

Quelle est la pratique à haut impact (PHI) éprouvée en matière de prestation de services de planification familiale**Proposer des services et des conseils sur la contraception dans le cadre des soins à l'accouchement en établissement de santé avant de le quitter.****Contexte**

L'offre de services de contraception moderne dans le cadre des soins prodigués lors de l'accouchement augmente l'utilisation de moyens de contraception post-partum et est susceptible de réduire les grossesses non désirées, ainsi que celles qui ne sont pas suffisamment espacées.^{1,2} Les grossesses non désirées, ainsi que celles qui ne sont pas suffisamment espacées, sont des problèmes de santé publique, car elles sont associées à une hausse de morbidité et de mortalité maternelle, néonatale et infantile.³⁻⁵ En effet, selon une consultation initiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), après une naissance vivante, l'intervalle recommandé avant de planifier une nouvelle grossesse est au moins de 24 mois, en vue de réduire les risques pour la santé maternelle, périnatale et infantile.⁶

Malgré cet état de fait, 61 % des femmes n'utilisent pas de moyens de contraception efficaces dans les 24 mois suivant l'accouchement afin d'éviter une grossesse non désirée.⁷

Plusieurs raisons expliquent pourquoi les femmes n'utilisent pas de moyens de contraception efficaces lors de la période suivant un accouchement, comme les normes socioculturelles et sexospécifiques qui influencent les pratiques postnatales,^{8,9} le moment de la reprise de l'activité sexuelle,¹⁰ les pratiques d'allaitement et les idées fausses concernant l'aménorrhée liée à l'allaitement,^{8,11} ainsi que le manque d'accès aux services de contraception (voir Figure 1). Le présent mémoire d'information consacré à la pratique à haut impact (PHI) en matière de planification familiale résume les données probantes et fournit des conseils de mise en œuvre en vue de proposer de façon proactive une planification familiale dans le cadre des soins pendant et immédiatement après l'accouchement, une période généralement appelée post-partum immédiat. (L'offre de services lors de la période post-partum est une approche classique visant à combler les lacunes en matière d'accès aux services ; voir, par exemple, le mémoire d'information consacré à la pratique à haut impact en matière de planification familiale et à la vaccination.)



