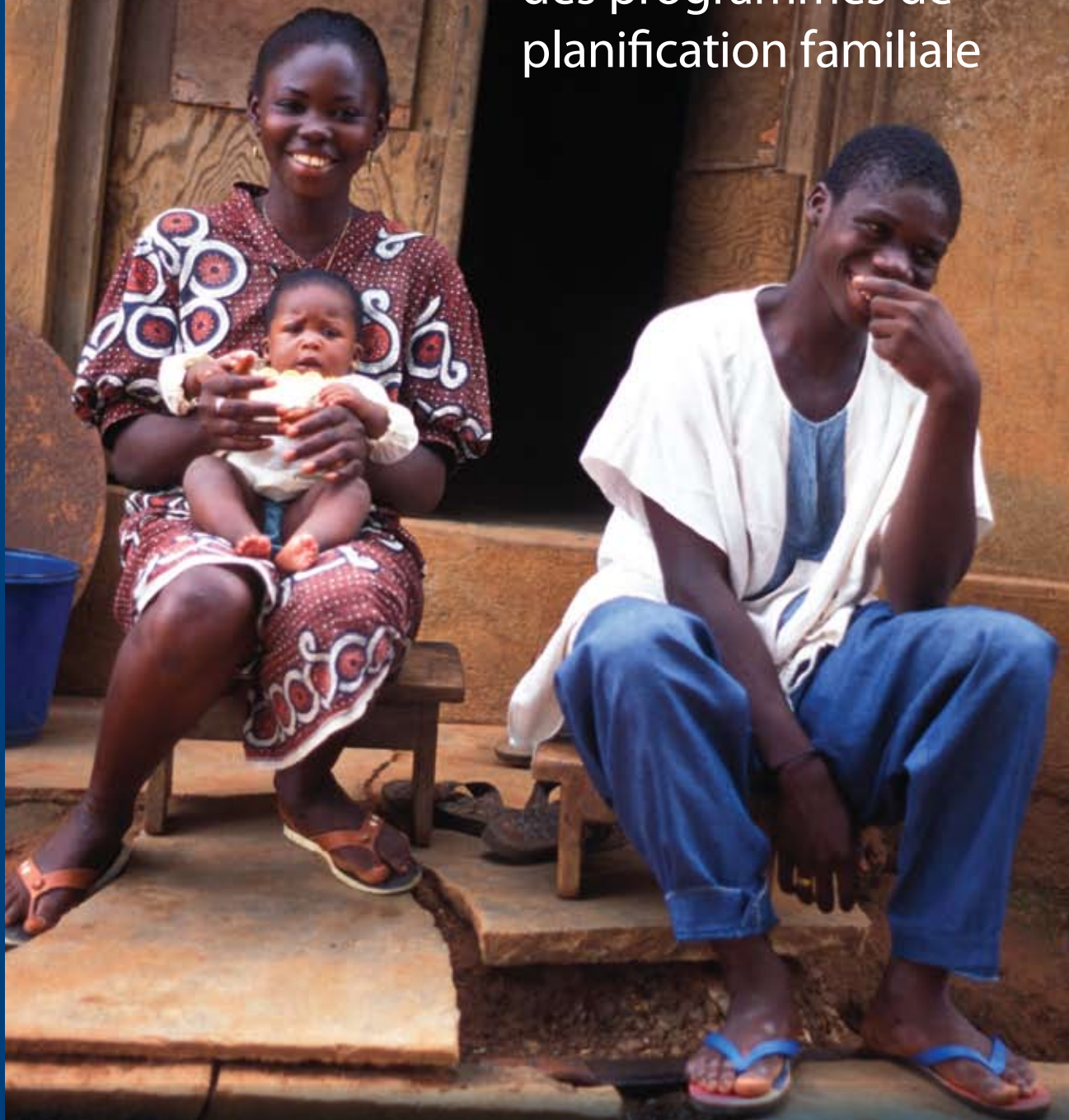


Pour Répondre À Un Besoin

Vers le renforcement
des programmes de
planification familiale



Copyright © 2006, Program for Appropriate Technology in Health (PATH) and United Nations Population Fund (UNFPA). All rights reserved. The material in this document may be freely used for educational or noncommercial purposes, provided that the material is accompanied by an acknowledgment line.

