que des protocoles de service, des lignes directrices, des listes de contrôle pour le dépistage et d'autres matériels de référence actualisés (OMS, 2012c) • Introduire ou renforcer la supervision pour aider les prestataires, notamment en assurant une rétro-information et une actualisation systématiques • Mettre au point un protocole ou améliorer celui qui existe pour veiller à ce que toutes les clientes qui demandent une occlusion tubaire donnent leur consentement en connaissance de cause avant le travail et l'accouchement • Mener d'autres activités éducatives au-delà du conseil individuel pour que les demandes soient formulées en connaissance de cause, par exemple à l'aide de séances d'information de groupe dans la salle du post-partum, de vidéos et d'affiches, de manière que les messages passent parmi les clientes et dans la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'agents cliniques possédant les compétences nécessaires pour l'action de conseil PFPP et la pose de DIU et/ou les services d'occlusion tubaire ; nombre de programmes de formation en cours d'emploi et/ou initiale qui incluent les compétences cliniques nécessaires pour la pose de DIU et l'occlusion tubaire • Indicateur pour les outils professionnels, protocoles • Nombre de prestataires qui atteignent 80 % des normes PFPP • 100 % des formulaires de consentement éclairé correctement remplis pour les clientes qui ont adopté comme méthode l'occlusion tubaire immédiatement après l'accouchement
<p>L'action de conseil sur l'AES et l'AL fait systématiquement partie des activités de conseil avant la sortie de l'établissement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Donner une formation aux prestataires pour qu'ils puissent bien conseiller et communiquer les messages appropriés concernant l'AL • Élaborer et appliquer des lignes directrices et des protocoles pour aider les mères à allaiter leur enfant dans la première heure du post-partum et leur prêter appui pendant leur séjour 	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion d'agents de santé qui connaissent les trois conditions de l'AL • Proportion des clientes de maternité qui reçoivent des conseils sur l'AES et l'AL

3.3 Soins postnatals

Les soins postnatals constituent une bonne occasion de conseiller les femmes en matière d'espacement des naissances et de planification familiale. Il faut aborder les options disponibles en matière de contraception et fournir un moyen contraceptif aux femmes qui en font la demande (OMS, 2010b ; OMS, 2013c). L'OMS recommande que les femmes qui ont accouché dans un établissement de santé bénéficient de soins postnatals pour le moins dans les 24 heures qui suivent l'accouchement. Si elles ont accouché à domicile, le premier contact postnatal devrait se faire le plus tôt possible dans les 24 heures qui suivent l'accouchement. Trois contacts postnatals supplémentaires sont recommandés : le troisième jour, entre le septième et le quatorzième jour après l'accouchement et six semaines après l'accouchement (OMS, 2013c). Il est important d'atteindre les femmes avant qu'elles risquent d'avoir une grossesse non désirée en les informant sur le retour de la fécondité, les possibilités qu'elles ont d'espacer ou d'éviter les futures grossesses, et enfin les avantages qu'il y a à le faire pour leur santé et celle de leur nouveau-né. Les interventions communautaires sont déterminantes pendant la période vulnérable où la femme revient chez elle après avoir accouché en institution, mais elles le sont aussi pour les femmes qui accouchent chez elles. Tant pour les accouchements en institution que pour les accouchements à domicile, l'OMS recommande que l'action de conseil et l'appui concernant l'AES fassent partie de chaque contact postnatal. Il est d'autre part recommandé qu'à l'occasion de ces contacts, des conseils soient donnés aux femmes sur l'espacement des naissances et la planification familiale. Il faut aborder la question des options disponibles en matière de contraception et fournir des moyens contraceptifs aux femmes qui en font la demande. Il faudrait également leur donner des conseils sur les pratiques sexuelles à moindre risque, notamment l'utilisation du préservatif. Pour les femmes vivant avec le VIH, la PFPP peut être intégrée dans les services normaux de soins postnatals s'ils sont prévus dans le programme PTME.

Tableau 6. Contacts à l'occasion des soins postnatals

Objectifs généraux du programme :

- Les femmes qui viennent d'accoucher commencent immédiatement à allaiter leur enfant au sein ; elles l'allaitent exclusivement au sein et pratiquent l'AL
- Les femmes venant d'accoucher et qui n'allaitent pas leur enfant exclusivement au sein ou ne l'allaitent pas du tout utilisent une méthode contraceptive moderne dans les six semaines du post-partum pour éviter une grossesse très rapprochée (une grossesse peut survenir dès 45 jours après l'accouchement si la femme n'allait pas son enfant exclusivement au sein)

Résultats du programme :

- Nombre et proportion de femmes qui, après l'accouchement, allaitent leur enfant exclusivement au sein et pratiquent l'AL six semaines après l'accouchement
- Nombre et proportion de femmes qui, après l'accouchement, n'allaitent pas leur enfant exclusivement au sein ou ne l'allaitent pas du tout et qui utilisent une méthode contraceptive moderne six semaines après l'accouchement
- Nombre et proportion de femmes aiguillées vers des services de contraception et qui utilisent une méthode contraceptive six semaines après l'accouchement

Suite ...

EXEMPLES DE STRATÉGIE DE PROGRAMME	EXEMPLES D'ACTIVITÉ DE PROGRAMME	EXEMPLES D'INDICATEUR
<p>Les soins à la mère et au nouveau-né sont dispensés à domicile par des sages-femmes et d'autres prestataires de soins, y compris des ASC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les sages-femmes et d'autres prestataires de soins, y compris les ASC, font passer des messages de PFPP et aiguillent les femmes vers les services de soins postnatals et de PFPP, notamment concernant le BCEG, l'AES/l'AL, le retour de la fécondité et les possibilités en matière de contraception pour les femmes qui allaitent ou non leur enfant • Les ASC sont en mesure de fournir à domicile une méthode à court terme (comme pilule, préservatif ou injection) aux femmes qui viennent d'accoucher • Les ASC reçoivent une formation en matière de conseil et de communication interpersonnelle, ils sont dotés d'outils professionnels et de fournitures contraceptives et bénéficient de séances d'actualisation et d'une supervision pour pouvoir dispenser une information, une orientation-recours et des services de qualité en matière de PFPP • Les ASC mènent des activités d'éducation communautaires destinées à associer les hommes, les familles et la communauté à l'action de PFPP 	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion d'ASC qui mènent des interventions de PFPP (dépistage, aiguillage et adoption d'une méthode, lorsqu'elle est approuvée) • Nombre d'activités de mobilisation communautaire organisées avec un élément de PFPP (y compris visites à domicile, réunions communautaires et expositions sur la santé) • Nombre d'ASC ayant fait l'objet d'une supervision (et que l'on a réapprovisionnés en produits et matériels de contraception) pour leurs activités de PFPP par rapport aux effectifs du centre de santé primaire • Nombre/pourcentage de femmes qui ont commencé à utiliser un moyen contraceptif dans les six semaines suivant l'accouchement • Nombre de pères visés par des messages de PFPP

EXEMPLES DE STRATÉGIE DE PROGRAMME	EXEMPLES D'ACTIVITÉ DE PROGRAMME	EXEMPLES D'INDICATEUR
<p>Les PPS assurent des soins postnatals incluant notamment information, conseils et services en matière de PFPP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Au moment du contrôle six semaines après l'accouchement, les femmes reçoivent information et conseils en matière de PFPP et se voient proposer les méthodes appropriées selon qu'elles allaitent ou non leur enfant • Les prestataires de soins postnatals reçoivent une formation et sont en mesure de donner des conseils et de fournir les méthodes appropriées pour les femmes allaitant ou non leur enfant et pour celles dont l'état de santé limite les possibilités de contraception. • Il existe de solides liens d'orientation-recours entre les divers prestataires et établissements assurant les soins du postpartum et les soins postnatals, notamment les dispensaires de PF, pour garantir la continuité des soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion d'établissements proposant au moins trois méthodes de PF, plus l'AL • Proportion de mères d'enfant de moins de six semaines ayant reçu des conseils en matière de PFPP à l'occasion des soins postnatals ou des consultations PTME • Proportion de PPS où au moins un agent chargé des soins postnatals ou de la PTME a été formé pour donner des conseils de PFPP et faire adopter une méthode • Proportion d'établissements ayant connu une rupture de stocks au niveau de l'application des méthodes de PF durant les trois derniers mois • Proportion d'établissements qui disposent d'outils professionnels conçus spécialement pour la PFPP, notamment pour l'action de conseil et le calendrier d'adoption d'une méthode • Proportion d'établissements disposant d'un système d'orientation-recours vers des services communautaires ou des services de plus haut niveau • Proportion de femmes qui, après l'accouchement, ont été aiguillées vers un service pour se faire poser un DIU ou un implant ou se soumettre à une stérilisation chirurgicale

3.4 Services de santé et de vaccination des nourrissons

Les consultations destinées à contrôler la santé des nourrissons et des jeunes enfants sont souvent pour les femmes les occasions les plus fréquentes, voire les seules, de se rendre dans un établissement de santé pendant la première année qui suit l'accouchement. Les services de vaccination systématique, les séances d'information, d'éducation et de communication concernant la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant (NMNJE) et, enfin, les consultations pour enfants bien portant ou enfants malades sont d'importantes occasions de débattre des questions de planification familiale avec les mères. Il y a des contacts réguliers liés à la vaccination, selon le calendrier du pays, par exemple à six semaines, à 10 semaines, à 14 semaines et à neuf mois. Les réunions organisées régulièrement sur la nutrition et l'alimentation du nourrisson, notamment le suivi et la promotion de la croissance et/ou la distribution de vitamine A, sont l'occasion d'atteindre de nombreuses femmes après l'accouchement lors d'entretiens éducatifs de groupe sur la planification familiale du postpartum. On conseille aux femmes de passer de l'aménorrhée lactationnelle à une autre méthode moderne de planification familiale lorsqu'elles commencent à donner des aliments de complément à leur nourrisson, voire plus tôt. Lorsqu'un enfant malade est vu par un agent de santé communautaire ou un prestataire de santé à l'occasion des consultations de prise en charge intégrée des cas dans la communauté/de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (OMS, 2008b), on peut demander à la mère comment elle va et quels sont ses besoins en matière de planification familiale. Les femmes tout comme les agents de santé ignorent souvent qu'il y a un risque de grossesse pendant la période du post-partum et n'accordent pas nécessairement à la contraception l'importance voulue avant la réapparition de la menstruation. Les efforts de sensibilisation peuvent contribuer à encourager entre les programmes de santé de l'enfant et de planification familiale des partenariats constructifs bénéfiques à la fois pour la santé de la mère et pour celle du nourrisson.

Tableau 7. Contacts à l'occasion des consultations et des séances de vaccination pour nourrissons

Objectifs généraux du programme :

- Les femmes qui ont accouché commencent à utiliser une méthode de contraception moderne dans l'année qui suit la naissance de leur enfant
- Les femmes qui ont accouché allaitent leur enfant exclusivement au sein et pratiquent l'AL jusqu'à ce que l'enfant ait six mois, puis elles passent à une autre méthode de contraception moderne (si elles n'en utilisent pas déjà une au bout de six mois)

Résultats du programme :

- Nombre et pourcentage de femmes présentes aux consultations de contrôle de la santé de l'enfant/vaccination qui commencent à utiliser une méthode de contraception moderne pendant la première année suivant une naissance (cela comprend la pratique de l'AL jusqu'à six mois et le passage de l'AL à une autre méthode moderne dans les six mois ou au bout des six mois)

Suite ...