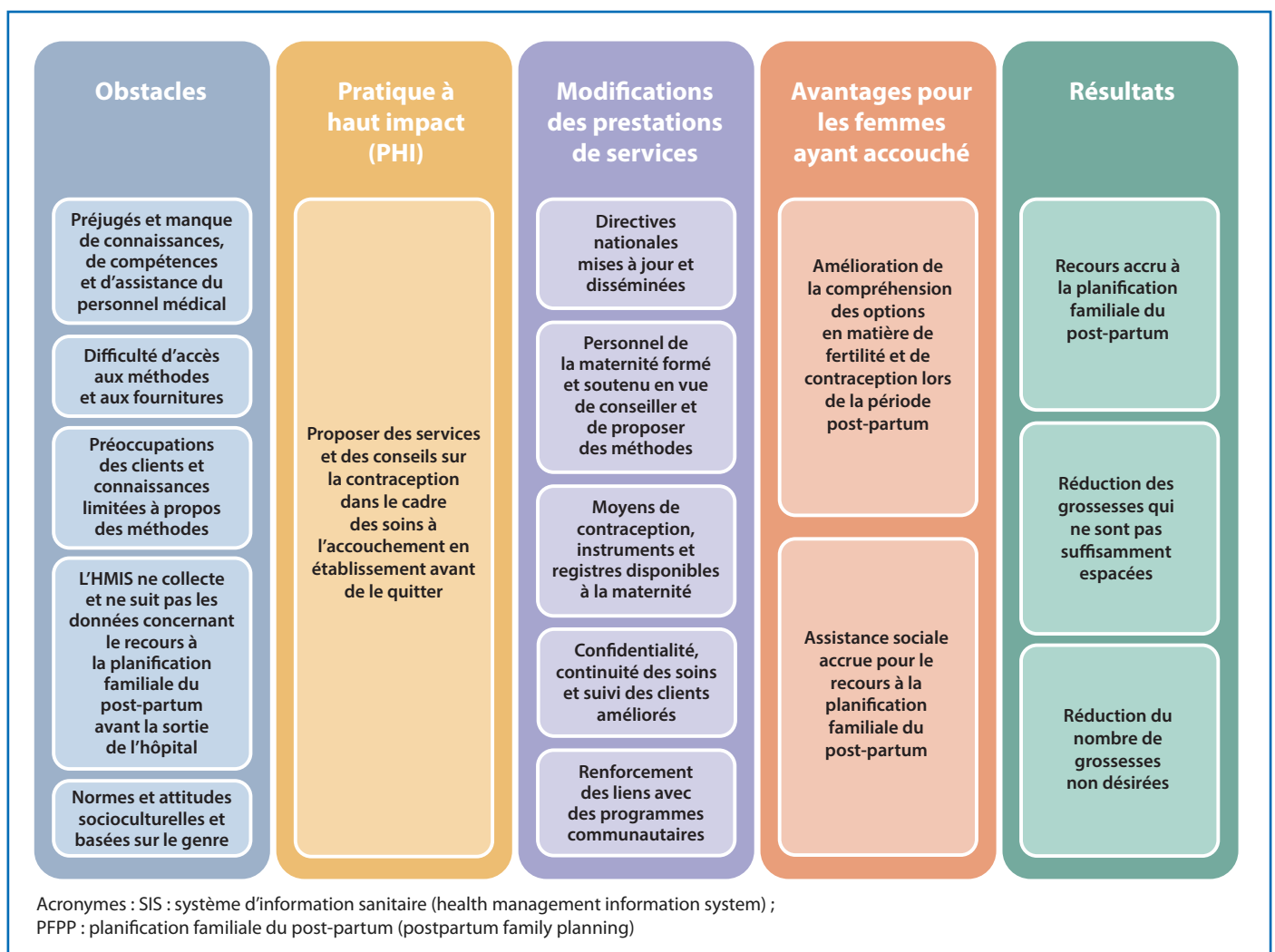
Des mères et leurs nouveaux-nés au service néo-natal de l'hôpital régional d'Arrah, Bihar. ©Bill & Melinda Gates Foundation/Ryan Lobo

L'OMS recommande de sensibiliser les femmes à la planification familiale et aux bénéfices médicaux et sociaux liés à l'espacement des naissances au moment des soins prénatals, immédiatement après la naissance, ainsi que pendant les soins postnatals de la mère et du nouveau-né, y compris pendant la vaccination et la surveillance de la croissance.¹² Chaque consultation par un professionnel de la santé offre une occasion unique d'identifier des besoins non satisfaits en planification familiale, de conseiller et de fournir des services de planification familiale. Toutefois, chacune de ces occasions exige une attention particulière à l'organisation de services, à la mise à jour de politiques et de pratiques des prestataires de services, ainsi qu'à la mobilisation de ressources pour une mise en œuvre effective. Les services de santé maternelle dans les établissements de santé constituent une plateforme idéale pour fournir des services et des informations sur la planification familiale aux femmes et à leurs partenaires, à condition que le droit des femmes à faire un choix libre et éclairé soit respecté.

La planification familiale du post-partum immédiat (PFPP) est une des PHI basée sur l'évidence identifiée par un groupe technique composé d'experts internationaux. Une pratique éprouvée se base sur un nombre suffisant de certitudes pour recommander sa mise en œuvre à l'échelle dans le cadre d'une stratégie de planification familiale complète, à condition qu'il y ait un suivi de la couverture, de la qualité et du coût, ainsi que de la recherche opérationnelle pour en renforcer son impact.¹³ Pour de plus amples informations sur les PHI, voir <http://www.fphighimpactpractices.org/overview>.

Figure 1. Offre de services et de conseils sur la planification familiale au même moment et au même endroit que les soins à l'accouchement dans les établissements de santé : théorie du changement

Hypothèse : il y a un haut niveau de naissances en établissement de santé au sein de la population cible.



Pourquoi cette pratique est-elle importante ?

