

Quelle pratique de planification familiale à un haut impact permet de créer un environnement favorable ?

Concevoir, appliquer et gérer les politiques gouvernementales favorables.

Informations générales

Les politiques donnent le ton des programmes de planification familiale (PF). « Des politiques favorables garantissent que la planification familiale occupe une place prééminente dans le programme national et que des ressources financières adéquates y sont allouées. Les politiques opérationnelles soutiennent les systèmes permettant de fournir des services. » (Richey et al. 2008). Les Ministères de la Santé jouent un rôle essentiel en ce qui concerne la conception de politiques du secteur sanitaire, avec pour objectifs d'améliorer la performance des systèmes de santé et de promouvoir la santé de la population (OMS, 2000). Des politiques et des lois affectant les systèmes de santé et les impacts sanitaires sont aussi conçues hors du système de santé.

Ce communiqué de presse décrit, d'une part, les divers niveaux politiques et l'importance des politiques pour la planification familiale. Il fournit, d'autre part, des suggestions pour soutenir et mettre en œuvre des changements politiques efficaces. La conception et l'application de politiques gouvernementales favorables est l'une des « pratiques à haut impact (PHI) en matière de planification familiale » qui ont été identifiées par un groupe consultatif technique composé d'experts internationaux. Une fois institutionnalisées et disséminées à grande échelle, les PHI permettront de maximiser les investissements dans le cadre d'une stratégie de planification familiale complète (USAID, 2013). Pour obtenir de plus amples informations sur d'autres PHI, veuillez vous rendre sur le site : <https://www.fphighimpactpractices.org/fr/apercu/>.

Pourquoi cette pratique est-elle importante ?

Il existe toute une gamme de lois, de réglementations, de codes et de politiques affectant les opérations du système de santé, allant de ceux régissant les tarifs de douane, les allocations budgétaires, les offres, et les achats de contraceptifs au niveau ministériel, à ceux influant sur la manière dont le personnel de santé au niveau des soins primaires passent leur temps et la qualité des traitements que les clients reçoivent au niveau des dispensaires. Les obstacles à l'accès aux services de santé de haute qualité sont souvent dus à des politiques non existantes, inadéquates ou conflictuelles (Cross et al. 2001). Les tableaux 1 à 3 fournissent des exemples de trois niveaux de politiques en Asie, en Amérique latine et en Afrique subsaharienne.



La Première Dame de la Tanzanie, Mama Salma Kikwete, encourage les femmes à utiliser la planification familiale lors du lancement de la campagne nationale pour améliorer la santé des femmes et des filles en 2012.

« Les politiques fournissent les fondations sur lesquelles bâtir des systèmes de santé, des programmes et des services solides. »

— Initiative de Politique Sanitaire, 2010

Tableau 1. Exemples de politiques concernant le cadre juridique et réglementaire, au Honduras et au Paraguay