EXEMPLES DE STRATÉGIE DE PROGRAMME	EXEMPLES D'ACTIVITÉ DE PROGRAMME	EXEMPLES D'INDICATEUR
<p>Intégrer la PFPP dans les services de vaccination systématique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lors des séances de vaccination, des entretiens de groupe sont organisés sur le BCEG, le retour de la fécondité, l'AES/AL, le désir d'espacer ou d'éviter les futures grossesses et les méthodes de PF • Les agents de la vaccination cherchent à déterminer les besoins des femmes en matière de PF et leur donnent un bon ou une fiche d'aiguillage vers des services de PF • Un agent spécialement affecté propose le même jour des services de PF sur place, notamment CRLDA, avant que la mère ne retourne chez elle • Il existe des liens et des protocoles dont se servent les agents de la vaccination et de la PF, et les dispensaires pour assurer un bon aiguillage vers les services de PFPP • Des agents communautaires mobilisent les femmes pour les journées de vaccination, aident, si possible en y participant, à mener des séances d'éducation de groupe à la PF et assurent le suivi des mères à domicile dans ce domaine 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre/proportion de PPS qui ont intégré la PFPP dans les séances de vaccination systématique • Nombre/proportion de mères présentes aux séances de vaccination dont on a déterminé les besoins en matière de PFPP • Nombre/proportion de mères dont les besoins ont été déterminés et qui ont été aiguillées vers des services de PF • Nombre/proportion de mères présentes aux séances de vaccination qui acceptent une méthode de PF le jour de la vaccination • Nombre/proportion de femmes ayant un enfant de moins de 12 mois qui utilisent actuellement une méthode contraceptive (par type de méthode utilisée)

EXEMPLES DE STRATÉGIE DE PROGRAMME	EXEMPLES D'ACTIVITÉ DE PROGRAMME	EXEMPLES D'INDICATEUR
<p>Intégrer les messages de PFPP dans les interventions de NMNJE (par exemple suivi de la croissance, promotion de la nutrition, distribution de compléments alimentaires et de vitamine A)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'action d'information, de conseil et d'aiguillage en matière de PF est menée moyennant des contacts structurés avec les mères présentes aux consultations portant sur le suivi de la croissance et la nutrition • Les mères d'un enfant de moins de six mois sont encouragées à poursuivre l'AES et l'AL, tandis que celles dont l'enfant est âgé de plus de six mois sont encouragées à passer de l'AL à une autre méthode moderne de PF • Les prestataires apprennent à exclure une grossesse chez les femmes qui allaitent leur enfant 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre/proportion des effectifs de personnel de NMNJE qui ont appris à conseiller les femmes concernant l'AES, les trois conditions de l'AL et le passage à une autre méthode de PF si l'une des conditions n'est plus remplie (ou lorsque l'enfant a atteint l'âge de six mois) • Nombre/proportion des effectifs cidessus qui a appris à déterminer les besoins des femmes en matière de PF et à les aiguiller vers les services appropriés • Nombre/proportion de femmes bénéficiant de services de NMNJE pendant le post-partum qui ont été visées par des messages de PF, ont eu l'occasion de préciser leurs besoins en matière de contraception et ont été aiguillées en vue d'utiliser une méthode de PF • Nombre/proportion de femmes ayant un enfant de moins de 12 mois qui utilisent actuellement une méthode contraceptive (par type de méthode utilisée)
<p>Intégrer la PFPP dans les services de santé de l'enfant (par exemple prise en charge intégrée des cas dans la communauté/prise en charge intégrée des maladies de l'enfant)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les agents qui soignent un nourrisson ou enfant malade s'enquièreent auprès de la mère de ses besoins en matière de PF et assurent l'aiguillage ou la liaison vers les services compétents • Les ASC cherchant à déterminer si un enfant est malade s'enquièreent également des besoins de la mère en matière de PF et soit lui dispensent des services soit lui fournissent ou refournissent du matériel soit l'aiguillent vers les services compétents 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre/proportion de PPS ayant intégré la PFPP dans les consultations de contrôle de la santé de l'enfant • Nombre/proportion de PPS ayant appliqué les protocoles relatifs à l'action de conseil auprès des femmes sur le BCEG et le risque de grossesse et les ayant aiguillées vers des services de contraception • Nombre/proportion de femmes ayant un enfant de moins de 12 mois qui utilisent une méthode contraceptive

3.5 Exemples de programme dans différents pays

On trouvera ci-après plusieurs exemples – publiés ou non – qui correspondent à différents contextes et montrent comment divers programmes ont mené des interventions de PFPP dans différents pays et à l'un ou plusieurs des points de contact mentionnés dans le présent chapitre. Des références bibliographiques supplémentaires sont données pour chaque exemple.

Tableau 8. Exemples de programme de pays

PAYS/INSTITUTIONS PARTENAIRES/DATE/RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	POINT(S) DE CONTACT PFPP/DESCRIPTION DU PROGRAMME/RÉSULTATS
<p>Pays : Bangladesh</p> <p>Partenaires : Ministère de la Santé et de la Famille, Shimantik (organisation non gouvernementale locale), MCHIP and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health ; avec un financement de l'USAID</p> <p>Date : 2007-2012</p>	<p>Point de contact PFPP : soins prénatals et soins postnatals</p> <p>Description du programme : l'étude sur la fécondité avait pour but d'examiner l'impact d'une intégration de la PF dans un programme communautaire de SMNI et ses répercussions sur les possibilités d'espacement des grossesses et sur les issues indésirables pour le nouveau-né. La stratégie comportait deux volets : le premier ciblait le système et le renforcement des capacités des prestataires de services, notamment le système d'orientation-recours, tandis que le second ciblait l'action de sensibilisation communautaire et la communication visant à modifier les comportements dans les ménages, dans la communauté et dans les établissements. Les deux groupes d'étude ont bénéficié d'une action d'information et de services SMNI menée par des ASC pendant la période prénatale et postnatale. Le groupe d'intervention a bénéficié d'une information et de services communautaires supplémentaires en matière de PF lors des activités de conseil.</p> <p>Résultats : la fréquence d'utilisation d'une méthode contraceptive était à peu près 2,5 fois plus élevée dans le groupe d'intervention que dans le groupe témoin 24 mois après l'accouchement. L'incidence des grossesses ultérieures au bout de 24 mois maximum après une naissance vivante était nettement inférieure dans le groupe d'intervention et la durée de l'allaitement exclusif au sein jusqu'à six mois était plus élevée dans ce même groupe. L'intégration n'a pas eu de répercussion négative sur le programme de SMNI et a garanti une plus grande égalité de couverture des services de PF. Les résultats de cette étude sont actuellement appliqués dans le cadre de MaMoni, projet intégré pour la maternité sans risque, la prise en charge du nouveau-né et la planification familiale mené par Jhpiego et Save the Children dans les districts de Sylhet et Habigang, au nord-est du Bangladesh.</p> <p>Référence bibliographique :</p> <p>Salahuddin A et al. Operations research to address unmet need for contraception in the postpartum period in Sylhet District, Bangladesh. Soumis pour publication, 2012 (http://apps.who.int/trialsearch/trial.aspx?trialid=NCT01702402).</p>

PAYS/INSTITUTIONS PARTENAIRES/DATE/ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	POINT(S) DE CONTACT PFPP/DESCRIPTION DU PROGRAMME/RÉSULTATS
<p>Pays : Égypte</p> <p>Partenaires : Population Council, Ministère de la Santé et de la Population, consultants pour la planification, l'analyse et l'administration dans le domaine social, avec un financement de l'USAID par le biais du projet Extension de la prestation des services (ESD)</p> <p>Date : 2005-2007 (étape de recherche opérationnelle) et 2009-2011 (étape de développement des activités)</p>	<p>Points de contact PFPP : consultations prénatales et postnatales</p> <p>Description du programme : pour aider les femmes à maintenir un intervalle d'au moins deux ans entre deux naissances et protéger ainsi leur santé, une étude de recherche opérationnelle a été faite pour comparer l'acceptabilité et l'efficacité de deux modèles prenant pour base, l'un, les dispensaires et l'autre la communauté pour la communication sur le changement de comportement (CCC) et la prestation de services. Le modèle « services de santé » consistait à faire passer des messages aux femmes sur l'espacement des naissances et la PFPP par l'intermédiaire des agents de santé pendant les consultations prénatales et post-partum. Le modèle « sensibilisation communautaire », qui dispensait aussi cette éducation aux femmes, comportait également un volet sensibilisation à l'intention des hommes. L'étude s'appuyait sur un schéma expérimental regroupant 20 établissements de santé de six districts sanitaires.</p> <p>Les résultats de l'étude de recherche opérationnelle ont servi à développer l'intervention initiale dans l'ensemble des gouvernorats d'Assiout et de Sohag. Il s'agissait de mener les activités suivantes : 1) réviser et mettre à jour le protocole de messages BCEG pour les femmes enceintes et les femmes venant d'accoucher ; 2) former les responsables de la formation des gestionnaires et superviseurs de PF et SMNI ; 3) former sur le tas le personnel des dispensaires (médecins, agents infirmiers) et fournir des outils professionnels ; 4) donner aux clientes du matériel d'information, d'éducation et de communication ; 5) confier le suivi et la supervision au Ministère de la Santé et de la Population et aux agents du Population Council ; 6) organiser des séminaires éducatifs à l'intention des maris ; 7) organiser les réunions du comité de pilotage ; et 8) organiser un atelier national d'orientation et de diffusion de l'information.</p> <p>Résultats : l'étude de recherche opérationnelle a montré qu'il était possible d'utiliser les modèles Services de santé et Communauté pour faire passer les messages sur l'espacement des naissances et la PFPP auprès des femmes ayant peu d'enfants et à leur mari et que cette formule était bien acceptée. Les deux modèles se sont avérés efficaces pour modifier les connaissances et les mentalités à l'égard du BCEG et pour développer le recours à la PFPP 10 à 11 mois après l'accouchement. Les deux modèles étaient associés à une meilleure utilisation des services, notamment pour la PF, par les femmes qui n'avaient qu'un enfant. Malgré tout, la crainte des effets secondaires de la contraception reste une préoccupation majeure pour les femmes comme pour les hommes des deux groupes et constitue un obstacle à un bon espacement des naissances.</p> <p>L'intervention de PFPP a été étendue à huit districts des gouvernorats d'Assiout et de Sohag, de manière à créer les conditions d'un élargissement des activités à d'autres districts de ces deux gouvernorats et dans d'autres gouvernorats du pays. Mais ce qu'il faut surtout retenir, c'est qu'il a été possible d'obtenir l'appui et l'engagement de responsables du Ministère au niveau central ainsi que l'appui et l'engagement des gestionnaires et des superviseurs au niveau des gouvernorats et des districts. Avec l'arrivée de forces islamistes plus conservatrices et vu les préoccupations face aux réactions négatives à l'égard de la PF en Égypte, l'adoption de l'approche BCEG pour faire passer des messages de PF pourrait s'avérer une méthode utile et politiquement acceptable.</p> <p>Référence bibliographique : <i>Scaling up the provision of family planning messages in antenatal and postpartum services in Upper Egypt.</i> New York, Population Council (pas de date) (http://www.popcouncil.org/projects/305_ScaleUpPFUpperEgypt.asp).</p>

PAYS/INSTITUTIONS PARTENAIRES/DATE/ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	POINT(S) DE CONTACT PFPP/DESCRIPTION DU PROGRAMME/RÉSULTATS
<p>Pays : El Salvador</p> <p>Partenaires : PASMO /El Salvador, Ministère de la Santé, Institut salvadorien d'assurance sociale et Population Services International (PSI), avec un financement d'un important donateur anonyme</p> <p>Date : depuis 2009</p>	<p>Point de contact PFPP : consultations prénatales et travail et accouchement/ période précédant la sortie de l'établissement</p> <p>Description du programme : le but de cette intervention est de développer l'accès à la PFPP en accroissant le nombre de prestataires et d'établissements capables de prendre en charge la pose de DIU et en améliorant la qualité des consultations de PF assurées pendant la grossesse. Il s'agit d'un partenariat public-privé impulsé au départ de l'extérieur et dans le cadre duquel PASMO/El Salvador a affecté des prestataires dans deux maternités du secteur public pour dispenser les services liés à la pose de DIU, en collaboration avec les habitants et les médecins. À mesure que le nombre de sites a augmenté, on est passé au stade de développement des capacités où des formateurs expérimentés de PASMO/El Salvador ont assuré la formation et la supervision du personnel de huit maternités du secteur public et deux du secteur privé, notamment des agents infirmiers. PASMO/El Salvador a fourni les formateurs et les prestataires, les matériels et modèles de formation et d'éducation, assuré les visites trimestrielles de supervision et fourni les DIU et le matériel de pose dans le cadre d'une action de marketing social.</p> <p>Résultats : avant 2009, les maternités d'hôpital ne proposaient pas de services de pose de DIU. Grâce à une formation des médecins, qui ont appris à poser des DIU après l'accouchement et grâce à l'appui obtenu auprès des agents infirmiers, le personnel des dispensaires concernés a pu proposer régulièrement depuis fin 2011 des services de pose de DIU dans 10 maternités d'hôpital (huit du secteur public et deux du secteur privé, qui dépendaient de l'Institut salvadorien d'assurance sociale), tandis que PASMO/El Salvador a apporté un appui constant aux formateurs de haut niveau et aux directeurs sous forme d'une supervision trimestrielle. À ce jour, 134 prestataires (dont 28 privés) ont appris à poser des DIU post-partum et le nombre de ces interventions est passé de 747 en 2009 à 993 en 2010 et 1044 en 2011. En 2012, la formation à la pose de DIU a été intégrée dans le programme de spécialisation d'une école de médecine d'El Salvador.</p> <p>Référence bibliographique : néant</p>

