

Planification familiale du
post-partum immédiat**Pratique à haut impact :****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.³⁻⁸ 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.⁹ Malgré cet état de fait, 61 % des femmes des pays à revenu faible et intermédiaire ont des besoins non satisfaits en matière de contraception.¹⁰

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,^{11,12} le moment de la reprise des cycles mensuels^{13,14} et de l'activité sexuelle,¹² les pratiques d'allaitement et les idées fausses concernant l'aménorrhée liée à l'allaitement,^{11,15} ainsi que le manque d'accès aux services de contraception (voir la Figure 1). La pandémie de COVID-19 a perturbé l'accès aux services de santé essentiels, y compris l'accès aux services d'accouchement en établissement et de planification familiale du post-partum immédiat. Selon une enquête de l'OMS, 68 % des pays interrogés ont signalé une perturbation des services de planification familiale et 32 % ont signalé une perturbation des services d'accouchement en établissement,¹⁶ mais ces estimations n'étaient pas spécifiques aux services post-partum.

Le présent résumé consacré aux pratiques 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 résumé intitulé [Intégration des services de planification familiale et de vaccination.](#))

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 prénataux, 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.¹⁷ Chaque consultation auprès d'un professionnel de la santé offre une occasion unique d'identifier, 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



Des mères et leurs nouveau-nés au service néo-natal de l'hôpital régional d'Arrah, Bihar.

en œuvre effective. Les services de santé maternelle dispensés 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 de faire un choix libre et éclairé soit respecté.

La planification familiale du post-partum immédiat (PFPP) est une PHI éprouvée identifiée par un groupe consultatif technique composé d'experts internationaux. Une pratique éprouvée se base sur un nombre suffisant de certitudes permettant d'en recommander la mise en œuvre à l'échelle dans le cadre d'une stratégie de planification familiale globale, à condition qu'il y ait un suivi de la couverture, de la qualité et du coût, ainsi que de la recherche opérationnelle afin d'en renforcer l'impact.¹⁸ Pour de plus amples informations sur les PHI, voir <http://www.fphighimpactpractices.org/fr/overview/>.

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 trop rapprochée ou non désirée peu de temps après une naissance.^{11,12,19}

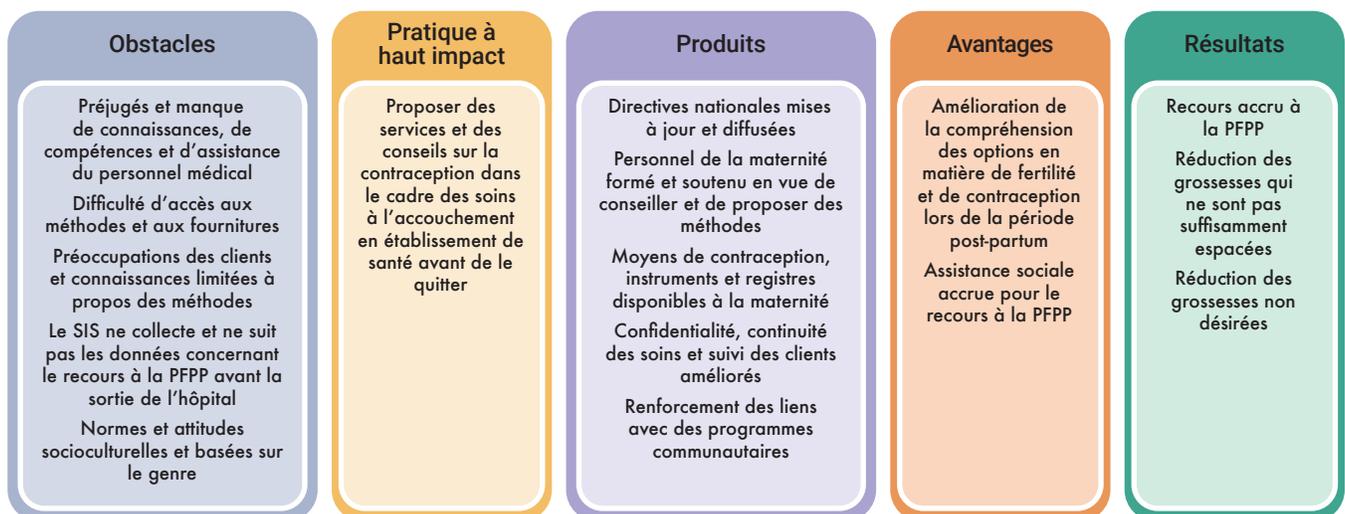
Les raisons citées par les prestataires de soins, les femmes et leurs réseaux de soutien pour justifier l'absence de contraception au cours de la période post-partum incluent des préoccupations concernant les effets secondaires des contraceptifs, en particulier des contraceptifs hormonaux sur le lait maternel et la santé de l'enfant.^{10,20,21} 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.²²⁻²⁶