ISBN number: 0-89714-770-7

Suggested citation:

PATH and United Nations Population Fund. *Meeting the Need: Strengthening Family Planning Programs*. Seattle: PATH/UNFPA; 2006.

Photos

Couverture: Richard Lord, Côte d'Ivoire

Page 4: Richard Lord, Nepal

Page 16: PATH, Jessica Fleming, Mozambique

Page 68: PATH, Dan Chang, Latin America

PATH

1455 NW Leary Way
Seattle, WA 98107 USA
Tel: 206.285.3500
Fax: 206.285.6619
Email: info@path.org
www.path.org

UNFPA

220 East 42nd Street
New York, NY 10017 USA
Tel: 212.297.5000
Fax: 212.557.6416
Email: info@unfpa.org
www.unfpa.org

Pour Répondre À Un Besoin

Vers le renforcement des programmes
de planification familiale

2006



Remerciements

Le présent rapport intitulé, Pour répondre à un besoin : Vers le renforcement des programmes de planification familiale, est le produit d'une collaboration entre PATH et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA). La recherche et la préparation de ce rapport ont été faites par Adrienne Kols, consultante privée. Lindsay Edouard, de l'UNFPA, et Cristina Herdman, de PATH ont supervisé la mise au point du rapport et ont défini sa portée et son contenu. Si le rapport a été enrichi par le feed-back des personnes suivantes, il n'en reste pas moins que la responsabilité du contenu final revient aux personnes susmentionnées.

Une mention toute spéciale pour plusieurs autres personnes qui ont contribué à ce rapport. Hedia Belhadj, Stan Bernstein et Arletty Pinel, de l'UNFPA, ont assuré l'examen technique du document. C.Y. Gopinath, Jane Hutchings, Lorelei Goodyear et Jacqueline Sherris, de PATH, ont apporté un feed-back technique concernant des sections spécifiques du rapport. Le rapport a été édité par Michele Burns et conçu par Kristin Dahlquist, toutes deux de PATH.

De plus, nos remerciements vont aux lecteurs externes à PATH et à l'UNFPA. Il s'agit de Jeff Spieler, Allan Bornbusch, Sarah Harbison, Shawn Malarcher et Susan Wright de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID). Les examinateurs de la Division de la Santé reproductive et de la Recherche de l'Organisation mondiale de la Santé sont Catherine D'Arcangues, Kathryn Church et Nuriye Ortayli. Oluwole Akande de l'University College Hospital à Ibadan, au Nigeria, a également fait des commentaires fort utiles du rapport.

Table des matières

	Préface	1
	Résumé analytique	2
PARTIE		
1	Esquisse de l'enjeu	5
	Priorités et stratégies de développement	5
	Avantages de la planification familiale	9
	La santé	9
	Les droits en matière de reproduction et équité entre les genres	10
	Les avantages économiques	11
	Le point sur la prévalence de la contraception	11
	Les niveaux et tendances	11
	Les déterminants	13
	Fixer les objectifs des programmes	13
PARTIE		
2	Augmenter la prévalence de la contraception	17
	Faire un plaidoyer	17
	Restructurer la prestation de services	19
	Les services intégrés	19
	La sécurité des fournitures contraceptives	28
	La qualité des soins	31
	Le choix informé et le counseling contraceptif	36
	Lever les barrières pour arriver aux groupes peu desservis	41
	Créer la demande	47
	Communication pour le changement de comportement	47
	Baisser les barrières économiques	50
	Viabilité	55
	Autosuffisance	55
	Partenariats avec le secteur privé	55
PARTIE		
3	Conclusion	61
	Sigles	63
	Références	64
	Ressources supplémentaires	74