PAYS/INSTITUTIONS PARTENAIRES/DATE/ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	POINT(S) DE CONTACT PFPP/DESCRIPTION DU PROGRAMME/RÉSULTATS
<p>Pays : Inde</p> <p>Partenaires : Jhpiego, Gouvernement indien et gouvernements d'États, National Rural Health Mission, avec un financement de l'USAID, de la Fondation Bill & Melinda Gates, de la Fondation David et Lucille Packard et de l'Initiative norvégienne pour le partenariat avec l'Inde</p> <p>Date : depuis 2007</p>	<p>Point de contact PFPP : consultations prénatales et travail et accouchement/ période précédant la sortie de l'établissement</p> <p>Description du programme : ce programme tire parti de l'appui actuellement fourni par Jhpiego au Ministère de la Santé et de la Famille pour mettre en place une méthode de formation novatrice faisant appel à la formation en fonction des compétences, à des modèles anatomiques, à des normes de performance pour la prestation des services et à un appui technique pour renforcer dans le pays les services de pose de DIU pendant l'intervalle entre les grossesses. Le nombre d'accouchements en institution a été multiplié par 15 au moins depuis le lancement du Janani Suraksha Yojna (programme de virement d'espèces sous conditions) par le Gouvernement au titre de la National Rural Health Mission, ce qui a constitué une excellente occasion de renforcer les services de DIU post-partum (DIUPP) dans le cadre de la programmation du développement des services de PFPP.</p> <p>Pour institutionnaliser les services DIUPP/PFPP sur les sites participant au programme, on a mené une série globale d'interventions, notamment : mise en place de sites de formation clinique dans les États concernés ; formation d'une équipe de quatre prestataires dans chaque établissement pour assurer les services DIUPP/PFPP ; orientation sur place du personnel de tout le service d'obstétrique et de gynécologie et d'encadrement de l'établissement pour créer un environnement favorable ; fourniture d'instruments et de matériel d'IEC ; détachement de conseillers spécialisés chargés de mener les activités normales de conseil et d'orientation-recours pour la PFPP dans les dispensaires prénatales et les activités de suivi des clientes DIUPP ; organisation d'ateliers au niveau national et au niveau des États pour fixer des normes et échanger des données sur les expériences faites, les succès obtenus et les problèmes rencontrés ; supervision d'appui et suivi, notamment organisation d'une formation supplémentaire en fonction des besoins ; enfin, action de sensibilisation auprès des organisations professionnelles et des décideurs.</p> <p>Résultats : le programme DIUPP a réussi à développer la gamme des méthodes et le calendrier de prestation des services concernant les options de PF offertes aux femmes et aux couples. En décembre 2012, près de 82 000 femmes s'étaient fait poser un DIUPP, d'après les données provenant de 260 établissements de 19 États. Certains États avaient enregistré un taux d'adoption du DIU de plus de 10 % parmi les femmes qui avaient accouché en institution (avec un maximum de 33 %). Les résultats de suivi ont fait apparaître un taux d'expulsion de 2 % et un taux d'infection de 1 %, ce qui atteste de la qualité des services malgré leur développement rapide. Le programme a permis de lever des fonds et est actuellement mené à plus large échelle dans plus de 20 États. Grâce à une action soutenue de sensibilisation, il a réussi à susciter un changement de politique majeur, de sorte que les infirmières sages-femmes indiennes peuvent aujourd'hui poser des DIUPP dans l'établissement où elles travaillent, tandis que des conseillers de SMNI ont été recrutés dans tous les PPS du pays à forte intensité de travail.</p>

PAYS/INSTITUTIONS PARTENAIRES/DATE/ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	POINT(S) DE CONTACT PFPP/DESCRIPTION DU PROGRAMME/RÉSULTATS
<p>Pays : Inde</p> <p>Partenaires : Population Council, Lala Lajpat Rai Medical College, unités de district du Ministère de la Santé et de la Famille et Ministère du Développement de la Femme et de l'Enfant, avec un financement de l'USAID, de Population Council Frontiers et du projet Pathfinder ESD</p> <p>Date : 2006-2007 pour l'étape pilote et 2009-2011 pour l'étape de développement des activités</p>	<p>Point de contact PFPP : non précisé</p> <p>Description du programme : l'objectif de ce programme était de mobiliser la communauté pour encourager la PFPP et un bon espacement des naissances parmi les jeunes couples dans l'Inde rurale. Il s'agissait de faire appel à des agents communautaires du Ministère de la Santé et de la Famille, et du Ministère du Développement de la Femme et de l'Enfant pour mener une intervention CCC communautaire dans le cadre de systèmes intégrés de prestations du secteur public. Il s'agissait en particulier de réorienter les agents communautaires et de leur fournir des aides pour l'action de conseil, de remettre aux femmes enceintes un récit à lire avec leur famille, de réaliser des peintures murales dans les villages en des endroits bien visibles et, enfin, de réunir séparément des groupes d'hommes et de femmes. La réorientation des agents communautaires portait sur la santé maternelle et infantile, l'accouchement sans risque, l'AL et différentes méthodes de contraception. Les messages contenus dans les aides pour l'action de conseil et dans le récit ont été élaborés moyennant une méthode participative ; on avait préalablement vérifié dans la communauté la clarté du texte, le choix des mots, la pertinence des images, etc. Une liste de contrôle a été établie pour le suivi et la supervision. Les superviseurs ont appris à utiliser les résultats pour aider les agents communautaires à améliorer leurs compétences et mieux faire passer les messages aux femmes enceintes. Il a été créé un comité consultatif pour le projet présidé par le percepteur de district – c'est-à-dire la plus haute autorité du district pour le développement et l'administration. Le comité s'est réuni tous les trois mois pour examiner l'état d'avancement des activités et a donné des avis à toutes les personnes concernées. Le principal problème rencontré concernait la collaboration entre les départements du Ministère et les moyens d'encourager leurs agents communautaires à travailler ensemble sur l'approche CCC.</p> <p>Résultats : le niveau de connaissances sur les sujets couverts par la formation est passé parmi les agents communautaires de 32-44 % à 91-93 % d'après les questionnaires distribués avant et après l'intervention. Lors de l'étape pilote, il a été signalé un taux élevé d'utilisation des méthodes contraceptives modernes neuf mois après l'accouchement : 57 % dans la zone expérimentale (d'intervention) contre 30 % sur les sites témoins. D'autre part, l'intervention a permis d'améliorer la communication au sein des couples ; 60 % des femmes montraient le matériel CCC à leur mari et en discutaient avec lui. L'intervention de l'étape pilote a été menée dans deux zones d'un district comptant un million d'habitants. Elle a montré que non seulement le modèle CCC pour la PFPP était applicable et efficace mais qu'il pouvait être adopté sans ressources humaines supplémentaires ni changement organisationnel des structures de santé. L'extension des activités à l'ensemble du district, soit deux millions d'habitants, a été planifiée et mise en œuvre par les autorités du district, avec une assistance technique limitée des partenaires de l'étude.</p> <p style="text-align: right;"><i>Suite ...</i></p>

PAYS/INSTITUTIONS PARTENAIRES/DATE/ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	POINT(S) DE CONTACT PFPP/DESCRIPTION DU PROGRAMME/RÉSULTATS
	<p>Références bibliographiques :</p> <p>Sebastian MP et al. Increasing postpartum contraception in rural India: evaluation of a community-based behavior change communication intervention. <i>International Perspectives on Sexual and Reproductive Health</i>, 2012, 38(2):68-77.</p> <p>Sebastian MP, Khan ME & Roychowdhury S. Promoting healthy spacing between pregnancies in India: need for differential education campaigns. <i>Patient Education and Counselling</i>, 2010, 81:395-401.</p> <p>Sebastian MP & Khan ME. <i>Promoting optimal inter-pregnancy interval in India through integrated public delivery systems</i>. New Delhi, Population Council, 2007 (http://paa2007.princeton.edu/papers/70351).</p>
<p>Pays : Kenya et Swaziland (Initiative Integra)</p> <p>Partenaires : Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), avec un financement de la Fondation Bill & Melinda Gates</p> <p>Dates : 2008-2013</p>	<p>Point de contact PFPP : consultations postnatales</p> <p>Description du programme : l'intervention PFPP s'inscrit dans un projet de recherche sur cinq ans dont le but est de dégager de solides bases factuelles sur l'applicabilité, l'efficacité, le coût et l'impact de différents modèles pour dispenser des services intégrés de lutte contre le VIH et de santé sexuelle et génésique, dans des zones à forte et à moyenne prévalence du VIH, afin de réduire le taux d'infection par le VIH (et le discrédit qui lui est associé), de même que le nombre de grossesses non désirées. L'objectif est de déterminer les avantages de différents modèles intégrés (VIH/PF et VIH/consultations postnatales) pour améliorer la gamme, la portée et la qualité de certains services de santé sexuelle et génésique et de lutte contre le VIH.</p> <p>En prenant comme point d'entrée les consultations postnatales, on a renforcé les services de lutte anti-VIH et de PF pour les femmes qui se présentaient dans un service de consultations après un accouchement au Kenya et au Swaziland. Il s'agissait notamment de renforcer les capacités des prestataires pour l'action de conseil et les tests relatifs au VIH (et/ou orientation-recours vers les services de traitement antirétroviral) et pour les services PFPP moyennant un encadrement. Les agents connaissant bien par exemple les méthodes de CRLDA ont été encouragés à former leurs collègues du même établissement dans le cadre d'un processus structuré. Toutes les femmes présentes aux consultations postnatales se sont vues offrir les services suivants : conseils et tests concernant le VIH, liste des signes de danger pour la mère et le nouveau-né, vaccinations et conseils/prestations en matière de PFPP. Le principal outil professionnel était la trousse Balanced Counselling Strategy Plus qui comprend des fiches de conseil sur la PFPP.</p> <p>Résultats : les évaluations dans les établissements de santé et les entretiens avec les femmes qui quittaient les services postnatals ont permis de constater une amélioration des interactions entre les clientes et les prestataires. On a noté une augmentation statistiquement significative de la proportion des situations d'observation où les prestataires avaient abordé la question de la reprise de l'activité sexuelle (de 13,8 % à 41,7 %), du retour de la fécondité (de 17,4 % à 53,4 %), du BCEG (de 34,9 % à 60,8 %) et des avantages de l'espacement des naissances pour la mère comme pour l'enfant (de 7,3 % à 52 %). La notation composite moyenne pour les quatre secteurs est passée de 0,7 à 2,1.</p> <p>Référence bibliographique :</p> <p>www.integrainitiative.org.</p>