Niveau politique	Pertinence pour les programmes de planification familiale	Exemples de païses
Constitution	Autorité juridique globale pour les lois et les politiques ainsi que pour les garanties liées au droit à la santé, aux droits humains et à l'équité	L'Article 61 de la constitution du Paraguay établit le droit de chaque individu à décider librement et de manière responsable du nombre et de l'espacement de leurs enfants (Base de données politiques des Amériques, 2011).
Lois	Etablies pour protéger les individus d'agressions ou de dommages extérieurs, pour établir des règles requises afin que les membres d'une société puissent vivre et travailler ensemble, pour protéger le tissu social comme le peuple ou ses représentants en ont convenu, pour assurer le respect de la justice et pour maintenir l'ordre social	La loi 4313 autorise le Ministère de la Santé Publique et du Bien-être Social au Paraguay à faire des achats directs de produits sur le marché mondial par le biais d'organisations internationales telles que le FNUAP, sans imposer de taxes, ce qui permet de réduire les temps requis pour obtenir des fournitures et de garantir les meilleurs prix. La loi 2907 requiert que l'Institut de Sécurité Sociale du Paraguay achète et fournisse les contraceptifs à la population allocataire, ce qui met fin à sa dépendance des dons de contraceptifs.
Cadre financier	La taille globale du budget du gouvernement alloué à la santé établit la limite maximale des dépenses qu'un gouvernement peut engager	En 2006, le Congrès du Paraguay a entériné une nouvelle loi intitulée <i>Le Financement des Programmes de Santé Reproductive et de l'Approvisionnement de Kits de Naissance sans Risque</i> , qui a réservé des fonds pour se procurer des produits de santé reproductive (SR), y compris des préservatifs. En 2010, le Gouvernement du Paraguay a endossé l'entière responsabilité financière de l'achat de contraceptifs (<i>Quesada et al, 2006</i>).
Réglementation des contraceptifs	L'assurance de la qualité des contraceptifs ; la facilitation de l'importation de contraceptifs et de fournitures	La Loi 4313 du Paraguay permet l'approvisionnement en contraceptifs par le biais du FNUAP, ce qui facilite la l'assurance de la qualité.
Réglementation du secteur privé	L'étendue et la qualité des services de santé disponibles par l'entremise du secteur privé	Suite aux recherches opérationnelles qui ont démontré que les aides-soignantes pouvaient insérer efficacement des dispositifs intra-utérins, administrer des injections de Depo-Provera et réaliser des frottis cervico-vaginaux, le Ministère de la Santé a changé les lignes directrices nationales régissant la prestation de services de santé aux femmes pour permettre aux aides-soignantes de fournir ces services dans les zones rurales du Honduras (Ravensholt et al, 2006).

Les lois et les politiques peuvent protéger les droits en matière de reproduction des individus. Ils reflètent l'engagement politique envers la conception de systèmes qui soutiennent ces droits. Les lois et les politiques peuvent codifier et articuler l'engagement des pays à respecter, à protéger et à répondre aux droits procréatifs (Hardee et al, 2013 ; Rodriguez et al, 2013). Par exemple, la constitution de la république d'Afrique du Sud garantit aux personnes le droit de prendre des décisions concernant leur procréation (const. de l'Afrique du Sud, art. XII, § 2). Les lois et les politiques peuvent aussi établir des normes pour le financement de la planification familiale et la réglementation de la qualité des contraceptifs et des prestataires privés de services de planification familiale.

Les politiques jouent un rôle critique dans les efforts de mise à l'échelle des interventions de santé et de la durabilité de celles-ci. La mise à l'échelle d'innovations fondées sur des preuves scientifiques requiert l'intégration de nouvelles pratiques au niveau des programmes et des services de santé ainsi que la prise en compte des aspects politiques d'une telle mise à l'échelle. Si on ne prête pas attention aux politiques qui sous-tendent les systèmes et les services de santé, les initiatives de mise à l'échelle de projets pilotes prometteurs a peu de chances de réussir.

Des lignes directrices cliniques claires et à jour maximisent l'accès sans risque aux services. Des lignes directrices cliniques qui sont basées sur les preuves scientifiques promeuvent l'efficacité, la sécurité et la qualité globale des soins pour la prestation de services de santé reproductive. A intervalles réguliers, les experts mondiaux passent en revue et mettent à jour les recommandations internationales sur la base des données les plus récentes. En matière de planification familiale, les *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* et *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives* de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sont les directives qui font autorité. Les lignes directrices nationales devraient faire l'objet de révisions à intervalles réguliers afin de s'assurer qu'elles reflètent les normes internationales.