Préface

Il est impératif de garantir l'accès à l'information, aux services et aux produits de planification familiale pour protéger la santé et le bien-être des femmes, des familles et de la société prise dans son entier. Si le développement économique, les droits humains et la santé dans le monde sont enracinés dans la planification familiale, l'encrage est pourtant souvent ignoré. Par ailleurs, les tendances récentes, si elles ont su élargir le champ d'action des programmes de santé et de développement dans le monde, n'en ont pas moins dispersé l'attention et le financement accordés à la planification familiale. La Conférence internationale de 1994 sur la Population et le Développement place la planification familiale dans le contexte plus large de la santé et des droits de la femme en matière de reproduction et de l'équité entre les genres. Les réformes du secteur de la santé ont encouragé l'intégration des services permettant ainsi aux représentants locaux de fixer des priorités qui souvent ont laissé de côté les besoins en planification familiale. Les nouveaux cadres de développement, dont les Objectifs du Millénaire pour le Développement fixés par des dirigeants mondiaux en 2000, mettent l'accent sur les besoins des plus pauvres dans le monde sans spécifier pourtant la planification familiale au rang des priorités.

Prises ensemble, ces tendances masquent l'importance et la reconnaissance du rôle intégral que joue la planification familiale dans le développement. Aussi, s'agit-il de revitaliser les activités de planification familiale en montrant aux responsables et aux planificateurs de programme qu'un plaidoyer dynamique, un accès élargi aux soins et une meilleure qualité des services, des mesures encourageant ceux qui ont besoin de la planification familiale à consulter les services et les efforts faits pour arriver à la viabilité financière sont autant d'éléments qui augmentent la prévalence de la contraception. La sensibilisation des bailleurs de fonds et des décideurs pour les aider à comprendre que la planification familiale fait partie intégrante du développement économique et social permettra d'obtenir le financement et l'appui politique pour maintenir ces services.

Le présent rapport se veut un document de référence pour aider les responsables des programmes de planification familiale à renforcer leurs programmes et à répondre aux besoins toujours croissants en matière de planification familiale. Il ne cherche pas à faire une analyse technique détaillée des divers aspects et questions et ne traite pas non plus des nombreuses variations et circonstances régionales et nationales entourant la prestation des services de planification familiale. Il s'agit plutôt d'un tour d'horizon des grands aspects programmatiques. Chaque sous-section comprend une liste de ressources pratiques spécialisées et d'outils pratiques (disponibles en ligne) inspirant les responsables des programmes souhaitant procéder à des changements programmatiques. Soulignons toutefois que les responsables de programme n'ont pas besoin d'essayer de changer simultanément tous les aspects des programmes dont il est question dans ce rapport. Dans certains cas, il suffira de s'attacher à tel ou tel volet d'un programme pour obtenir des résultats impressionnants. Nous espérons que ce rapport encouragera les responsables des programmes à se mettre en quête d'autres moyens encore de renforcer les programmes de planification familiale pour faire augmenter la prévalence de la contraception et satisfaire aux droits reproductifs des femmes et des hommes qu'ils desservent.

Résumé

Ces 20 à 30 dernières années, un grand pas en avant a été franchi pour améliorer les taux de prévalence de la contraception et diminuer la fécondité. Parallèlement, un nombre croissant d'hommes et de femmes dans les pays en développement désirent adopter la planification familiale et exercer leurs droits à décider en toute liberté du nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir et de l'espacement des naissances. Pour les responsables de programme qui essaient de répondre à cette demande croissante pour la planification familiale, l'environnement actuel est semé d'embûches. En effet, le domaine de la santé et du développement international essaye de s'attaquer à de nouvelles priorités, notamment l'épidémie du VIH/SIDA et la pauvreté répandue en plus des questions plus anciennes comme la santé de la reproduction et dans ce dédale en oublie parfois le rôle prépondérant de la planification familiale. Les réformes du secteur de la santé entraînent dans leur sillon de nouveaux défis de gestion, notamment les changements dans les mécanismes de financement et la décentralisation des prestations de services au niveau local. L'intégration de services, but à long terme de la communauté de la planification familiale, n'est pas une tâche aisée avec une solution sur mesure. Elle exige une prise en charge minutieuse des divers rouages du mécanisme. Autant d'aptitudes qui n'entrent pas toujours dans la capacité des nouveaux centres de gestion et ces lacunes finissent par ébranler les services de planification familiale. Et pourtant, malgré ces défis, il est plus important que jamais d'étendre à plus grande échelle les services et l'information en planification familiale en les intégrant systématiquement aux services de santé en général.