PAYS/INSTITUTIONS PARTENAIRES/DATE/ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	POINT(S) DE CONTACT PFPP/DESCRIPTION DU PROGRAMME/RÉSULTATS
<p>Pays : Mali</p> <p>Partenaires : PSI/Mali, ProFam, Ministère de la Santé, Division Santé de la reproduction et Département régional de la santé de Bamako, avec un financement du Fonds du Gouvernement néerlandais Choices and Opportunities, de l'USAID, du MCHIP et de la KFW</p> <p>Date : depuis 2009</p>	<p>Points de contact PFPP : santé de l'enfant/vaccinations</p> <p>Description du programme : cette intervention a pour but de donner aux femmes plus largement accès à la PFPP, notamment à la CRLDA, avec comme point d'accès les services de vaccination, afin de développer l'action de conseil et les services de PF dispensés sur place. Moyennant une approche de marketing social et en exploitant les enseignements tirés des programmes de PF menés dans d'autres pays, le modèle cherche à résoudre les problèmes qui, au fil des années, ont freiné le développement de la CRLDA. À partir des bons résultats obtenus dans le cadre d'une action pilote dans des dispensaires ProFam du secteur privé, un partenariat a été établi avec le Ministère de la Santé pour faciliter sa transposition dans des centres de santé communautaire du secteur public.</p> <p>La stratégie, qui s'appuie sur la demande de soins parmi les femmes, intègre l'action de conseil et la prestation des services de PF dans les séances normales de vaccination des enfants. Des exposés de 30 minutes réunissaient les femmes qui attendaient pour faire vacciner leur enfant, puis celles qui étaient intéressées par la PF ont reçu des conseils à titre individuel. Dans le cadre de ce partenariat, les sages-femmes de PSI/Mali ont été affectées aux établissements du Ministère de la Santé pour dispenser des services et former et encadrer des prestataires du secteur public en matière de conseil et de prestations. Les services CRLDA étaient subventionnés, tout comme les produits, le matériel et les articles jetables.</p> <p>Résultats : fin 2011, 149 prestataires du secteur public travaillant dans 73 centres de santé communautaire ont reçu une formation et une certification concernant l'action de conseil et la prestation de services CRLDA, et plus de 41 000 Maliennes utilisaient une méthode de CRLDA. Grâce à une collaboration multisectorielle, le prix des moyens de CRLDA au dépôt médical central géré par l'État a pu baisser. La CRLDA s'est avérée l'une des grandes priorités du plan stratégique national pour la PF.</p> <p>Référence bibliographique :</p> <p><i>Profam urban outreach: a high impact model for family planning.</i> Washington, DC, Population Services International, 2012.</p>

PAYS/INSTITUTIONS PARTENAIRES/DATE/ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	POINT(S) DE CONTACT PFPP/DESCRIPTION DU PROGRAMME/RÉSULTATS
<p>Pays : Zambie</p> <p>Partenaires : Ministère de la Santé, Society for Family Health (SFH) et PSI avec un financement de l'USAID, du Ministère néerlandais des Affaires étrangères et d'un donateur anonyme</p> <p>Date : depuis 2008</p>	<p>Point de contact PFPP : travail et accouchement/période précédant la sortie de l'établissement</p> <p>Description du programme : la pose de DIUPP comptait parmi les services dispensés dans le cadre d'un programme élargi de prestataires CRLDA destiné à proposer ces services dans des établissements de SMI du secteur public. Il s'agissait d'adjoindre des services de CRLDA aux centres de santé publique à fort volume de travail qui proposaient des services de SMI mais peu de services de PF. Le but était de susciter une demande de CRLDA en connaissance de cause et de donner plus largement accès aux services en utilisant l'infrastructure en place pour atteindre de nombreuses femmes dont les besoins en matière de PF après l'accouchement n'étaient pas satisfaits. La pose d'implants contraceptifs et de DIU a été introduite sur tous les sites du programme ; la pose de DIUPP a été ajoutée dans un tiers des sites. Les prestataires proposaient toute une gamme de moyens contraceptifs à brève ou longue durée d'action et se servaient de la rétro-information fournie par les clientes pour guider et améliorer la qualité des activités d'éducation.</p> <p>Les interventions consistaient notamment à former des sages-femmes aux méthodes de CRLDA et à les affecter à des établissements à fort volume de travail où elles secondaient le personnel de SMI. On a pu ainsi accroître le nombre d'heures et de journées pendant lesquelles les services étaient proposés dans les dispensaires. De plus, le programme a aidé à renforcer les capacités du personnel de SMI dans le domaine de la CRLDA, en améliorant l'offre de matériels éducatifs, en donnant des conseils sur place aux clientes potentielles qui attendaient de bénéficier de services et en posant implants ou DIU sur place.</p> <p>Résultats : Au total, 38 sages-femmes avaient été affectées à des établissements en décembre 2012 et 176 880 femmes avaient pu choisir un moyen de CRLDA, notamment 3926 de DIUPP (soit 5 % de l'ensemble des DIU fournis par le programme). Contrairement aux prévisions, le programme a réussi à atteindre une population plus jeune et ayant moins d'enfants, et 50 % des participantes au programme ne pratiquaient pas la contraception au moment de la pose du DIU.</p> <p>Référence bibliographique :</p> <p>Neukom J et al. Dedicated providers of long-acting reversible contraception: new approach in Zambia. <i>Contraception</i>, 2011, 83:447-452.</p>

PAYS/INSTITUTIONS PARTENAIRES/DATE/ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	POINT(S) DE CONTACT PFPP/DESCRIPTION DU PROGRAMME/RÉSULTATS
<p>Pays : Zambie</p> <p>Partenaires : Ministère de la Santé et Population Council, avec l'appui de l'OMS/RHR</p> <p>Date : 2011-2012</p>	<p>Point de contact PFPP : consultations postnatales</p> <p>Description du programme : afin d'améliorer la santé et la survie des mères et des nourrissons pendant la période postnatale et combler le fossé entre les programmes de PTME, de PF et de santé maternelle, les partenaires ont collaboré pour mettre au point des <i>Lignes directrices intégrées pour les soins postnatales</i> et mener une intervention visant à renforcer les soins postnatals et la PFPP en faveur des femmes et des nourrissons. Les lignes directrices privilégient les éléments essentiels des soins que devraient recevoir toutes les femmes et tous les nouveau-nés pendant la période postnatale (avant la sortie de l'établissement, lors des consultations au bout d'une semaine et de six semaines, et au bout de six mois) de façon à bénéficier en temps voulu des services qui leur sont destinés.</p> <p>Huit domaines d'intervention ont été repérés pour le renforcement des services de soins post-partum et postnatals, notamment : l'élaboration et l'adaptation des lignes directrices et des protocoles, les changements organisationnels et la clarification des rôles de tous les agents sur les sites d'intervention, la mise à disposition d'un minimum de matériel, de fournitures et de produits et, enfin, le renforcement de la collecte des données, des systèmes d'enregistrement et du système d'orientationrecours. Le programme a été mené dans deux districts de la province de l'est et deux autres de la province du sud entre juin 2011 et avril 2012. L'étude faisait appel à un modèle pré- et postintervention pour évaluer la qualité des soins dans les établissements avant et après l'intervention.</p> <p>Résultats : les comparaisons à l'intérieur des groupes et entre groupes au début et à la fin ont montré qu'il était possible de dispenser des soins postnatals intégrés et que les activités permettaient d'améliorer les compétences en matière de PF et de soins postnatals dans les établissements, de même qu'elles avaient un effet positif sur la disponibilité des lignes directrices. Les changements étaient toutefois limités entre le groupe initial et le groupe final, et l'on a noté peu de différences entre les sites d'intervention et les sites témoins. Les hôpitaux où l'intervention était menée avaient toutefois plus de chances d'être mieux équipés. En fin de programme, les prestataires étaient plus nombreux sur les sites d'intervention à utiliser la trousse Balanced Counselling Strategy Plus pour répondre aux besoins des femmes après l'accouchement concernant le VIH, les infections sexuellement transmissibles (IST) et la PF ; de même, leurs connaissances s'étaient améliorées concernant les produits de PF, les IST et les signes de danger pour la mère durant les premières heures du post-partum et pour le nouveau-né. Il convient de noter qu'à la fin les accoucheuses traditionnelles assuraient une grande partie des consultations postnatales dans les établissements d'intervention.</p> <p>Référence bibliographique :</p> <p>Warren C et al. <i>Evaluating the feasibility, acceptability, quality and effectiveness for strengthening postnatal care in Zambia</i>. New York, Population Council, 2012.</p>

Chapitre 4

Suivi et évaluation

Pour définir les buts et objectifs, déterminer ce que l'on entend par « réussite », si les buts et objectifs sont atteints, et, enfin, évaluer les progrès (et adapter les activités, le cas échéant, tout au long du processus) en vue des buts et objectifs, il est indispensable de disposer d'un outil pour la gestion, le suivi et l'évaluation des programmes. Il est important au moment de la conception du programme de savoir exactement quels seront les indicateurs utilisés pour le suivi et l'évaluation des progrès réalisés. Mais il est tout aussi important de préciser où et comment les données seront obtenues et recueillies. Le suivi et l'évaluation des programmes de PFPP sont un aspect particulièrement important car il n'existe pour l'instant que peu de données factuelles sur l'efficacité des divers modèles de programme. Les données issues du suivi et de l'évaluation aident les planificateurs de programme à demander un niveau constant ou accru de financement et d'appui à leur programme. L'une des principales limites de la documentation publiée vient de ce que l'information manque sur les modèles et processus qui sous-tendent les études d'intervention. Les directeurs de programme sont encouragés à privilégier l'évaluation systématique de leurs activités de PFPP et, dans ce contexte, à décrire de façon exhaustive les processus suivis pour mener à bien les interventions.

Le chapitre 3 donnait des exemples de buts et d'activités de programme assortis d'indicateurs montrant comment pourraient être abordés le suivi et l'évaluation d'un élément ou d'une intervention de programme PFPP. Dans l'idéal, il existe des dossiers sur les prestations de PF dans les systèmes d'information pour la gestion sanitaire relatifs aux soins prénatals, à l'accouchement, aux soins postnatals et aux services de santé de l'enfant. D'autres indicateurs sont présentés dans ce chapitre, en même temps que des définitions, tandis que des suggestions sont formulées à titre de référence pour les sources de données et la fréquence de collecte. Ces indicateurs sont présentés par section : politique/environnement favorable, prestation de services et, enfin facteurs liés aux clientes et à la demande.

Tableau 9. Exemple d'indicateurs de programme et de méthodes de collecte des données

INDICATEUR	DÉFINITION	NUMÉRATEUR/ DÉNOMINATEUR	COLLECTE DES DONNÉES	FRÉQUENCE
Politique/environnement favorable				
Nombre d'améliorations apportées aux lois, politiques, réglementations, protocoles, programmes d'études PFPP, ou nombre de lignes directrices PFPP reliées à une amélioration de l'accès aux services de santé et de leur utilisation qui ont été rédigées ou modifiées grâce à l'appui du programme	Nombre de lois, politiques ou lignes directrices élaborées ou modifiées pour améliorer l'accès aux services de PFPP et leur utilisation	Numérateur : nombre de lois, politiques, réglementations, protocoles ou lignes directrices élaborés et modifiés pour améliorer l'accès aux services de PFPP et leur utilisation Dénominateur : S/O	Rapport du programme, y compris examen des politiques aux niveaux national et infranational	Une fois par an

INDICATEUR	DÉFINITION	NUMÉRATEUR/ DÉNOMINATEUR	COLLECTE DES DONNÉES	FRÉQUENCE
Pourcentage d'établissements de formation initiale dotés de programmes d'études portant sur les principales compétences PFPP	Les programmes d'études portent explicitement sur la PFPP et sur les principales compétences requises de la catégorie pertinente de prestataire	Numérateur : Nombre d'établissements de formation initiale dotés de programmes d'études portant sur les principales compétences PFPP Dénominateur : Nombre total d'établissements de formation initiale	Examen des programmes d'études et des rapports sur la formation	Une fois par an
Prestation/capacité des services				
Nombre et proportion de PPS qui dispensent une action de conseil ou des services PFPP	L'action de conseil consiste à examiner avec la cliente les questions suivantes : connaissance et expérience de la PF, volonté d'espacer ou de limiter les naissances, méthode préférée, BCEG, plan concernant l'allaitement au sein, antécédents médicaux, information sur les options pertinentes (fonctionnement de la méthode, efficacité, avantages et inconvénients, effets secondaires courants, signes d'alerte, services d'orientation en cas de problème et information sur la prévention des IST/VIH) Nombre de PPS (à l'exclusion de la distribution dans la communauté) qui assurent une action de conseil ou des services, par type de service (PF/santé génésique, vertical, VIH, y compris PTME, soins prénatals, soins postnatals ou autres services SMNI)	Numérateur : Nombre de PPS, par type, où sont assurés une action de conseil ou des services PFPP Dénominateur : Nombre total/type de PPS	Observation, visites de supervision	Tous les trois mois