Tableau 2. Exemples de politiques sectorielles au niveau macro, au Bangladesh et en Indonésie

Niveau politique	Pertinence pour les programmes de planification familiale	Exemples par pays
Politiques et stratégies nationales	Articuler les objectifs et les priorités de planification familiale pour un pays, établir les normes minimales de qualité, définir les rôles et les responsabilités, faciliter la coordination, guider la mobilisation de ressources et déterminer les échéances pour le lancement des programmes	La politique sanitaire du Bangladesh de 2011 est basée sur l'obligation constitutionnelle du pays envers le droit à la santé. Cette politique sanitaire inclut les objectifs de renforcer et d'accélérer la mise en œuvre des programmes de planification familiale, tant pour atteindre le taux de fécondité de remplacement que pour rendre les programmes plus acceptables, plus efficaces et plus facilement accessibles aux populations les plus pauvres et aux communautés à faible revenu (MOHFW, 2011).
Décentralisation	Les autorités locales ont l'autonomie politique et budgétaire requises pour prendre certaines décisions concernant les services de santé	L'autorité de fournir des services de planification familiale en Indonésie a été décentralisée en 2004, en la transférant du Comité national de planification familiale à 400 gouvernements locaux (Habsjah, 2009).

Des lignes directrices complètes clarifient les normes pour l'offre des services de contraception par les prestataires non traditionnels. Un examen des lignes directrices de pratiques cliniques en matière de planification familiale dans 13 pays en Afrique subsaharienne a révélé que les lignes directrices nationales ne correspondent généralement pas aux données les plus récentes (Wilson et al, 2011). La plupart des lignes directrices restreignaient la fourniture des contraceptifs par les prestataires des niveaux les plus bas, ou bien elles ne fournissaient guère, voire aucune, ligne directrice concernant les méthodes qui pouvaient être fournies par le secteur privé, par exemple les pharmaciens ou gérants de points de vente de médicaments.

Quel est l'impact ?

Les politiques nationales dirigent la mise en œuvre des programmes. Un examen de 23 études de cas de certains des premiers programmes de planification (1950-1980) mis en place dans divers environnements économiques et sociaux a révélé de nettes différences parmi les programmes qui ont atteint des succès rapides en matière d'adoption de la contraception et de diminution de la fécondité par rapport à ceux qui ont connu des améliorations plus tardives (Robinson et al, 2007). Les auteurs de cet examen ont conclu qu'*un fort soutien des politiques de planification familiale favorables était l'un des facteurs contextuels clefs pour les programmes les plus réussis.*

Un leadership fort et cohérent s'est manifesté dans deux tiers des programmes qui ont connu une meilleure performance, tandis qu'en revanche il faisait défaut dans quasiment tous les programmes ayant des piètres résultats. De plus, les programmes de planification familiale dans les pays ayant de hauts niveaux d'éducation, un statut plus élevé pour les femmes et des moyens de transport et systèmes de communication modernes ont tous progressé plus rapidement que ceux qui ne présentaient pas de telles caractéristiques.

Cinq des programmes les moins performants ne jouissaient pas d'un soutien fort et à grande échelle des politiques de planification familiale ; aucun n'a adopté de politiques de planification familiale bénéficiant d'un large consensus populaire (Robinson et al, 2007). La majorité des ces pays avaient un leadership faible et leurs programmes de planification familiale fonctionnaient hors des structures du réseau du Ministère de la Santé ; en conséquence, les programmes avaient peu d'accès aux structures, au personnel ou aux ressources en matière de recherches et d'évaluation (Robinson et al, 2007).

Plus récemment, l'Ethiopie, la Malawi et le Rwanda ont connu de fortes augmentations de l'usage de contraceptifs. L'accroissement annuel de la prévalence des contraceptifs modernes parmi les femmes mariées et en âge de procréer était de 2,2 points de pourcentage en Ethiopie (2005-2011), 2,4 au Malawi (2004-2010) et 6,9 au Rwanda (2005-2010) (voir la graphique).