L'offre de conseils sur la planification familiale dans le cadre des soins à l'accouchement permet de sensibiliser à l'importance de l'espacement des naissances et des options contraceptives du post-partum. Bien souvent, les femmes et leurs partenaires n'ont qu'une compréhension limitée des options de contraception, du retour à la fertilité et des risques liés à une grossesse non désirée, ainsi qu'à celles qui ne sont pas suffisamment espacées peu de temps après une naissance.^{8,9,11,14} Les raisons citées par les prestataires de soins, les femmes et leurs réseaux de soutien pour justifier l'absence de contraception au cours de la période post-partum incluent des préoccupations concernant les effets de contraceptifs hormonaux sur le lait maternel et la santé de l'enfant.^{7,15} Dans des contextes où les femmes recherchent des soins bien avant l'accouchement, ou restent dans l'établissement de santé après l'accouchement, il est possible d'intégrer les conseils en matière de planification familiale dans les soins accompagnant la préparation à la naissance et/ou immédiatement après celle-ci. Ces approches sont d'ailleurs considérées comme acceptables à la fois par les prestataires de soins et les clients. Dès lors, la dispense d'informations à ce stade permet d'améliorer les connaissances et les attitudes concernant le recours à la contraception post-partum.¹⁶⁻¹⁹

Il est possible de sensibiliser plus de femmes et leurs partenaires par le biais des services de naissance en établissement de santé. Dans le monde, 4 naissances sur 5 se déroulent avec l'aide d'un accoucheur qualifié, et celles-ci ont lieu de plus en plus souvent dans des établissements de santé.²⁰ Par exemple, au Bangladesh, les naissances en établissements de santé sont passées de 17 % à 37 % entre 2007 et 2014. Au cours d'une période similaire, les naissances en établissements de santé sont passées de 39 % à 72 % au Burkina Faso, et de 43 % à 64 % au Kenya.²¹ Tandis que les pays continuent de renforcer les soins à l'accouchement en établissement de santé, cette plateforme prendra de plus en plus d'importance pour que les femmes et leurs partenaires puissent bénéficier de services de planification familiale.

Les femmes disposent de plus d'options de contraception lors du post-partum immédiat. Selon une consultation initiée par l'OMS, les femmes peuvent utiliser en toute sécurité des implants contraceptifs lors du postpartum immédiat,²² en plus de bon nombre d'autres types de contraceptifs (voir Encadré). Par conséquent, immédiatement après une naissance, les femmes peuvent faire leur choix parmi une large palette de contraceptifs, y compris des méthodes hormonales et non hormonales, à action courte et prolongée, mais aussi permanentes.²³

Quel impact ?

L'offre de services de contraception moderne dans le cadre des soins prodigués lors de l'accouchement augmente l'utilisation de moyens de contraception post-partum. La planification familiale du post-partum immédiat n'est pas un nouveau concept. En effet, le Programme post-partum international, mis en œuvre de 1966 à 1973 dans 138 institutions à travers 21 pays, et touchant 3,5 millions de femmes, a démontré qu'il était possible de fournir des services de planification familiale dans le cadre de soins obstétriques en hôpital. En 1971, au plus fort de la mise en œuvre, environ 21 % des patients obstétriques dans les établissements participants ont eu accès à la contraception lors du post-partum immédiat, ce qui prouve qu'il est possible d'intégrer rapidement et à moindres frais des services de planification familiale en obstétrique.²⁴ Il est estimé que le programme a permis d'éviter 500 000 grossesses indésirées au cours de ses 8 années d'existence.²⁴

Parallèlement, des expériences plus récentes démontrent constamment l'impact potentiel de cette pratique. Le Tableau 1 résume l'expérience de 5 programmes nationaux, dont 3 s'appuient

Encadré. Options de contraception lors du post-partum immédiat

Pour les femmes qui allaitent :

- Stérilisation féminine
- Stérilisation masculine
- Dispositif intra-utérin (DIU)
- Implants
- Pilules progestatives
- Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)
- Préservatifs

Pour les femmes qui n'allaitent pas :