INDICATEUR	DÉFINITION	NUMÉRATEUR/ DÉNOMINATEUR	COLLECTE DES DONNÉES	FRÉQUENCE
Nombre/ pourcentage de PPS dans les zones bénéficiant de l'appui du programme qui proposent différentes méthodes contraceptives adaptées aux femmes qui viennent d'accoucher	Proportion de PPS qui proposent au moins trois méthodes de PF adaptées aux femmes qui viennent d'accoucher (y compris l'AL) et sont approvisionnés pour au moins 3 mois en DIU, pilules à progestatif seul, produits injectables, implants ou préservatifs pour les femmes après l'accouchement	Numérateur : Nombre de PPS qui proposent au moins trois méthodes de PF (y compris l'AL) et sont approvisionnés pour au moins trois mois en DIU, pilules à progestatif seul, produits injectables, implants ou préservatifs pour les femmes après l'accouchement Dénominateur : Nombre total de PPS	Observation directe	Tous les six mois
Proportion de PPS qui disposent de matériels IEC sur la PFPP destinés aux clientes et d'outils professionnels PFPP destinés aux prestataires	Des matériels IEC destinés aux clientes, tels que brochures ou affiches et des outils professionnels destinés aux prestataires sont visibles et effectivement utilisés	Numérateur : Nombre de PPS disposant de matériels destinés aux clientes et aux prestataires Dénominateur : Nombre total de PPS	Observation, visites de supervision	Tous les trois mois
Pourcentage de PPS ayant appliqué des protocoles de services avant la sortie de l'établissement qui incluent la PFPP	PPS qui mènent auprès des femmes avant leur sortie de l'établissement une action de conseil sur la PFPP et leur fournissent des matériels IEC et/ou une méthode contraceptive à la maternité conformément au protocole	Numérateur : Nombre de PPS où la PFPP figure dans le protocole de la maternité relatif aux services avant la sortie Dénominateur : Nombre total de PPS	Observation, visites de supervision	Tous les six mois
Proportion de prestataires qui savent quand les femmes peuvent commencer à utiliser les différentes méthodes PFPP	Proportion de prestataires formés par le programme qui savent quelles méthodes peuvent être utilisées pendant le post-partum notamment calendrier, bonne utilisation, effets secondaires et complications et moyens de les prévenir ou de les prendre en charge, et suivi	Numérateur : Nombre de prestataires qualifiés qui répondent à la définition Dénominateur : Nombre total de prestataires familiarisés avec le programme PFPP	Rapports du programme	Tous les six mois

INDICATEUR	DÉFINITION	NUMÉRATEUR/ DÉNOMINATEUR	COLLECTE DES DONNÉES	FRÉQUENCE
Nombre/ proportion de PPS pouvant faire la preuve d'une meilleure application des normes cliniques relatives aux prestations de PFPP	Il s'agit des PPS qui appliquent un processus normalisé d'amélioration de la qualité permettant d'atteindre un niveau prédéterminé de qualité acceptable (par exemple 80 % des normes PFPP)	Numérateur : Nombre de PPS répondant à la définition Dénominateur : Nombre total de PPS qui appliquent un processus normalisé d'amélioration de la qualité	Auto- évaluations ou évaluations gérées par un superviseur qui utilisent des listes de contrôle types ainsi que des observations ou des simulations d'interactions clientes- prestataires	Tous les six mois
Demande/clientes et communauté				
Nombre/ proportion de clientes des services de santé maternelle dans les PPS ou les journées spéciales soutenus par le programme, qui ont reçu des informations et/ou des conseils sur la PFPP	Proportion de femmes interrogées après l'accouchement qui disent avoir reçu des informations et/ou des conseils sur la PFPP, y compris l'AL	Numérateur : Nombre de femmes interrogées après l'accouchement selon les grandes lignes indiquées dans la définition Dénominateur : Nombre total de femmes vues après l'accouchement	Entretien de sortie avec les clientes	Tous les 6 mois
Proportion d'ASC formés à la PFPP	Proportion d'ASC formés à la PFPP, notamment filtrage, orientation-recours et fourniture d'une méthode, en cas d'approbation	Numérateur : Nombre d'ASC formés conformément à la définition Dénominateur : Nombre total d'ASC formés par le programme	Rapport du programme	Tous les trois mois
Nombre /proportion d'ASC assurant interventions, information et orientation-recours en matière de PFPP	Proportion d'ASC assurant en matière de PFPP filtrage, orientation-recours et fourniture d'une méthode, en cas d'approbation	Numérateur : Nombre d'ASC assurant des interventions conformément à la définition Dénominateur : Nombre total d'ASC bénéficiant de l'appui du programme	Rapport du programme, y compris rapports des ASC et du personnel d'encadrement	Tous les trois mois

INDICATEUR	DÉFINITION	NUMÉRATEUR/ DÉNOMINATEUR	COLLECTE DES DONNÉES	FRÉQUENCE
Couverture des services de PF				
Indice couples-années de protection (CAP) fourni par le programme SMNI	Protection estimative assurée par les services de PF pendant une année, sur la base du nombre de toutes les méthodes contraceptives fournies aux clientes de la PFPP pendant cette période. L'indice CAP est utilisé comme mesure de couverture intérimaire, car les taux de prévalence de la contraception sont généralement calculés à des intervalles de trois à cinq ans. On obtient l'indice CAP en multipliant le nombre des différents moyens distribués ou fournis aux clientes par un facteur de conversion, pour une obtenir une estimation de la durée de la protection contraceptive conférée par unité de méthode. Les indices CAP pour chaque méthode sont ensuite additionnés pour toutes les méthodes de manière à donner un indice total CAP (voir www.cpc.unc.edu/measure/prh/rh_indicators/specific/fp/cyp pour les facteurs de conversion)	Numérateur : Indice CAP Dénominateur : S/O	Statistiques des services ou données sur la logistique provenant du système d'information pour la gestion sanitaire	Une fois par an

Références bibliographiques

- Cleland J et al. Family planning: the unfinished agenda. *The Lancet*, 2006, 368(9549):1810-1827.
- DaVanzo J et al. Effects of interpregnancy interval and outcome of the preceding pregnancy on pregnancy outcomes in Matlab, Bangladesh. *BJOG*, 2007, 114(9):1079-1087.
- Jackson E & Glasier A. Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women: a systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 2011, 117:657-662.
- Ross J & Winfrey W. Contraceptive use, intention to use and unmet need during the extended postpartum period. *International Family Planning Perspectives*, 2001, 27(1):20-27.
- Rutstein SO. Further evidence of the effects of preceding birth intervals on neonatal, infant and under-five-years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the Demographic and Health Surveys. *DHS Working Papers, Demographic and Health Research* (41), 2008.
- Stover J & Ross J. How increased contraceptive use has reduced maternal mortality. *Maternal and Child Health Journal*, 2010, 14(5):687-695.
- Organisation mondiale de la Santé. *Soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et à la période néonatale : guide de pratiques essentielles* (2009). (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/924159084X/fr/, consulté le 10 octobre 2013).
- Organisation mondiale de la Santé. *Sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives*, 2^e éd. et mise à jour 2008, 2008 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241562846index/fr/index.html, consulté le 10 octobre 2013).
- Organisation mondiale de la Santé. *La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant*, 2008b (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/fr/, consulté le 10 octobre 2013).
- Organisation mondiale de la Santé. *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, 4^e éd. édition, 2011 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/fr/index.html, consulté le 10 octobre 2013).
- Organisation mondiale de la Santé. *Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*, 2010a (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, consulté le 10 octobre 2013).
- Organisation mondiale de la Santé. *Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health*, 2010b (http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_FCH_10.06_eng.pdf, consulté le 10 octobre 2013).
- Organisation mondiale de la Santé. *Planification familiale : manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier, mise à jour 2011*, 2011 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/fr/index.html, consulté le 10 octobre 2013).
- Organisation mondiale de la Santé. *From evidence to policy: Strengthening health system response: no opportunities missed*, 2012a (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75162/1/WHO_RHR_HRP_12.22_eng.pdf).
- Organisation mondiale de la Santé. *Family planning: a health and development issue, a key intervention for the survival of women and children*, 2012b (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/rhr_12_23/en/index.html, consulté le 10 octobre 2013).
- Organisation mondiale de la Santé. *Optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale*, 2012c (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_fr.pdf, consulté le 10 octobre 2013).
- Organisation mondiale de la Santé. *Recommandations OMS pour la vaccination systématique – tableaux récapitulatifs*, 2013a (http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/fr/index.html, consulté le 10 octobre 2013).

Organisation mondiale de la Santé. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*, 2013b (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf, consulté le 10 octobre 2013).

Organisation mondiale de la Santé. *WHO Recommendations on Postnatal Care of the Mother and Newborn*, 2013c (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/guidelines-recommendations-maternal-health.pdf, consulté le 4 novembre 2013).

Annexe 1

Déclaration en faveur d'une action collective pour la planification familiale du post-partum



Cette déclaration en faveur d'une action collective invite tous les programmes qui s'adressent aux femmes en post-partum au cours de la première année suivant la naissance à intégrer le conseil et les services de planification familiale du post-partum (PFPP) dans leurs interventions.

Les programmes doivent cibler en priorité les femmes en post-partum, c'est-à-dire celles qui ont les plus grands besoins non satisfaits en matière de PF, dans leurs plans stratégiques et opérationnels et dans leurs budgets, en veillant notamment à la mise à jour des connaissances et des compétences des différents prestataires, à l'offre de services intégrés de PFPP dans les structures sanitaires et les communautés, et à ce que les femmes, les hommes et les couples puissent se voir proposer un large choix d'options contraceptives.

La planification familiale pendant le post-partum : qu'est-ce que c'est ?

La planification familiale pendant le post-partum (PFPP) est la prévention des grossesses non désirées et rapprochées pendant les 12 mois suivant l'accouchement. C'est une période pendant laquelle non seulement la grossesse fait courir le plus grand risque à la mère et au bébé, mais où se présentent aussi le plus de possibilités de contacts avec les services de soins de santé.

Chaîne des contacts avec les soins de santé, offrant autant d'occasions de proposer la PFPP

Soins prénatals → Travail et accouchement → Soins post-partum → Suivi sanitaire de l'enfant

Pourquoi la PFPP est-elle importante ?

Bien que la PFPP sauve des vies, les femmes pendant la période élargie du post-partum ne reçoivent pas toujours une attention suffisante ou ne bénéficient pas toujours des services de planification familiale (PF) dont elles auraient besoin pour avoir accès à la contraception qui leur est vitale pendant cette période de vulnérabilité.

- Selon une analyse des données d'enquêtes démographiques et sanitaires menées dans 27 pays, 65 % des femmes à 0-12 mois du post-partum veulent éviter une grossesse dans les 12 mois suivants, mais n'ont pas recours à la contraception (1).
- La PF pourrait prévenir plus de 30 % des décès maternels et 10 % de la mortalité infantile si les couples espaçaient les grossesses d'au moins deux ans (2). Les grossesses rapprochées, dans l'année qui suit un accouchement, sont celles qui présentent le plus de risques pour la mère et le bébé, en augmentant notamment le risque d'effets indésirables sur l'issue de la grossesse, tels que la prématurité, un faible poids de naissance, et des bébés petits par rapport à l'âge gestationnel.

Les grossesses survenant moins de six mois après le dernier accouchement présentent un risque multiplié par 7,5 d'avortement provoqué, et un risque multiplié par 1,6 de mortinaissance (3).

- Les femmes en post-partum ne savent pas toujours qu'elles courent le risque de tomber enceintes même si elles allaitent. Une étude menée en Égypte a révélé que 15 % des femmes allaitantes, qui n'utilisaient pas la méthode de l'aménorrhée lactationnelle, étaient tombées enceintes avant leur retour de couches (4).

Stratégies pour répondre aux besoins non satisfaits de PFPP

Sensibiliser aux besoins de PF qu'ont les femmes pendant le post-partum : les prestataires, les femmes, leur famille et communauté, ainsi que les décideurs et les gestionnaires de programme, ne sont pas souvent bien au fait des besoins en PFPP et/ou ne savent pas qu'une femme peut redevenir fertile dans les premiers mois suivant l'accouchement, et que le démarrage en temps opportun de la plupart des méthodes contraceptives est sans danger pour la mère qui allaite. En outre, les décideurs ont besoin d'arguments convaincants pour étendre leur action au-delà des soins prénatals, des soins liés au travail et à l'accouchement, et des soins à l'enfant, afin d'y inclure les soins post-partum, notamment la PFPP.