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.²⁷ Au Bangladesh, par exemple, 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 ont augmenté de 39 à 72 % au Burkina Faso et de 43 à 64 % au Kenya.²⁸ Alors 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 permettre aux femmes et à leurs partenaires de bénéficier de services de planification familiale.

Figure 1. L'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.



Acronymes : SIS : système d'information sanitaire (health management information system) ; PFPP : planification familiale du post-partum (postpartum family planning).

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,²⁹ en plus de bon nombre d'autres types de contraceptifs (voir l'Encadré 1). Par conséquent, immédiatement après une naissance, les femmes peuvent faire leur choix parmi une large gamme de contraceptifs, y compris des méthodes hormonales et non hormonales, à action courte ou prolongée, mais aussi permanentes.³⁰

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 1,1 million de femmes, a démontré qu'il était possible de fournir des services de planification familiale dans le cadre de soins obstétricaux en hôpital. En 1971, au plus fort de la mise en œuvre, quelque 21 % des patients obstétricaux 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.³¹ On estime que le programme a permis d'éviter 500 000 grossesses non désirées au cours de ses 8 années d'existence.³¹

Parallèlement, des expériences plus récentes démontrent constamment l'impact potentiel de cette pratique. Entre 2013 et 2017, la Fédération internationale des gynécologues et obstétriciens a mené une vaste initiative de collaboration multi-pays avec les ministères de la Santé afin de renforcer la planification familiale du post-partum immédiat, y compris les conseils, la formation, le suivi et la prestation de services.³² L'initiative avait notamment vocation à redynamiser le recours volontaire aux DIU en post-partum (DIUPP) en tant que méthode de planification familiale du post-partum immédiat. Dans quatre pays — Inde, Népal, Sri Lanka et Tanzanie — 6 477 médecins, infirmières et sage-femmes ont été formés, au service de 239 033 femmes ayant accouché entre janvier 2016 et novembre 2017 ; 68 % ont bénéficié de conseils pondérés en matière de planification familiale et 20 % ont choisi un DIU.³³ Les diverses séances de consultation au cours d'une grossesse ont contribué à une augmentation de l'adoption de la planification familiale en post-partum. Au Sri Lanka, l'introduction pilote des DIUPP au sein de 12 grands hôpitaux sur plusieurs années a permis d'inclure les DIUPP au rang des méthodes proposées dans le cadre du programme national de planification familiale en 2017.³⁴

La formation des infirmières et des sage-femmes à l'insertion immédiate d'un DIUPP a été particulièrement couronnée de succès, aboutissant à une utilisation accrue de la méthode

Encadré 1. Options de contraception lors du post-partum immédiat

Pour les femmes qui allaitent :

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

Pour les femmes qui n'allaitent pas :

- Stérilisation féminine
- Stérilisation masculine
- DIU
- Implants
- Contraceptifs injectables
- Préservatifs
- Contraception d'urgence