Ces succès étaient sous-tendus par un engagement politique net et des changements politiques dans chaque pays. Dans ces pays, l'engagement politique allait au-delà du secteur de santé et la planification familiale était explicitement reconnue comme étant un facteur clef contribuant à la réalisation des priorités nationales en matière de genre, de jeunesse, d'autonomisation des femmes, de développement rural et d'amélioration de l'éducation. Les programmes bénéficiaient du soutien de champions connus et de collaboration avec des partenaires domestiques et internationaux. Les Ministères de la Santé ont dirigé des Groupes de travail techniques en planification familiale, qui fonctionnaient en tant que forums de collaboration pour les partenaires de santé et de développement. Des politiques innovatrices concernant le partage des tâches a élargi la gamme des contraceptifs offerts au niveau communautaire et les partenariats publics-privés ont joué un rôle important dans les programmes de planification familiale réussis en Ethiopie et au Rwanda. Ces trois pays se sont lancés dans une décentralisation substantielle de la prestation de services de santé (USAID/Bureau Afrique et al, 2012).

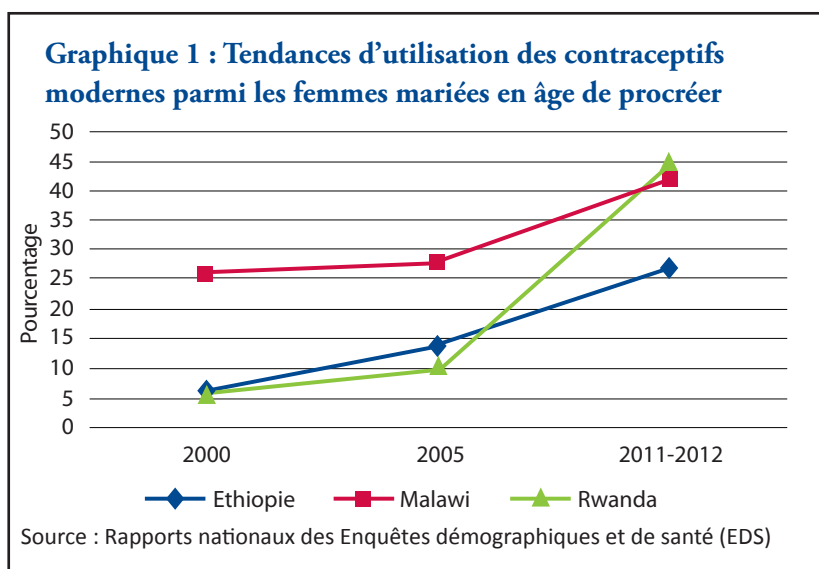
Tableau 3. Exemples de politiques au niveau opérationnel, au Kenya

Niveau politique	Pertinence pour les programmes de planification familiale	Exemples de pays
Politiques opérationnelles liées aux six piliers des systèmes de santé définis par l'OMS	Prestation de services Exemple : lignes directrices/protocoles	Le Kenya a mis à jour les lignes directrices de ses programmes de planification familiale en fonction des <i>Critères de Recevabilité Médicale</i> de l'OMS 2009 (MOPHS, 2010).
	Personnel de santé Exemple : réglementations du secteur de santé et lignes directrices des associations professionnelles pour le partage des tâches	En 2011, le Kenya a émis une directive pour permettre aux agents de santé communautaire qualifiés d'administrer des contraceptifs injectables dans les zones mal desservies et/ou difficiles d'accès (MOPHS, 2011).
	Systèmes d'informations de santé Exemple : les exigences des programmes en matière de rapports, de suivi et d'évaluation (S&E)	Selon une étude des obstacles aux politiques opérationnelles pour l'intégration des services de PF/SR et VIH réalisée au Kenya, il est recommandé d'identifier les besoins en matière d'informations pour les politiques proposées concernant l'opérationnalisation ainsi que les indicateurs d'intégration et un plan de S&E qui incorpore des objectifs annuels (Okundi et al, 2009).
	Produits médicaux, vaccins et technologies Exemple : les méthodes contraceptives que les programmes ont le droit de fournir	Les lois et les politiques du Kenya, y compris les lignes directrices concernant la planification familiale, indiquent quelles méthodes contraceptives sont fournies par le pays.
	Financement Exemple : budget du secteur de la santé (https://www.fphighimpactpractices.org/fr/briefs/financement-des-marchandises-et-des-services/)	Le Kenya a conçu un Plan d'estimation des coûts de la mise en œuvre de la planification familiale (FPCIP), 2010-2015 (MOMS et al, 2012).
	Gouvernance et leadership Exemple : définition des priorités pour l'investissement et le contrôle correspondant aux objectifs du secteur, aux exigences du système et aux droits des clients	Selon une évaluation du système de santé réalisée au Kenya en 2010, il est recommandé que le gouvernement implique des parties prenantes intéressées telles que le secteur privé et les organisations de la société civile et fournisse des encouragements pour renforcer leur participation au processus politique (Luoma et al, 2010).