S'assurer qu'aucune occasion n'est manquée dans la chaîne des soins : la continuité des soins tout au long de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum offre de nombreuses occasions de dispenser aux femmes des conseils et des services de PF. Entre 50 % et 60 % des femmes enceintes bénéficient de visites prénatales ou sont en contact avec des prestataires de soins de santé lors de l'accouchement ou peu après, et des contacts supplémentaires ont lieu pour les soins aux nourrissons et d'autres services de santé de l'enfant (5). Lorsque la PFPP est introduite dans le cadre des soins primaires, notamment les services complets de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) englobant les soins prénatals, les soins liés à l'accouchement et à la période néonatale, les soins liés à la vaccination et à la nutrition et les soins de santé communautaire, elle offre des moyens plus acceptables, rapides et efficaces d'atteindre les femmes en post-partum et de répondre à leurs besoins en PF (6,7).

Organiser les services : l'organisation efficace des services est essentielle pour faire une place et accorder suffisamment de temps au conseil et à la prise de décisions en matière de PF, et pour s'assurer que des services intégrés, tels que les salles d'accouchement ou les séances de vaccination, ont tout l'équipement, le matériel, les contraceptifs et le personnel qualifié nécessaires pour offrir la PF, y compris les méthodes à longue durée d'action et/ou permanentes. La formation, initiale et en cours d'emploi, de tous les prestataires de soins de santé SMNI doit garantir que tous sont compétents en conseil et services de PFPP.

Optimiser les soins en milieu communautaire : une étude récente a indiqué que 50 % des naissances ont lieu en dehors des établissements de santé (8) et que, parmi ces dernières, 70 % ne bénéficient pas de soins post-partum. En conséquence, ces femmes ont peu d'occasions de recevoir des informations ou de bénéficier de services de PF. Et les groupes les plus défavorisés, comme les adolescentes, les minorités et les femmes vivant en milieu rural ont parfois même encore moins accès à ces services. Il faut donner la possibilité aux agents de santé communautaire d'apporter l'information et les services aux femmes et aux hommes de leur communauté, plutôt que d'obliger ces derniers à se rendre dans les établissements de santé, qui risquent d'être éloignés ou inaccessibles. Impliquer les hommes dans la PFPP peut être une mesure efficace, du fait de leur rôle déterminant dans la prise de décisions et leur influence sur les comportements au sein des familles et des communautés et puisqu'il s'agit de clients potentiels.

Élargir l'éventail des possibilités en matière de contraception : les méthodes de PFPP qui peuvent être utilisées immédiatement après l'accouchement comprennent : 1) le dispositif intra-utérin, qui peut être inséré immédiatement et jusqu'à 48 heures après l'accouchement ou quatre semaines plus tard ; 2) la ligature des trompes, qui peut être réalisée jusqu'à une semaine après l'accouchement ou six semaines plus tard ; ou 3) la vasectomie, qui peut être pratiquée sur le partenaire de la femme à tout moment pendant la grossesse de la femme ou le post-partum. En fait, la vasectomie est une méthode de post-partum très appropriée et pratique, car le laps de temps de 12 semaines qui s'écoule avant que

le partenaire masculin soit infertile coïncide avec la pratique normale de l'abstinence post-partum. La période élargie du post-partum constitue la seule occasion pour une femme d'utiliser la méthode de l'aménorrhée lactationnelle,¹ qui peut être utilisée efficacement jusqu'à six mois après l'accouchement pendant que la mère allaite son bébé exclusivement au sein, fournissant ainsi une alimentation de première importance au nourrisson. D'autres méthodes contraceptives, parmi lesquelles la pilule, les produits injectables, les implants et le préservatif, peuvent être utilisées en toute sécurité par la mère, qu'elle allaite ou non, mais les périodes souhaitables pour le démarrage de ces contraceptions varient selon la méthode choisie et selon la pratique d'allaitement.

Avantages potentiels du programme de mise en œuvre de la PFPP

La période du post-partum, en particulier immédiatement après l'accouchement, est une période pendant laquelle les couples ont généralement de multiples contacts avec le système de soins de santé. Fournir une contraception lors de cette période est économiquement rentable et efficace parce que cela n'oblige pas à renforcer significativement le personnel, la supervision ou les infrastructures (9). En outre, pour les nombreuses femmes qui ont rarement recours au système de santé, la PF dispensée dans la période qui suit immédiatement l'accouchement n'impose pas un retour coûteux et contraignant à l'établissement, et multiplie ainsi les possibilités d'atteindre les couples et de leur faire connaître la PF.

L'intégration de la PFPP dans les programmes et les services de SMNI contribue à étoffer les services proposés aux femmes au cours de la première année qui suit l'accouchement, et à intensifier l'utilisation de la PF chez les femmes et leur partenaire pendant cette première année, et permettra à terme de diminuer considérablement les grossesses à haut risque, de diminuer les besoins non satisfaits en PF et d'améliorer la santé et la survie des mères et des enfants.

Références

1. Ross J & Winfrey W. Contraceptive use, intention to use and unmet need during the extended postpartum period. *International Family Planning Perspectives*, 2001, 27(1):20-27.
2. Cleland J et al. Family planning: The unfinished agenda. *The Lancet*, 2006, 368(9549):1810-1827.
3. DaVanzo J et al. Effects of interpregnancy interval and outcome of the preceding pregnancy on pregnancy outcomes in Matlab, Bangladesh. *BJOG*, 2007, 114(9):1079-1087.
4. Shaaban OM, Glasierr A. Pregnancy during breastfeeding in rural Egypt. *Contraception*, 2008, 77(5):350354.
5. Ross and Winfrey op. cit.
6. Huntington D & Alogan A. The integration of family planning and childhood immunization services in Togo. *Studies in Family Planning*, 1994, 25(3):176-183.
7. Saeed GA et al. Change in trend of contraceptive uptake-effect of educational leaflets and counseling. *Contraception*, 2008, 77(5):377-381.
8. Fort A, Kothari M & Abderrahim N. Postpartum Care: Levels and Determinants in Developing Countries. Calverton, Maryland, USA. Macro International, Inc., 2006.
9. Singh S et al. Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health. New York, Guttmacher Institute and UNFPA, 2009.

1 Les trois conditions de l'aménorrhée lactationnelle (AL) : 1) pas de retour des règles ; 2) allaitement exclusif ou quasi exclusif au sein ; et 3) nourrisson âgé de moins de six mois.

Annexe 2

Données factuelles utiles pour l'élaboration des programmes

Un examen de la documentation a permis de dégager des données factuelles concernant les interventions de programme pour la PFPP entre 2000 et juillet 2012. Les recherches dans les publications non officielles et les publications soumises à examen collégial ont été faites à l'aide de PubMed et de la Bibliothèque Cochrane ainsi que des moteurs de recherche sur Internet Google et Bing. Les principales constatations qui se dégagent des publications et leurs répercussions pour l'élaboration des programmes sont présentées dans le tableau ci-dessous pour chacun des points de contact où il est possible d'intégrer la PFPP dans les services de SMNI. Ces données factuelles ont été examinées par les experts présents à la consultation technique organisée par l'OMS en 2012 pour aider à élaborer les exemples de stratégie de programme présentés dans le chapitre 3. Les références bibliographiques sont indiquées ensuite pour les études mentionnées ici.

PRINCIPALES CONSTATATIONS /CONSIDÉRATIONS UTILES POUR LA PROGRAMMATION	DONNÉES FACTUELLES RECUEILLIES DANS LES PUBLICATIONS
Soins prénatals	
L'action de conseil sur la PF pendant la période prénatale peut contribuer à développer le recours à la contraception pendant le post-partum. Il semble que ce soit la qualité des conseils de PF qui change les choses.	<ul style="list-style-type: none"> • Un essai contrôlé randomisé (ECR) fait en Égypte a mis en évidence une augmentation du recours à la PFPP dans la période suivant immédiatement l'accouchement et dans les trois mois suivants à la suite d'une intervention d'éducation prénatale (Soliman, 1999). Deux autres ECR faits en Turquie et en Écosse ainsi qu'en Chine et en Afrique du Sud n'ont pas fait apparaître de différence (Akman et al., 2010 ; Smith et al., 2002). • Une étude avec groupe témoin non équivalent a montré que la contraception post-partum était plus utilisée après une action de conseil prénatal faisant intervenir les maris. Cet article donne toutefois peu de détails sur l'intervention (Varkey et al., 2004). • Un ECR mené dans un établissement a été précédé d'une étude qualitative sur des discussions de groupe ciblées et comportait également un élément communautaire (Turan et al., 2001). • Un ECR a pris comme résultat les connaissances plutôt que le recours à la contraception (Mullaney et al., 2010).
Les interventions pendant la période prénatale étaient plus efficaces lorsqu'elles faisaient partie de contacts multiples que lorsqu'elles se limitaient aux consultations prénatales.	<ul style="list-style-type: none"> • Un ECR mené dans quatre pays a montré que le fait d'adjoindre une séance de conseil prénatal aux soins normaux n'avait pas d'influence sur le recours à la contraception ou sur les taux de grossesses (Smith et al., 2002). Or, les études ci-dessus montrent que des contacts multiples ont un effet positif sur les connaissances en matière de contraception et/ou sur le recours à la contraception.

PRINCIPALES CONSTATATIONS /CONSIDÉRATIONS UTILES POUR LA PROGRAMMATION	DONNÉES FACTUELLES RECUEILLIES DANS LES PUBLICATIONS
Travail, accouchement et période précédant la sortie de l'établissement	
<p>Une action de conseil PFPP avant la sortie de l'établissement (avec notamment des matériels IEC) peut contribuer à développer le recours à la contraception.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un ECR fait au Pakistan a consisté à comparer les taux d'adoption d'un moyen contraceptif parmi les femmes qui avaient suivi une séance de conseil didactique informel de 20 minutes (avec leur mari ou un parent proche) et auxquelles on avait remis un feuillet sur la PFPP avant leur sortie de l'établissement et parmi des témoins ayant reçu les soins normaux. Les femmes bénéficiaires de l'intervention avaient plus de chances de recourir à la contraception, notamment à une méthode de contraception moderne, huit à 12 semaines après l'accouchement (Saeed et al., 2008). • Au Népal, une séance d'éducation sanitaire de 20 minutes sur la PF organisée immédiatement après l'accouchement par des femmes agents de santé formées à cet effet a contribué à une légère amélioration du recours à la contraception six mois après l'accouchement, par rapport à un groupe témoin (Bolam et al., 1998).
<p>L'accès aux méthodes contraceptives immédiatement après l'accouchement contribue à développer le recours à la contraception (y compris AL, DIU et stérilisation).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude de cohorte prospective randomisée faite au Pérou a porté notamment sur une salle de travail expérimentale où les femmes se voyaient proposer avant leur sortie la pose d'un DIU, l'adoption d'un moyen de protection mécanique ou la prise d'un contraceptif oral, pour celles qui n'allaitaient pas leur enfant. Les femmes du groupe témoin étaient aiguillées vers les services de PF souhaités après leur sortie. Le taux de recours à la contraception était nettement plus élevé parmi les femmes du groupe expérimental que parmi celles du groupe témoin (44,7 % contre 25,9 % au bout de 40 jours et 81,8 % contre 68,7 % au bout de six mois) (Foreit et al., 1993). • Potter et al. (2003) ont montré qu'au Brésil il y avait une forte demande non satisfaite de stérilisation féminine au moment de l'accouchement, mais ils ne mentionnent pas le recours ultérieur à la contraception lorsqu'une demande n'était pas satisfaite. • Un ECR consistant à évaluer le calendrier de pose d'un DIU (tout de suite après l'expulsion du placenta, 10 minutes à 48 heures après l'accouchement et au bout d'un certain intervalle) a montré qu'il y avait très peu de différence entre groupes dans l'utilisation du DIU à trois et à six mois. Il s'agissait d'une étude de faisabilité aux États-Unis qui a été incluse dans l'examen des publications (Dahlke et al., 2001).
<p>Des politiques publiques favorables peuvent jouer un rôle important et faciliter l'accès aux services d'occlusion tubaire si la femme le souhaite après l'accouchement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude prospective faite sur 1612 femmes enceintes au Brésil a montré que, lorsque la législation décourageait le recours à l'occlusion tubaire après une césarienne, 47,5 % des clientes des services de soins prénatals dans le secteur public et 14,6 % dans le secteur privé disaient vouloir être stérilisées avant de quitter l'hôpital où elles avaient accouché. Sur ce total, 69 % dans le secteur privé et 33 % seulement dans le secteur public ont subi une occlusion tubaire post-partum (Potter et al., 2003).