Source : Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives de l'OMS (2015).²⁹

avec peu de complications, d'expulsions, et de retraits. Dans un grand hôpital indien, le recours aux DIUPP a augmenté de 2,3 à 49 % sur deux ans ; 99,5 % des 2 626 insertions vaginales avaient été effectuées par des infirmières formées.³⁵ En Tanzanie, 58,5 % des 2 347 insertions de DIUPP ont été réalisées par des sage-femmes.³⁶ L'on peut donc en conclure que le succès de cette initiative réside dans l'accent mis sur le leadership au niveau des pays et des hôpitaux, sur la formation en cours d'emploi, sur les normes de compétences, les conseils prénataux, et un suivi, une évaluation et un retour d'information solides.^{32,37,38}

Le Tableau 1 résume l'expérience de 6 programmes nationaux, dont 3 (Afghanistan, Indonésie et Niger) s'appuient 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. Considérés conjointement, ces résultats, tant anciens que récents, montrent que si les femmes bénéficient de conseils complets et se voient proposer de façon proactive plusieurs moyens de contraception dans le cadre des soins à la naissance, entre 20 et 50 % d'entre elles quittent l'établissement avec l'un de ces moyens.

Ces données sont conformes à d'autres données probantes qui ont établi que les femmes sont nettement plus susceptibles d'utiliser un moyen de contraception moderne post-partum si elles bénéficient de services de planification familiale au moment de la naissance.³⁹⁻⁴¹

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 ^{42,43}	4 % (180/4179)	51 % (1700/3362)
Honduras ^{44*}	10 % (47/474)	33 % (188/571)
Honduras ^{45†}	9 % (23/251)	46 % (142/308)
Indonésie ⁴⁶	9 % (307/3373)	41 % (1286/3101)
Niger ^{47,48}	0 % (7/2193)	31 % (686/2213)
Rwanda ⁴⁹	7,7 DIUPP/mois	214,6 DIUPP/mois

* Hospital Escuela, l'hôpital public.

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

Comment procéder : 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 une femme. 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 du carnet de santé d'une patiente ou d'un tableau dans un établissement. Dès lors, cette documentation facilite la communication entre les prestataires de soins qui prennent en charge le même patient 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 directives et protocoles nationaux relatifs à la prestation de services et clarifier le rôle des prestataires de services. La démarche est primordiale si les directives et protocoles existants font état d'un démarrage différé des méthodes à progestatif seul telles que les implants, qui constituent désormais une option en matière de planification familiale du post-partum immédiat.²⁹ Les directives/protocoles et les descriptions de poste devraient clairement mentionner que tous les prestataires de soins prénatals et maternels 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.

Inclure les situations de crise humanitaire. Les crises humanitaires sont des phénomènes d'une envergure extraordinaire qui ne cessent de croître, et les besoins en matière de santé sexuelle et reproductive des femmes et des adolescentes concernées par ces catastrophes sont souvent plus importants que dans des contextes stables.⁵⁰ Avec la formation clinique, la sensibilisation communautaire, et un large éventail d'options de

contraception, les programmes documentent une augmentation rapide de l'adoption de la planification familiale en post-partum immédiat, y compris les contraceptifs réversibles à action longue durée (LARC). En proposant des implants et des DIU assortis de conseils pondérés et de services compétents, ces méthodes gagnent rapidement en popularité dans les environnements instables où un déracinement des femmes et des familles peut intervenir à tout instant.^{51,52}

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.^{53,54} Ainsi, des programmes ont démontré qu'au moment de démarrer les services de planification familiale du post-partum, les prestataires 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.⁵⁵ Cela s'avère particulièrement utile dans des contextes où la désinformation et la résistance aux DIU ou aux LARC sont persistantes au sein de la communauté au sens large.⁵⁵

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 ciblant les jeunes femmes et les adolescentes mariées ont reconnu l'intérêt des visites à domicile ou d'engagement de groupes communautaires.⁵⁶ (Voir le résumé PHI sur [L'engagement de groupes communautaires.](#)) Les belles-mères, les coépouses et les autres femmes d'âge mûr exercent une influence notable sur les adolescentes mariées. Ces programmes ont fait état de la nécessité de tester prudemment les stratégies visant à approcher et à conseiller les jeunes femmes mariées, ainsi que leurs partenaires et les femmes d'âge mûr au sein du ménage.⁵⁷⁻⁵⁹

Proposer la plus large palette de moyens de contraception et les rendre disponibles avant le départ de la maternité.