Comment procéder : suggestions tirées de projets de mises en œuvre

- **Promouvoir une forte gouvernance et des processus participatifs pour soutenir les réformes politiques.** Les réformes politiques et l'application de celles-ci peuvent être améliorées dans le cadre d'une forte gouvernance (Islam, 2012). La gouvernance inclut les moyens par lesquels les gouvernements et les citoyens interagissent pour gérer les affaires publiques affectant divers secteurs, y compris la santé. Du côté du gouvernement, la gouvernance advient dans les entités gouvernementales telles que les parlements, les agences de réglementation et les forces de police, ainsi que dans les ministères sectoriels. Le gouvernement travaille avec le secteur privé, y compris en sous-traitant la prestation de services de santé. Du côté de la société civile, les organisations de plaidoyer et les groupes communautaires travaillent avec le gouvernement pour combler les fossés en matière de services et pour responsabiliser le gouvernement afin qu'ils remplissent leurs rôles. Des citoyens individuels payent des impôts, votent et expriment leurs points de vue concernant les politiques et les programmes.

La Banque mondiale a mis au point une série de mesures communément acceptées pour évaluer la gouvernance ; celles-ci incluent la responsabilisation et la liberté d'expression, la stabilité et le soutien politiques, l'état de droit / l'environnement réglementaire, l'efficacité du gouvernement et le contrôle de la corruption. Des résultats élevés pour ces indicateurs reflètent ce qu'on appelle communément une bonne gouvernance (Kaufmann et al, 2009). La gouvernance de la santé inclut la responsabilisation, la participation sociale et la réactivité du système, la formulation et planification de politiques et la réglementation (Islam, 2012). Selon l'USAID, la gouvernance de la santé inclut la capacité, les systèmes et les processus pour « [gérer] de manière compétente les ressources du système de santé, sa performance et la participation des parties prenantes avec pour objectif de sauver des vies et d'y parvenir par des moyens qui soient ouverts, transparents, évaluables, équitables et qui répondent aux besoins des populations. » (USAID, 2006). Pour de plus amples informations sur ce sujet, veuillez consulter le « Manuel d'audit social » (voir la section Outils et ressources ci-dessous).



Actions pour soutenir la bonne gouvernance en planification familiale :

- Identifier, concevoir et /ou renforcer les systèmes de responsabilisation pour la planification familiale qui encouragent la coopération entre le gouvernement, le secteur privé et la société civile
 - Soutenir les programmes de responsabilisation et de libre expression pour la société civile
 - Encourager la collaboration des bailleurs au soutien de la forte gouvernance pour la planification familiale
 - Se baser sur les Groupes de travail techniques de planification familiale existant pour inclure une focalisation sur la gouvernance et la responsabilisation.
- **Comprendre le processus politique et impliquer les acteurs.** Une évaluation des obstacles politiques à l'intégration des services de planification familiale à ceux liés au VIH en Jamaïque a révélé que les professionnels de la santé n'avaient pas d'informations très claires concernant les politiques, les réglementations et les lignes directrices requises pour faire des changements systémiques et pour institutionnaliser l'intégration. De surcroît, l'infrastructure décentralisée du système de santé en Jamaïque a contribué à une méconnaissance du niveau (central ou décentralisé) du système de santé qui pourrait réformer des politiques pertinentes (Projet Politique, 2005). Il est indispensable de comprendre comment se diffusent les politiques au travers du système de santé pour soutenir et appliquer les politiques.