PRINCIPALES CONSTATATIONS /CONSIDÉRATIONS UTILES POUR LA PROGRAMMATION	DONNÉES FACTUELLES RECUEILLIES DANS LES PUBLICATIONS
Le fait d'améliorer l'aptitude des prestataires à mener une action de conseil de qualité et à dispenser des services de qualité grâce à une gamme de produits toujours disponibles contribue à améliorer le recours à la PFPP dans la période du post-partum immédiat.	<ul style="list-style-type: none"> • Au Honduras, une formation intensive du personnel axée sur l'action de conseil et la promotion des services de PF a été organisée à l'intention des médecins, des agents infirmiers, des auxiliaires infirmiers, des travailleurs sociaux et des éducateurs travaillant dans les salles d'obstétrique et gynécologie d'hôpital. De plus, médecins et agents infirmiers ont suivi une formation spécialisée concernant la pose des DIU et le matériel nécessaire pour pouvoir assurer les services (notamment pose de DIU après l'expulsion du placenta et avant la sortie de l'hôpital). Le programme a mis en évidence une augmentation de la proportion de femmes qui avaient reçu des informations sur la contraception au moment de l'accouchement, de la proportion de femmes intéressées par le recours à la contraception et de la proportion de femmes ayant adopté une méthode de contraception durant leur séjour à l'hôpital (Medina, 2001*).
Une action de conseil avant la sortie de l'établissement comportant des informations sur la vasectomie à communiquer au partenaire permet de repérer les clients.	<ul style="list-style-type: none"> • D'après les données d'un programme de vasectomie au Guatemala, il semble que le fait d'informer les femmes sur la vasectomie immédiatement après l'accouchement contribue à développer le recours à cette méthode chez leur partenaire (Vernon, Solórzano & Muñoz, 2007).
Il faudrait envisager une délégation des tâches pour encourager les accoucheuses qualifiées non médecins à dispenser des services de PFPP.	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude de cohorte longitudinale pré- et postintervention au Kenya a montré qu'avec la mise en place d'un ensemble complet de soins du post-partum comprenant des services de PFPP, les femmes étaient nettement plus nombreuses à adopter une méthode de planification familiale (65 % contre 35 %), y compris le DIU (30 % contre 3 %) qu'avant l'intervention. Tous les prestataires de services à l'exception d'un seul étaient des agents infirmiers ou des infirmières sages-femmes (Mwangi et al., 2008* ; Warren et al., 2010). • L'évaluation d'un projet mené au Kenya a montré que, parmi les femmes chez lesquelles une infirmière ou une infirmière sage-femme avait posé un DIU immédiatement après l'accouchement, le taux de poursuite était de 76 % trois à six mois après l'accouchement (Chaurat et al., 2011*).
L'action de conseil sur l'AL, notamment les visites à domicile et une aide pour l'allaitement, contribue à développer le recours à l'AL.	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude au modèle quasi expérimental intégrée à un ECR communautaire au Bangladesh a montré que les femmes du groupe d'intervention auxquelles un ASC faisait passer des messages de planification familiale et fournissait les produits nécessaires avaient davantage de chances de recourir à l'AL au bout de trois mois (23 % contre 0 %), d'utiliser une autre méthode contraceptive au bout de trois mois (36,4 % contre 10,8 %) et d'utiliser une méthode contraceptive quelle qu'elle soit au bout de 12 mois (42,1 % contre 27,1 %) (Baqui et al., 2011, non publiée). • Une étude quasi expérimentale pré- et postintervention avec groupe témoin menée en Inde a révélé que les femmes du groupe expérimental avaient davantage de chances d'utiliser un moyen contraceptif neuf mois après l'accouchement (62 % contre 31 %) et de recourir à l'AL quatre mois après l'accouchement (22 % contre 0 %). L'intervention comprenait une action de conseil en institution et dans la communauté ainsi qu'une campagne d'éducation avec des ASC faisant intervenir les maris et les belles-mères (Khan et al., 2008 ; Sebastian, Khan & Roychowdhury, 2010).

PRINCIPALES CONSTATATIONS /CONSIDÉRATIONS UTILES POUR LA PROGRAMMATION	DONNÉES FACTUELLES RECUEILLIES DANS LES PUBLICATIONS
<p>Inclusion de l'AL dans tous les programmes qui visent à accroître la prévalence d'utilisation d'autres méthodes de contraception modernes dans les 12 mois qui suivent l'accouchement et l'allaitement exclusif au sein dans les six mois.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite sur 519 utilisatrices de la méthode de l'AL dans 10 pays a montré que 68 % d'entre elles utilisaient une méthode contraceptive au bout de neuf mois, soit 79 % des femmes ayant dit vouloir espacer leurs grossesses (Labbok et al., 1997). • Une étude faite au Brésil a montré que la proportion de femmes qui recevaient des conseils sur l'AL et adoptaient la méthode avaient plus de deux fois plus de chances d'avoir recours à la contraception au bout de 12 mois que les autres (Hardy et al., 1998). • Une étude postintervention en Jordanie a montré que les utilisatrices de la méthode de l'AL avaient plus de chances que les femmes allaitantes qui n'avaient pas recours à l'AL (38 % contre 20 %) et celles qui ne pratiquaient pas la planification familiale (16 %) d'avoir recours à une méthode de contraception moderne au bout de 12 mois (Bongiovanni, 2005*).
Soins du post-partum/soins postnatals	
<p>Un programme communautaire consistant à former des ASC et les aider à donner des conseils de PFPP, conjugué à une action efficace d'IEC et à un appui coordonné du district, peut contribuer à développer le recours à la contraception post-partum, notamment l'adoption rapide d'une méthode au bout de trois à quatre mois.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude quasi expérimentale pré- et postintervention avec groupe témoin menée en Inde a révélé que les femmes du groupe expérimental avaient davantage de chances d'utiliser un moyen contraceptif neuf mois après l'accouchement (62 % contre 31 %) et de recourir à l'AL quatre mois après l'accouchement (22 % contre 0 %). L'intervention comprenait une campagne d'éducation dans la communauté et une action de coordination entre les autorités de district et les ASC (Khan et al., 2008).
<p>Des soins à domicile pendant la période prénatale et/ ou le post-partum peuvent contribuer à développer le recours à la contraception après l'accouchement, y compris l'AL.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude de cohorte prospective faite en Inde a révélé une augmentation sensible (61,8 % contre 30,6 %) du recours à la contraception neuf mois après l'accouchement chez les femmes du groupe d'intervention, par comparaison avec le groupe témoin. L'intervention comprenait notamment une campagne d'éducation menée par des agents communautaires avec dépliants, affiches, peintures murales et brochures. Elle s'adressait aux femmes enceintes, à leur mari, à leur belle-mère et aux personnes influentes dans la communauté (Sebastian et al., 2010 et 2012). • Une étude au modèle quasi expérimental intégrée à un ECR communautaire au Bangladesh a montré que les femmes du groupe d'intervention auxquelles un ASC faisait passer des messages de planification familiale et fournissait les produits nécessaires avaient davantage de chances de recourir à une méthode de contraception quelle qu'elle soit, au bout de trois mois (36,4 % contre 10,8 %), d'utiliser une autre méthode contraceptive au bout de 12 mois (42,1 % contre 27,1 %) et d'avoir recours à l'AL au bout de trois mois (23 % contre 0 %) (Baqui et al., 2011*).

PRINCIPALES CONSTATATIONS /CONSIDÉRATIONS UTILES POUR LA PROGRAMMATION	DONNÉES FACTUELLES RECUEILLIES DANS LES PUBLICATIONS
<p>Les visites à domicile à l'occasion des soins prénatals et postnatals ne contribuent pas nécessairement à développer le recours à la contraception.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude de cohorte prospective faite au Chili n'a mis en évidence aucun effet positif des visites prénatales et postnatales à domicile sur le recours à la contraception ou le taux de grossesses, par comparaison avec les femmes vues dans des dispensaires publics. Dans le groupe témoin au dispensaire, 21 % des femmes n'ont pas pu être suivies, alors que toutes les femmes ont pu l'être dans le cadre communautaire (Alvarado et al., 1999). • Un ECR fait en Syrie n'a pas permis de dégager d'effet positif sur le recours à la contraception parmi les femmes ayant bénéficié d'une à quatre visites à domicile après l'accouchement, par comparaison avec les autres femmes. Il y avait une nette augmentation du recours à l'allaitement dans les groupes d'interventions, mais l'AL ne figurait pas dans cette étude (Bashour et al., 2008). • Une étude de cohorte prospective faite en Palestine n'a pas révélé de différence sensible entre les femmes bénéficiant de visites à domicile en plus des soins de base et celles qui ne bénéficiaient que de soins de base, pour ce qui était du recours à la contraception <deux mois et six mois après l'accouchement (Center for Development in Primary Health Care, 2003*).
<p>Des soins communautaires faisant intervenir maris et belles-mères, de même que l'utilisation de matériel IEC, peuvent contribuer à développer le recours à la PFP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude de cohorte prospective faite en Inde a révélé une augmentation sensible (61,8 % contre 30,6 %) du recours à la contraception neuf mois après l'accouchement chez les femmes du groupe d'intervention, par comparaison avec le groupe témoin. L'intervention comprenait notamment une campagne d'éducation menée par des agents communautaires avec dépliants, affiches, peintures murales et brochures. Elle s'adressait aux femmes enceintes, à leur mari, à leur belle-mère et aux personnes influentes dans la communauté (Sebastian et al., 2010 et 2012). • Une étude analogue faite en Inde dans un groupe témoin quasi expérimental pré- et postintervention a montré que les femmes du groupe expérimental avaient plus de chances d'utiliser un moyen contraceptif neuf mois après l'accouchement (62 % contre 31 %) et de recourir à l'AL quatre mois après l'accouchement (22 % contre 0 %). L'intervention comprenait une campagne d'éducation communautaire avec des ASC faisant intervenir les maris et les belles-mères (Khan et al., 2008).

PRINCIPALES CONSTATATIONS /CONSIDÉRATIONS UTILES POUR LA PROGRAMMATION	DONNÉES FACTUELLES RECUEILLIES DANS LES PUBLICATIONS
<p>Il est vraisemblable que des programmes de durée assez longue avec de nombreux contacts tout au long de la chaîne des soins favorisent le recours à la PFPP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude faite en Égypte a porté sur un groupe post-test et un groupe témoin non équivalent, le modèle 1 consistant à faire passer des messages de PFPP lors des consultations prénatales et postnatales en institution et le modèle 2 comportant en plus un volet communautaire. L'étude a montré que les femmes des groupes d'intervention avaient plus de chances de recourir à la contraception 10 mois et 11 mois après l'accouchement (48 % et 43 % contre 31 %) et d'être protégées plus longtemps contre une grossesse que les femmes du groupe témoin (6,8 mois et 4,5 mois contre 2,9 mois) (Abdel-Tawab, Loza et Zaki, 2008*). • Une étude pré- et postintervention au Honduras qui comportait de nombreux contacts prénatals et post-partum pour l'action de conseil et l'élargissement de la gamme de méthodes proposées a permis de faire passer le taux d'acceptation de la stérilisation, du DIU et des contraceptifs oraux de 8,8 % au début du programme à 41,2 % au bout de 14 mois (Vernon et al., 1993).
<p>La mise en place d'une enveloppe globale de soins postnatals comprenant la PFPP peut contribuer à une utilisation accrue et plus précoce de la contraception chez les femmes après l'accouchement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude expérimentale pré- et postintervention avec groupe témoin faite au Guatemala a mis en évidence une augmentation <trois mois après l'accouchement de 7 % à 19 % dans le groupe expérimental et une réduction de 23 % à 15 % dans le groupe témoin, de même qu'une augmentation de 18 % à 25 % trois mois après l'accouchement dans le groupe expérimental et une diminution de 20 % à 14 % dans le groupe témoin. L'intervention comprenait la distribution de matériel IEC, la formation des prestataires de soins et un suivi dans la communauté et en institution (Jacobs, Brambila & Vernon, 2002*). • Une enquête pré- et postintervention faite dans la Fédération de Russie a mis en évidence une augmentation du recours à la contraception postpartum de 0 % à 65 % à la suite d'une intervention globale de soins prénatals et postnatals qui consistait notamment à fournir du matériel, à former des prestataires et à améliorer la qualité des soins pour dispenser des services complets (Stephenson et al., 1998).