Les institutions qui ont affiché de nettes améliorations au niveau de l'adoption de moyens de contraception post-partum y sont parvenues en élargissant la gamme des moyens disponibles et en mettant l'accent sur leur adoption avant la sortie de l'hôpital. Au Honduras, par exemple, l'éventail des méthodes disponibles a été élargi en vue d'ajouter les contraceptifs oraux à progestatif seul et les préservatifs aux DIU et à la stérilisation féminine. Consécutivement, le pourcentage de femmes en post-partum quittant l'hôpital avec le moyen de contraception de leur choix a été multiplié par cinq, passant ainsi de 9 % en décembre 1990 à 47 % en février 1992.⁴⁵ 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 dans la transition entre la MAMA et une autre méthode avaient considérablement réduit l'incidence des grossesses non désirées et favorisé une transition rapide vers une autre méthode.⁶⁰

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 accrue 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.⁶¹ Ainsi, le fait de prodiguer des conseils à un stade précoce de la grossesse peut s'avérer particulièrement utile dans le cas des dispositifs intra-utérins ou de la stérilisation, étant donné que les femmes ont souvent besoin de plus de temps pour étudier ces options et en discuter avec leurs partenaires.

Ne pas oublier les hommes. Dans de nombreuses cultures, les partenaires masculins exercent une influence considérable sur l'adoption et la poursuite de la planification familiale en post-partum immédiat.⁶²⁻⁶⁴ 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.⁶⁵

Le recours à des séances de conseils pour couples — avec l'accord des femmes — lors de visites prénatales dans un hôpital du nord du Nigéria a augmenté l'adoption immédiate de la planification familiale en post-partum de 29 à 49 %.⁶⁶ Un projet pilote de santé mobile (mHealth) reposant sur l'échange de brefs messages interactifs à l'attention des femmes et des hommes a été bien accueilli par les deux parties et a confirmé le désir des hommes de se voir inclus dans les programmes de planification familiale. L'utilisation de messages mHealth est une approche prometteuse afin d'améliorer la communication des couples, combler le manque de connaissances des hommes et des femmes en matière de contraception, évoquer les effets secondaires anticipés et dissiper les idées fausses.⁶⁷ 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. 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 d'aborder directement ces normes inéquitables 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 impliquant 10 districts ont montré que 24 % des femmes ont adopté une méthode avant de quitter l'hôpital, tandis que 67 % de femmes supplémentaires ont quitté l'établissement en ayant déterminé à quel moment démarrer une contraception (données non publiées). Les services de vaccination atteignent généralement un degré de couverture élevé et offrent ainsi une plateforme permettant d'établir un lien avec les services de planification familiale, ou de les intégrer (voir le résumé PHI [Intégration des services de planification familiale et de vaccination](#)).

Outils et ressources

- [L'outil d'orientation sur les recommandations de l'OMS en matière de planification familiale pendant le post-partum, intitulé](#),⁷³ 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.
- [La boîte à outils sur la planification familiale du post-partum K4Health](#)⁴ propose un recueil complet de bonnes pratiques, d'outils et de documents fondés sur des données probantes à propos de la planification familiale du post-partum.
- [Les Stratégies de programmation pour la planification familiale du post-partum](#)¹⁸ sont une ressource à l'intention des 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.
- [Étude de cas pour la communication sur les services : Bangladesh : maintien et suivi des comportements](#)⁷⁵ 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.