- **Identifier les obstacles politiques et les opportunités.** Lors de la réforme et de l'application de politiques, il est important de connaître la nature des obstacles politiques : existe-il un manque de politiques ? Un besoin de réviser une politique existante ? Y a-t-il des politiques contradictoires ou un manque d'application d'une politique existante ? Il est aussi essentiel de déterminer qui a l'autorité requise pour faire des changements politiques : les parlements ou les assemblées législatives, le Ministre de la Santé ou une association professionnelle (par exemple, les associations de docteurs ou d'infirmiers qui approuvent le transfert des tâches). Une fois ces informations identifiées, il est essentiel d'articuler le processus de changement politique et d'identifier les opportunités de changement pour réformer les politiques.
- **S'assurer que les politiques et les programmes aient tous les financements et les ressources requis.** Des plans de mise en œuvre pour la planification familiale avec évaluation des coûts – des outils de gestion qui incluent les estimations de coûts sur plusieurs années – sont en cours de préparation dans de nombreux pays. L'évaluation des coûts des programmes est un composant essentiel pour s'assurer que les programmes soient financés en totalité et que leur exécution soit couronnée de succès. L'évaluation des coûts des programmes de planification familiale identifie les besoins en ressources pour les domaines stratégiques tels que les produits et la logistique, le renforcement des capacités du personnel de santé, la prestation de services, le plaidoyer, les systèmes de gestion et le suivi et l'évaluation. La société civile devrait être impliquée dans le plaidoyer pour des financements couvrant tous les besoins ; ceci aidera à assurer le développement des capacités des organisations locales afin de permettre ensuite un plaidoyer efficace dans le domaine de l'allocation des ressources et des dépenses.
- **Investir dans la communication et la formation pour faciliter la mise en œuvre des politiques.** On devrait créer des opportunités pour engager le dialogue. Une étude de l'application de la politique en Inde a mis à jour des conflits entre les idéaux des différentes parties prenantes concernant la performance des tâches de base et la conformité à la politique. Un obstacle clef à la mise en œuvre des politiques incluait des problèmes de communication des idées politiques entre les divers acteurs. Les chercheurs ont découvert que ces défis étaient aggravés par un manque de forum pour le dialogue et l'échange d'idées (Sheikh et al, 2010).
- **S'assurer que la capacité en ressources humaines est suffisante pour appliquer les politiques.** Ceci peut requérir la formation de cadres, d'administrateurs, de cliniciens et d'autres membres du personnel ainsi que des changements dans les programmes d'étude avant l'emploi pour le personnel clinique.
- **Prêter une attention particulière aux cinq composants de la mise en œuvre des politiques.** S'assurer que : (1) les institutions chargées d'appliquer la politique, tant au niveau national que décentralisé, sont clairement définies et que l'on tient compte des relations et de la dynamique de pouvoir parmi les organisations, (2) les organisations sont à même d'appliquer la politique, (3) les financements sont suffisants et les mécanismes d'allocation des ressources sont en place pour financer la politique, (4) la politique s'accompagne d'une planification stratégique et d'une analyse des obstacles politiques et (5) des systèmes solides de suivi et de responsabilisation sont en place (Hardee et al, 2013).
- **Soutenir les efforts de mise à l'échelle des pratiques.** Il est souvent nécessaire de changer ou d'adapter les politiques pour soutenir et institutionnaliser les efforts de mise à l'échelle des pratiques. Les questions suivantes aideront à guider la planification du processus (Hardee, 2013) :
 - Existe-il des lois ou des normes sociales qui empêchent la mise à l'échelle de certains aspects de la pratique ?
 - La pratique est-elle soutenue par la politique nationale ?
 - Existe-il des obstacles empêchant le financement de l'institutionnalisation d'une pratique optimale ? Cette pratique se conformera-t-elle aux lignes directrices budgétaires du pays ou fera-t-elle partie du budget annuel récurrent plutôt qu'un budget de conception financé par des bailleurs ?
 - Faut-il concevoir ou réformer les politiques opérationnelles, ou les règles, réglementations, lignes directrices, procédures opérationnelles, et normes administratives qui guident l'application, pour améliorer l'application et la mise à l'échelle de la pratique optimale ?
 - Qui sont les champions qui peuvent être sollicités pour mener le changement ?