- Stérilisation féminine
- Stérilisation masculine
- Dispositif intra-utérin (DIU)
- Implants
- Solutions injectables
- Contraceptifs oraux combinés
- Préservatifs
- Contraception d'urgence

Source : Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives de l'OMS (2015).²²

sur des données non publiées. La période prise en compte dans toutes les études était le post-partum immédiat précédant le départ de l'établissement de santé. Les études ont été prises en considération lorsque plusieurs moyens de contraception étaient proposés. Après les avoir rassemblés, ces résultats, tant anciens que récents, montrent que si les femmes reçoivent des conseils cohérents et se voient proposer de façon proactive plusieurs moyens de contraception dans le cadre des soins à la naissance, entre 20 et 50 % des femmes quittent l'établissement avec l'un de ces moyens. Ces données sont conformes à celles provenant d'Inde, du Népal et du Sénégal, qui ont montré que les femmes avaient nettement plus de chances d'utiliser un moyen de contraception moderne post-partum si elles reçoivent des services de planification familiale au moment de la naissance.²⁵⁻²⁷

Tableau 1. Pourcentage de femmes qui accouchent et qui quittent l'établissement avec un moyen de contraception moderne, avant et après l'introduction de services et de conseils sur la contraception dans le cadre des soins à l'accouchement

Pays	Avant	Après
Afghanistan ^{28,29}	4 % (180/4179)	51 % (1700/3362)
Honduras ^{30*}	10 % (47/474)	33 % (188/571)
Honduras ^{31†}	9 % (23/251)	46 % (142/308)
Indonésie ³²	9 % (307/3373)	41 % (1286/3101)
Niger ^{33,34}	0 % (7/2193)	31 % (686/2213)

* Hospital Escuela, l'hôpital public.

† Hospital Materno-Infantil à Tegucigalpa, le système de sécurité sociale hondurien.

Méthodologie : Conseils découlant des expériences de mise en œuvre

Investir dans une documentation et un suivi de qualité pour garantir le volontarisme et des choix éclairés. Une naissance peut être une source de stress et de difficultés pour les femmes. Aussi, une documentation et une tenue des registres claires, associées à un suivi constant, peuvent aider les programmes à évaluer les progrès, tout en veillant au respect des droits des clients. Par exemple, lorsque des conseils sont prodigués lors des soins prénataux, le choix du moyen de contraception devrait figurer dans le dossier du client, qu'il s'agisse d'une carte appartenant à une femme ou d'un tableau d'un établissement. Dès lors, cette documentation facilite la communication entre les prestataires de soins qui s'occupent du même client et garantit la continuité des soins. Le dossier devrait mettre l'accent sur le moyen choisi ou le refus, plutôt que sur le fait que des conseils ont été fournis ou non.

Mettre à jour les guidances et protocoles nationaux relatifs à la prestation de services et clarifier le rôle des fournisseurs de services. Cela est primordial si les guidances et protocoles existants font état d'un départ différé des méthodes progestatives telles que les implants, qui constituent désormais une option à la planification familiale du post-partum immédiat, selon le document de 2015 de l'OMS *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* (5^e édition).²² Les guidances/protocoles et les descriptions de fonction doivent clairement mentionner que tous les prestataires de soins prénatals et maternel ont un rôle à jouer au niveau de la planification familiale du post-partum, et que cette responsabilité n'incombe pas uniquement à quelques prestataires formés à cet effet. Par ailleurs, le rôle des agents de santé communautaire au niveau de la promotion de la planification familiale du post-partum peut être spécifié.

Mener des évaluations formatives pour orienter les stratégies de changement social et comportemental.