PRINCIPALES CONSTATATIONS /CONSIDÉRATIONS UTILES POUR LA PROGRAMMATION	DONNÉES FACTUELLES RECUEILLIES DANS LES PUBLICATIONS
Services de santé pour nourrissons et vaccinations	
<p>Le recours à la PF peut se développer si la contraception est proposée à l'occasion des séances de vaccination.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude randomisée en grappes comportant deux groupes pré- et postintervention faite au Rwanda et où la PF était intégrée dans les séances de vaccination a montré que le taux d'utilisation de la PF était passé de 51 % à 57 % dans le groupe d'intervention et avait reculé de 58 % à 49 % dans le groupe témoin, sans effets négatifs sur les taux de vaccination (Dulli et al., 2012*). • Une enquête comparative sur séries chronologiques faite au Togo a mis en évidence une augmentation significative du nombre de femmes ayant adopté une méthode contraceptive, de 200/mois à 307/mois dans le groupe d'intervention alors qu'il y avait une augmentation non significative de 144/mois à 167/mois (NS) dans le groupe témoin après la mise en place d'une orientation-recours pour la PF au dispensaire du programme élargi de vaccination (PEV). Il y avait également une augmentation significative du nombre d'utilisatrices d'un moyen contraceptif, de 1035/mois à 1311/mois dans le groupe d'intervention contre une augmentation non significative de 704/mois à 768/mois dans le groupe témoin pour la même période (Huntington et Aplogan, 1994). • Une étude de cas au Mali a montré qu'à la suite de l'inclusion de messages et services de planification familiale lors des journées de vaccination, le taux d'utilisation des DIU et implants passait de 330 par an avant l'intervention à 3997 par an au bout d'un an et après 292 journées de vaccination, et à 5600 par an au bout de deux ans et après 1100 journées de vaccination (PSI, 2010*). • Une étude pré- et postintervention avec groupe expérimental et groupe témoin faite en Inde a montré que l'indice pour les femmes qui se présentaient au dispensaire pour des services de vaccination et bénéficiaient également de services PF passait de 0,42 à 0,62 par consultation dans le groupe d'intervention et reculait de 0,37 à 0,36 par consultation dans le groupe témoin. L'intervention comprenait l'utilisation d'un outil systématique destiné à repérer les femmes qui venaient faire vacciner leur enfant et avaient également besoin de services de PF (Das et al., 2005*). • Un ECR en grappes fait en Guinée-Bissau où des messages sur l'allaitement et la PF étaient communiqués lors d'une première consultation prénatale, ce à quoi s'ajoutaient des séances de vaccination à 6, 10 et 14 semaines, a montré que 31 DIU avaient été posés chez des femmes du groupe d'intervention, contre 14 seulement dans le groupe témoin (RR = 2,45) (Jakobsen et al., 1999).
<p>Les agents du Programme élargi de vaccination (PEV) peuvent avoir besoin d'améliorer leurs compétences en matière de PF, tandis que les agents des services de PF peuvent avoir besoin de se familiariser avec le PEV.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La plupart des études présentées plus haut mentionnent la formation des agents de vaccination pour qu'ils puissent faire passer les messages en matière de PF (Huntington et Aplogan, 1994 ; PSI, 2010* ; Das et al., 2005 ; Jakobsen et al., 1999).

PRINCIPALES CONSTATATIONS /CONSIDÉRATIONS UTILES POUR LA PROGRAMMATION	DONNÉES FACTUELLES RECUEILLIES DANS LES PUBLICATIONS
Planification familiale du post-partum pour les femmes vivant avec le VIH	
On peut atteindre des taux élevés d'adoption de la contraception parmi les femmes vivant avec le VIH si elles reçoivent des conseils pendant leur grossesse et qu'elles sont envoyées à un dispensaire de planification familiale après l'accouchement.	<ul style="list-style-type: none"> Sur 319 femmes vivant avec le VIH qui avaient reçu des conseils pendant la période prénatale et ont été aiguillées vers des services de PF après l'accouchement, 72 % ont utilisé la contraception hormonale pendant au moins deux mois durant le post-partum, méthode qu'elles avaient commencé à utiliser environ trois mois après l'accouchement (écart : 1-11 mois). Dans l'ensemble, 44 % utilisaient l'AMPR, 31 % avaient recours à la contraception orale et 25 % avaient changé de méthode pendant le suivi. Les taux de notification du partenaire, les taux de mortalité infantile et les taux d'utilisation du préservatif étaient les mêmes, que les femmes utilisent ou non d'autres formes de contraception (Balkus et al., 2007).
Le recours à la CRDLA pendant le postpartum parmi les femmes vivant avec le VIH augmente lorsque les questions d'accès (disponibilité et coût) sont prises en compte.	<ul style="list-style-type: none"> Dans une étude de cohorte prospective, le taux d'adoption des implants était nettement plus élevé (38 %) là où les moyens contraceptifs étaient fournis gratuitement et sur place que là où les femmes étaient aiguillées vers des services de contraception (6 %). Le taux d'adoption du DIU était extrêmement faible sur les deux sites (2 %) (Dhont et al., 2009).

* Article non publié dans une revue soumise à examen collégial.

Références bibliographiques pour l'annexe 2

Abdel-Tawab N, Loza S & Zaki A. *Helping Egyptian women achieve optimal birth spacing intervals through fostering linkages between family planning and maternal/child health services*. Cairo, Population Council, 2008 (http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Egypt_OBSI.pdf).

Akman M et al. The influence of prenatal counselling on postpartum contraceptive choice. *Journal of International Medical Research*, 2010, 38(4):1243-1249.

Alvarado R et al. Integrated maternal and infant health care in the postpartum period in a poor neighborhood in Santiago, Chile. *Studies in Family Planning*, 1999, 30(2):133-141.

Balkus J et al. High uptake of postpartum hormonal contraception among HIV-1-seropositive women in Kenya. *Sexually Transmitted Diseases*, 2007, 34(1):25-29.

Baqui A et al. *Healthy fertility study: operations research to address unmet need for contraception in the postpartum period in Sylhet District Bangladesh. Twelve month postpartum follow-up survey report. 2011.**

Bashour HN et al. Effect of postnatal home visits on maternal/infant outcomes in Syria: a randomized controlled trial. *Public Health Nursing*, 2008, 25(2):115-125.

Bolam A et al. The effects of postnatal health education for mothers on infant care and family planning practices in Nepal: a randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 1998, 316:805-811.

Bongiovanni A. *Promoting the lactational amenorrhea method (LAM) in Jordan increases modern contraceptive use in the extended postpartum period, 2005* (<http://www.linkagesproject.org/publications/LAM%20Research%20Report,%20Final,%20November%201,%202005.pdf?detail=14>).*

Center for Development in Primary Health Care. *Improving postpartum care among low parity mothers in Palestine, final report*. Cairo, Population Council, 2003 (http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/West_Bank_LowParity.pdf).*

Chaurat E et al. *An assessment of postpartum intrauterine contraceptive device services in Embu, Kenya. 2011.**

Dahlke JD et al. Postpartum insertion of levonorgestrel-intrauterine system at three time periods: a prospective randomized pilot study. *Contraception*, 2011, 84:244-248.

Das NP et al. *Systematic screening to integrate reproductive health services in India. New Delhi*, Population Council, 2005. (http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/India_Screen.pdf).*

Dhont N et al. Improved access increases postpartum uptake of contraceptive implants among HIV-positive women in Rwanda. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2009, 14(6):420-425.

Dulli L et al. *Improving postpartum family planning through immunization services*. Presentation to the FHI360 closeout meeting in Washington, DC, 2012.*

Foreit KG et al. Effectiveness and cost-effectiveness of postpartum IUD insertion in Lima, Peru. *International Family Planning Perspectives*, 1993, 19(1):19-24, 33.

Hardy E et al. Contraceptive use and pregnancy before and after introducing lactational amenorrhea method (LAM) in a postpartum program. *Advances in Contraception*, 1998, 14 (1):59-68.

Huntington D & Aplogan A. The integration of family planning and childhood immunization services in Togo. *Studies in Family Planning*, 1994, 25(3):176-183.

Jacobs E, Brambila C & Vernon R. *Reproductive health care in the postnatal period in Guatemala*. Mexico City, Population Council, 2002 (http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Guatemala_Postnatal_Care.pdf).*

Jakobsen MS et al. Promoting breastfeeding through health education at the time of immunizations: a randomized trial from Guinea Bissau. *Acta Paediatrica*, 1999, 88(7):741-747.

Khan ME et al. *Promoting healthy timing and spacing of births in India through a community-based*

approach. New Delhi, Population Council, 2008 (http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/India_HTSP.pdf).*

Labbok MH et al. Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM): I. Efficacy, duration and implications for clinical application. *Contraception*, 1997, 55:327-336.

Medina R et al. *Postpartum and postabortion patients want family planning. Honduras Contraceptive Choice OR Summary*. New York, Population Council, 2001a (<http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/orsummaries/orsum25.pdf>).*

Mwangi A et al. *Strengthening Postnatal Care Services Including Postpartum Family Planning in Kenya*. Nairobi, Population Council, 2008 (http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Kenya_PFPF.pdf).*

Potter JE et al. Frustrated demand for postpartum female sterilization in Brazil. *Contraception*, 2003, 67:385-390.

PSI. *Case study, Mali: reaching women in need of family planning at clinic immunization days*. Washington, DC, Population Services International, 2010.*

Saeed GA et al. Change in trend of contraceptive uptake – effect of educational leaflets and counseling. *Contraception*, 2008, 77:377-381.

Sebastian MP, Khan ME & Roychowdhury S. Promoting healthy spacing between pregnancies in India: need for differential education campaigns. *Patient Education and Counseling*, 2010, 81(3):395-401.

Sebastian MP et al. Increasing postpartum contraception in rural India: evaluation of a community-based behaviour change communication intervention. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2012, 38(2):68-77.

Smith KB et al. Is postpartum contraceptive advice given antenatally of value? *Contraception*, 2002, 65(3):237-243.

Soliman MH. Impact of antenatal counseling on couples' knowledge and practice of contraception in Mansoura, Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 1999, 5(5):1002-1013.

Stephenson P et al. World Bank Technical Paper 404: *Improving Women's Health Services in the Russian Federation*. Washington, DC, Banque mondiale, 1998.

Turan JM et al. Including expectant fathers in antenatal education programmes in Istanbul, Turkey. *Reproductive Health Matters*, 2001, 9(18):114-125.

Varkey LC et al. *Involving men in maternity care in India*. New Delhi, India, Population Council, 2004 (http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/India_MIM.pdf).*

Vernon R et al. The impact of perinatal reproductive health programs in Honduras. *International Family Planning Perspectives*. 1993, 19(3):103-109.

Vernon R, Solórzano J & Muñoz B. Introducing sustainable vasectomy services in Guatemala. *International Family Planning Perspectives*, 2007, 33(4):182-187.

Warren C et al. Safeguarding maternal and newborn health: improving the quality of postnatal care in Kenya. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care/ISQua*, 2010, 22(1):24-30.

* Non publié dans une revue à comité de lecture.

Pour plus d'informations, veuillez contacter :

Département Santé et Recherche génésiques

Organisation mondiale de la Santé

Avenue Appia 20, CH1211 Genève 27, Suisse

Télécopie : +41 22 791 4171

Courriel : reproductivehealth@who.int

www.who.int/reproductivehealth

ISBN 978 92 4 250649 5