- **S'assurer que les politiques et les plans stratégiques sont passés en revue à intervalles réguliers et maintenus à jour.** Si les politiques et les plans stratégiques ne sont pas assez à jour, ils ne répondront pas aux changements sociétaux, culturels ou environnementaux. Le plan stratégique guidant la planification familiale devrait être ajusté annuellement sur la base des informations mises à jour concernant le statut de santé, les services et l'environnement politique.
- **Assurer le suivi de l'application de la politique.** La société civile et les défenseurs des intérêts devraient bénéficier d'un soutien pour assurer le suivi des politiques et s'assurer de leur application. Des indicateurs, des marqueurs d'étapes et des échéances pour la soumission des rapports devraient être inclus dans les documents politiques ainsi que dans les documents concernant la mise en œuvre. De nouvelles politiques devraient faire l'objet d'un suivi pour éviter des conséquences imprévues en utilisant des méthodes validées et en employant une méthodologie d'audit social. L'évaluation de nouvelles politiques devrait inclure des évaluations de financement décentralisé, des primes basées sur la performance, l'élimination de frais pour les utilisateurs, et des stratégies pour fournir des bons, entre autres. Veuillez vous référer au Tableau 4, qui présente des indicateurs illustrant ce processus.

Tableau 4. Indicateurs illustrant la réforme politique

Cadres juridiques et réglementaires et niveaux macro sectoriels
<ul style="list-style-type: none"> • La politique ou la position du gouvernement concernant les droits de procréation, la fécondité, la planification familiale et les taux de croissance démographique est favorable. • L'émission de déclarations favorables par les dirigeants • La gestion du programme de planification familiale relève d'un poste administratif de haut niveau • La politique d'âge au moment du mariage correspond aux normes internationales (âge légal minimal au moment du mariage pour les filles d'au moins 18 ans) • Les publicités contraceptives sont autorisées dans les médias de masse • Le soutien intersectoriel est élargi, d'autres agences gouvernementales / ministères sont impliqués • Le budget national pour le programme de planification familiale est en hausse • La planification familiale ou la santé de la reproduction sont une priorité de la stratégie de développement • La planification familiale est incluse dans le kit de soins de santé primaires
Indicateurs de sécurité contraceptive liés aux politiques
<ul style="list-style-type: none"> • Les lois d'importation et les réglementations juridiques concernant les contraceptifs ne présentant pas d'obstacle : élimination de droits de douane, de taxes d'importation et autres droits restrictifs • Les politiques soutiennent la prestation des services de contraception par le secteur privé (commercial et non lucratif) : élimination de politiques restrictives telles que les contrôles de prix, les limites de distribution, les taxes / droits, la censure publicitaire • L'existence des exonérations d'acquittement de frais pour les personnes qui ne peuvent pas payer • La sécurité contraceptive figure dans le Plan stratégique de réduction de la pauvreté (PSRP) • L'inclusion de contraceptifs à la Liste nationale de médicaments essentiels (LNME)
Politiques opérationnelles
<ul style="list-style-type: none"> • Eliminer les restrictions à l'obtention des contraceptifs sur la base de l'âge, du statut marital et du consentement du conjoint • Soutenir le partage des tâches en permettant aux : <ul style="list-style-type: none"> - agents de santé communautaires / pharmaciens de fournir des préservatifs, des pilules contraceptives, une contraception d'urgence, des contraceptifs injectables et des conseils concernant la Méthode des jours fixes (MJF) et la Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) - infirmières et sages-femmes d'insérer et de retirer des dispositifs intra-utérins (DIU) - infirmières et prestataires paramédicaux formées à insérer et à retirer des implants - personnel clinique (et pas seulement les cadres médicaux) de pratiquer des mini-laparotomies pour la stérilisation des femmes (voir les lignes directrices de l'OMS pour optimiser le personnel)
<p>Sources : Ross et Smith, 2010 ; la Base de données des indicateurs de santé de la reproduction, 2013</p>