Comprendre les barrières au recours à la planification familiale du post-partum et concevoir des approches sur mesure permettant de les surmonter peut en améliorer l'utilisation.³⁵ Ainsi, des programmes ont démontré qu'au moment de démarrer les services de planification familiale du post-partum, les prestataires de soins peuvent identifier les clients intéressés par le biais de conseils prodigués lors des services de soins prénatals et à l'accouchement. Il est donc nécessaire

de créer la demande au niveau communautaire dès lors que les services sont disponibles et que les programmes visent à améliorer leur adoption sur une base soutenue.³⁶ Cela s'avère particulièrement utile dans des contextes où la désinformation et la résistance aux dispositifs intra-utérins (DIU) ou aux moyens de contraception réversibles à action prolongée (Long-acting reversible contraceptives, LARCs) sont persistantes dans la communauté au sens large.³⁶

Envisager les visites à domicile si l'on vise l'adoption de la planification familiale du post-partum par les jeunes et nouveaux parents. Les programmes visant les jeunes femmes et les adolescentes mariées ont reconnu l'intérêt du recours aux visites à domicile ou du groupe d'engagement communautaire.³⁷ (Voir la [PHI sur le Groupe d'engagement communautaire](#).) Les belles-mères, les coépouses et les autres femmes d'âge mûr ont une influence notable sur les adolescentes mariées. Ces programmes ont fait état de la nécessité de tester les stratégies visant à approcher et à conseiller les jeunes femmes mariées, ainsi que leurs partenaires et les femmes d'âge mûr que compte le ménage.³⁸⁻⁴⁰

Proposer la plus large palette de moyens de contraception avant le départ de la maternité et les rendre disponibles avant le départ de l'établissement de santé. Les institutions qui ont affiché de nettes améliorations au niveau de l'adoption de moyens de contraception post-partum y sont parvenues en élargissant le choix de moyens disponibles et en mettant l'accent sur leur adoption lors de la période précédant la sortie. Par exemple, au Honduras, l'éventail des méthodes disponibles a été élargi en vue d'ajouter les contraceptifs oraux à progestatif seul et les préservatifs aux dispositifs intra-utérins (stérilets) et à la stérilisation féminine. Le résultat obtenu fut une multiplication par cinq du pourcentage de femmes post-partum quittant l'hôpital avec un moyen de contraception de leur choix, pour ainsi passer de 9,2 % en décembre 1990 à 46 % en février 1992.³¹ Une étude menée en Égypte a montré que des conseils prodigués à propos des pilules contraceptives d'urgence et leur mise à disposition aux utilisatrices de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) en cas de retard au niveau de la transition depuis la MAMA vers une autre méthode avaient considérablement réduit l'incidence de la grossesse indésirée et augmenté la transition rapide vers une autre méthode.⁴¹

Envisager de tirer parti des visites prénatales afin de sensibiliser les clients à la contraception. Bien que l'effet de l'inclusion de conseils sur la planification familiale dans le cadre des soins prénatals sur l'adoption de la planification familiale du post-partum reste flou, elle permet aux femmes de réfléchir attentivement à leurs intentions et de prendre une décision éclairée en matière de contraception avant l'accouchement.⁴² Ainsi, le fait de prodiguer des conseils bien avant une grossesse peut s'avérer particulièrement utile en cas d'introduction d'un dispositif intra-utérin ou de la stérilisation, étant donné que les femmes ont souvent besoin de plus de temps pour étudier les options et en discuter avec leurs partenaires.

Sans oublier les hommes. L'implication des hommes pendant et après une grossesse contribue à réduire les cas de dépression post-partum et à améliorer l'utilisation des services de soins maternels, tels que l'accouchement par personnel qualifié et les soins postnatals.⁴³ L'effet de l'implication des hommes aux soins maternels sur l'utilisation de moyens de contraception post-partum n'est pas clair.⁴³ Toutefois, les normes sexospécifiques injustes ont un effet considérable sur la capacité des femmes à prendre des décisions en matière d'espacement et de limitation des naissances. Dès lors, donner la possibilité aux hommes et aux femmes de prendre part à des discussions sur la planification familiale dans le cadre des soins maternels, que ce soit ensemble ou séparément, permet de lutter contre ces inégalités et de créer un espace propice à la prise de décisions conjointes en vue de recourir efficacement à la planification familiale.