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. Pour garantir des conseils systématiques en matière de planification familiale du post-partum, des prestataires formés à cet effet devraient pouvoir être consultés par téléphone la nuit et le week-end.^{45,46,68-70} 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.⁵⁵ Il convient donc de veiller à prépositionner des fournitures et organiser le flux de clients à travers les salles de travail, d'accouchement et postnatals 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 (données non publiées).^{47,48}

Encourager le leadership au niveau de l'établissement 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 cadre du 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 %, et seulement 13 % pour les établissements les plus importants (comptant au moins 20 000 dossiers).³¹ 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.⁷¹ 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.^{47,48,72}

Mesure de la mise en œuvre

Il est recommandé que les programmes mettant en œuvre la planification familiale en post-partum se fondent sur les indicateurs suivants.

- Nombre/pourcentage de femmes qui ont accouché dans un établissement et qui ont reçu des conseils sur la planification familiale avant leur sortie (désagrégé par groupe d'âge, <20 ans vs ≥20 ans). Voir la [Base de données d'indicateurs sur la PF/SR de MEASURE Evaluation](#).
- Nombre/pourcentage de femmes qui ont accouché dans un établissement et qui ont commencé ou abandonné une méthode de contraception moderne avant leur sortie (désagrégé par type de méthode et groupe d'âge, <20 ans vs ≥20 ans). Voir la [Base de données d'indicateurs sur la PF/SR de MEASURE Evaluation](#).

Références

Une liste complète des références utilisées dans la préparation de ce résumé peut être consultée à l'adresse suivante : <https://www.fphighimpactpractices.org/fr/briefs/planification-familiale-du-post-partum-immediat/>

Citation suggérée : Pratiques à haut impact en matière de planification familiale (PHI). Planification familiale du post-partum immédiat : un composant essentiel des soins à l'accouchement. Washington, DC : Partenariat PHI ; mai 2022. Disponible à l'adresse : <https://www.fphighimpactpractices.org/fr/briefs/planification-familiale-du-post-partum-immediat/>

Remerciements : Le présent document a été rédigé par Elaine Charurat, Douglas Huber, Eva Lathrop, Trish McDonald, Suzanne Mukakabanda, Rachel Yodi et Linnea Zimmerman. Il a été mis à jour à partir d'une version précédente, disponible [ici](#). Il a été révisé et approuvé par le Groupe Technique Consultatif (GTC) du Partenariat PHI. Nous remercions également les personnes et organisations suivantes pour leurs analyses critiques et leurs précieux commentaires : Afeefa Abdur-Rhaman, Ribka Amsalu, Bethany Arnold, 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, Aachal Devi, Ellen Eiseman, Mario Festin, Coley Gray, Karen Hardee, Nuriye Hodoglugil, Caroline Jacoby, Emily Keyes, Joan Kraft, Cate Lane, Samantha Lint, Ricky Lu, Sara Malakoff, Shawn Malarcher, Janet Meyers, Erin Mielke, Pierre Moon, Dani Murphy, Winnie Mwebesa, Maureen Norton, Gael O'Sullivan, Saiqa Panjsheri, Alice Payne Merritt, Anne Pfitzer, May Post, Shannon Priyor, Heidi Quinn, Setara Rahman, Laura Raney, 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 Département de la santé sexuelle et reproductive et de la recherche de l'OMS a contribué à l'élaboration du contenu technique des résumés relatifs aux PHI, qui sont considérés comme des résumés de données probantes et d'expériences sur le terrain. Il est prévu que ces résumés soient utilisés conjointement avec les outils et directives de l'OMS sur la planification familiale : <https://www.who.int/fr/health-topics/contraception>.

Le Partenariat PHI est un partenariat diversifié et axé sur les résultats qui englobe un large éventail de parties prenantes et d'experts. En tant que tel, les informations contenues dans les documents du PHI ne reflètent pas nécessairement les opinions de chaque co-sponsor ou organisation partenaire.

Pour vous engager avec les PHI, veuillez vous rendre à : <https://www.fphighimpactpractices.org/fr/engage-with-the-hips/>.