Outils et Ressources

Taking the Pulse of Policy: The Policy Implementation Assessment Tool. Health Policy Initiative. Accessible à l'adresse suivante : https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadx728.pdf

Reforming Operational Policies: A Pathway to Improving Reproductive Health Programs. POLICY. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.policyproject.com/pubs/occasional/op-7.pdf>

Costed Implementation Plans: Guidance and Lessons Learned. FHI 360. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/costed-implementation-plans-guidance-lessons-learned.pdf>

Pour de plus amples informations concernant les PHI, veuillez contacter l'équipe du PHI à USAID en utilisant le courriel suivant www.fphighimpactpractices.org/contact/.

Références

Veuillez trouver une liste complète des références à l'adresse suivante : <https://www.fphighimpactpractices.org/fr/briefs/politique/>

Référence suggérée :

Pratiques à Haut Impact dans la Planification Familiale (PHI). Politique : Etablir une base pour les systèmes, les services et les fournitures. Washington, DC: USAID; 2013 Nov. Accessible à l'adresse suivante : <https://www.fphighimpactpractices.org/fr/briefs/politique/>

Remerciements : ce communiqué de presse a été préparé par Karen Hardee, Shawn Malarcher et Linda Cahaelen. Les personnes suivantes ont fourni des suggestions éditoriales et commentaires de valeur : Moazzam Ali, Patty Alleman, Michal Avni, Bruce Campbell, Elaine Charurat, Barbara Deller, Mary Lyn Gaffield, Jay Gribble, Rehana Gubin, Bui Thi Hong, Roy Jacobstein, Jacqueline Mahon, Erika Martin, Erin Mielke, Egard Naraez, Leslie Patykekich, Anne Pfitzer, Suzanne Reier, Adriane Salinas, Shelley Snyder, Ellen Starbird, Patricia Stephenson, Nandita Thatte, et John Townsend.

Ce communiqué de presse sur les PHI est entériné par Abt Associates, Bill & Melinda Gates Foundation, EngenderHealth, FHI 360, Futures Group, Georgetown University / Institute for Reproductive Health, International Planned Parenthood Federation, IntraHealth International, Jhpiego, John Snow, Inc., Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs, Management Sciences for Health, Marie Stopes International, Pathfinder International, Population Council, Population Reference Bureau, Population Services International, Save the Children, United Nations Population Fund, University Research Co., LLC, le FNUAP et l'Agence des Etats-Unis pour le développement international.

L'Organisation mondiale de la Santé / Département Santé et recherche génésiques a contribué à la conception du contenu technique de ces documents qui sont perçus comme résumant les preuves et l'expérience de terrain actuelles. Ces communiqués sont conçus pour être utilisés conjointement aux outils et lignes directrices de planification familiale de l'OMS : http://www.who.int/topics/family_planning/en/.

Traduction en français par l'UNFPA.

Le Partenariat PHI est un partenariat diversifié, axé sur les résultats, composé d'une gamme d'intervenants et d'experts ayant de perspectives variées. Les opinions exprimées et le langage employé dans ses publications ne représentent pas nécessairement ceux des organisations coparrainantes, ni des partenaires de soutien.