Planifier l'adoption d'un moyen de contraception plus tard au cours de la période post-partum. Au Rwanda, la séance de conseils en matière de planification familiale du post-partum est une excellente occasion de planifier un retour en établissement en vue de bénéficier de soins postnatals et d'une vaccination, mais aussi d'obtenir une méthode de planification familiale du post-partum. Les données d'un trimestre de l'année 2017 provenant de 10 districts ont montré que 24 % des femmes ont adopté une méthode avant la sortie de l'hôpital, tandis que 67 % de femmes supplémentaires ont quitté l'établissement avec un plan prévoyant une date de démarrage. Les services de vaccination ont tendance à atteindre un degré de couverture élevé et constituent une plateforme permettant d'établir un lien avec les services de planification familiale, ou de les intégrer (voir la [pratique à haut impact \(PHI\) en matière de planification familiale et à la vaccination](#)).

Garantir la mise à disposition de personnel, d'équipement et de fournitures adéquats, si possible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Les besoins varient considérablement d'un pays à l'autre et d'un établissement de santé à l'autre, en fonction de l'espace clinique existant, du degré auquel le personnel actuel peut assumer cette responsabilité supplémentaire, ainsi que de la disponibilité de l'équipement et des fournitures. En garantissant des conseils systématiques en matière de planification familiale du post-partum, il serait possible de contacter par téléphone des prestataires formés à cet effet la nuit ou pendant le week-end.^{30,31,44-46} De plus, la réalisation d'orientations sur tout le site permet de garantir que même le personnel qui n'a pas été formé ou qui ne dispose pas des connaissances cliniques est en mesure de fournir une assistance en matière de planification familiale du post-partum.³⁶ Dans certains cas, même le personnel de nettoyage a pu avoir une influence sur les performances du programme.⁴⁶ Il convient donc de veiller à prépositionner des fournitures et d'organiser le flux de clients à travers les salles de travail, d'accouchement et postnatales en vue d'identifier un espace approprié aux activités de conseils. Au Niger, lorsque le calendrier a été repensé en vue de proposer des services de planification familiale du post-partum à toute heure et non plus uniquement le matin, le nombre de femmes ayant accouché qui ont quitté l'établissement en ayant choisi leur moyen de contraception est passé de 44 à 55 % en un mois dans un hôpital régional en zone rurale.^{33,34}

Encourager l'établissement à assumer un rôle de leader et ajuster les pratiques de gestion en fonction de la taille de l'établissement. Il se peut que pour obtenir des résultats similaires, des établissements de plus grande taille demandent une participation plus intensive de leur personnel par rapport à des établissements plus réduits. Dans le Programme international de planification familiale du post-partum, des établissements de petite taille comptant des prestataires motivés ont affiché les taux les plus élevés d'adoption de moyens de contraception post-partum. Ainsi, parmi les établissements enregistrant moins de 10 000 patients par an, environ 27 % des patientes obstétriques ont opté pour la contraception lors du post-partum immédiat. Toutefois, les établissements de 10 000 à 20 000 patients présentaient un taux moyen d'adoption de moyens de contraception post-partum de 17 %, pour seulement 13 % pour les établissements les plus importants (comptant au moins 20 000 dossiers).²⁴ Ces résultats coïncident avec une recherche menée au Guatemala, qui a mis en avant des taux plus élevés d'adoption de moyens de contraception post-partum aux niveaux les plus bas du système de soins de santé.⁴⁷ Par ailleurs, des stratégies de résolution des problèmes, s'inscrivant dans le cadre d'approches d'amélioration du leadership, de la gestion ou de la qualité, aident le personnel à surmonter les obstacles dès qu'ils se présentent.^{33,34,48}

Outils et ressources

L'outil d'orientation sur les recommandations de l'OMS en matière de planification familiale pendant le post-partum, intitulé Compendium of WHO Recommendations for Postpartum Family Planning,⁴⁹ est un outil en ligne intégrant les principales recommandations de l'OMS visant à guider les femmes au moment de prendre des décisions en matière de planification familiale lors de la première année de la période post-partum. Disponible à l'adresse suivante : <https://postpartumfp.srhr.org/>

La boîte à outils sur la planification familiale du post-partum K4Health (K4Health Postpartum Family Planning (PPFP) Toolkit)⁵⁰ propose un recueil complet de bonnes pratiques, d'outils et de documents fondés sur des éléments factuels à propos de la planification familiale du post-partum. Disponible à l'adresse suivante : <https://toolkits.knowledgesuccess.org/toolkits/ppfp>

Les **Stratégies de programmation pour la planification familiale du post-partum**¹² sont une ressource préparée pour servir de base aux planificateurs et responsables de programme pour la mise au point des interventions destinées à intégrer la planification familiale du post-partum dans les stratégies nationales et locales. Disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/ppfp_strategies/fr/

Étude de cas pour la communication sur les services : Bangladesh : Le Maintien et suivi des comportements⁵¹ est un exemple de projet ayant utilisé avec succès les communications pour le changement social et comportemental via mHealth en vue de communiquer d'importantes informations sur la grossesse et la première année de la vie d'un enfant, y compris la planification familiale du post-partum, aux futures et nouvelles mères, ainsi qu'à leurs familles. <https://sbccimplementationkits.org/service-communication/case-studies/case-study-behavioral-maintenance-and-follow-up-in-bangladesh/>

Citation suggérée :

High Impact Practices in Family Planning (HIPs). Immediate postpartum family planning: A key component of childbirth care. Washington, DC: USAID ; octobre 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/immediate-postpartum-family-planning/>

Remerciements : Le présent mémoire d'information a été rédigé par Laura Raney, Anne Pfitzer, Trish McDonald, Erin Mielke, Elaine Charurat et Shawn Malarcher. Nous remercions les personnes suivantes pour leurs analyses critiques et leurs précieux commentaires : Afeefa Abdur-Rhaman, Ribka Amsalu, Michal Avni, Maggwa Baker, Neeta Bhatnagar, Rosanna Buck, Megan Christofield, Arzum Ciloglu, Kim Cole, Temple Cooley, Chelsea Cooper, Carmela Cordero, Ana Cuzin, Peggy D'Adamo, Ellen Eiseman, Mario Festin, Coley Gray, Karen Hardee, Nuriye Hodoglugil, Caroline Jacoby, Emily Keyes, Joan Kraft, Cate Lane, Samantha Lint, Ricky Lu, Sara Malakoff, Janet Meyers, Pierre Moon, Dani Murphy, Winnie Mwebesa, Maureen Norton, Gael O'Sullivan, Saiqa Panjsheri, Alice Payne Merritt, May Post, Shannon Priyor, Heidi Quinn, Setara Rahman, Elizabeth Sasser, Ritu Schroff, Caitlin Shannon, Willy Shasha, Jim Shelton, John Stanback, Sara Stratton, Caitlin Thistle, Carroll Vasquez, Michelle Weinberger, Jessica Williamson et Melanie Yahner.

Le présent mémoire d'information consacré aux PHI est approuvé par les organismes suivants : Abt Associates, CARE, Chemonics International, EngenderHealth, FHI 360, FP2020, Georgetown University/Institute for Reproductive Health, International Planned Parenthood Federation, IntraHealth International, Jhpiego, John Snow, Inc., Johns Hopkins Center for Communication Programs, Management Sciences for Health, Marie Stopes International, Options, Palladium, Pathfinder International, Population Council, Population Reference Bureau, Promundo US, Public Health Institute, Save the Children, U.S. Agency for International Development, United Nations Population Fund, and University Research Co., LLC.

Le Département de la santé et de la recherche génésiques de l'OMS a participé à l'élaboration du contenu technique des mémoires d'information relatifs aux PHI, qui sont considérés comme des synthèses entre les données factuelles et l'expérience de terrain. Il est prévu que ces mémoires d'information soient utilisés parallèlement aux Directives et outils de planification familiale de l'OMS : http://www.who.int/topics/family_planning/fr/.

Traduction en français par Eriksen Translations Inc. Revu par Jean-Pierre Monet et Veronique Lozano, l'UNFPA

Pour plus d'informations sur les PHI, veuillez contacter l'équipe PHI à l'adresse fhip@k4health.org.

Références

La liste complète des références utilisées dans le cadre de la préparation du présent mémoire d'information est disponible à l'adresse suivante : <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/immediate-postpartum-family-planning/>