S'ils veulent relever ces défis, les responsables des programmes de planification familiale doivent agir sur quatre fronts. Premièrement, ils doivent mener un plaidoyer pour que soient mieux connus, dans les sphères politiques, les liens qui existent entre la pauvreté, le développement et la planification familiale. Deuxièmement, les responsables de planification familiale doivent vérifier que les services sont efficaces par rapport aux coûts, accessibles et de bonne qualité. Troisièmement, les responsables des programmes de planification familiale doivent créer une demande pour la planification familiale. Et, en dernier lieu, ils doivent chercher à améliorer la viabilité financière des programmes de planification familiale.

Un plaidoyer réussi mettra en relief le lien qui existe entre la planification familiale et les buts plus généraux en matière de santé et de développement. Des décideurs qui comprennent bien les liens entre la planification familiale et les buts liés au développement économique, à l'équité entre les genres, à la prévention du VIH/SIDA et à la santé maternelle et infantile aideront à pérenniser les programmes de planification familiale.

La réorganisation de la prestation des services en vue d'en garantir le caractère abordable, l'accessibilité et la qualité permettra d'étendre la portée des services de planification familiale. En intégrant la planification familiale à d'autres services de santé, on arrivera à répondre aux besoins spéciaux de différentes populations tout en faisant bénéficier de ces mêmes services de nouveaux groupes et en sensibilisant les pauvres, les adolescents, les hommes et d'autres groupes peu desservis. Améliorer le counseling en matière de contraception et garantir un approvisionnement fiable en produits contraceptifs permettra de faire du choix informé non plus un but lointain mais une réalité. Finalement, le renforcement des services de tous les jours permettra d'améliorer la qualité des soins qui sont dispensés aux clients de la planification familiale.

La communication pour le changement de comportement, dont l'éducation du client, la mobilisation communautaire et les mass media, exerce une profonde influence sur les normes communautaires ainsi que sur les attitudes individuelles, soutenant les droits en matière de reproduction et venant à bout de l'opposition sociale à la planification familiale. Cette communication renforce les connaissances et motive les éventuels clients pour qu'ils passent à l'action. Parallèlement, la compensation des frais encourus par les clients et les dérogations abaissent les barrières économiques qui découragent certaines personnes d'aller consulter les services de planification familiale.

Une analyse attentive des coûts et des recettes et de nouveaux modes de composition du personnel et de prestation des services confère une plus grande autonomie aux programmes dans leur recherche de l'autosuffisance. Toute alliance avec le secteur privé—par exemple, par le biais du marketing social et du franchisage social—renforce la disponibilité de services de planification familiale d'un coût abordable dans la communauté et allège le fardeau qui pèse sur le système public de la santé.



Esquisse de l'enjeu

- Priorités et stratégies de développement
- Avantages de la planification familiale
- Le point de la prévalence de la contraception

La planification familiale a été en quelque sorte éclipsée —perdue au milieu des changements récents dans les stratégies et priorités du développement international. Et pourtant, il existe 201 millions de femmes dans les pays en développement qui ont besoin d'une contraception moderne et qui ne l'utilisent pas : 137 millions de femmes sont exposées au risque d'une grossesse non souhaitée et n'utilisent aucune méthode et 64 millions en plus dépendent de méthodes traditionnelles moins efficaces (Singh et al. 2003). Nombreux sont les groupes vulnérables, dont les pauvres et les adolescents, qui n'ont pas un accès facile à des services de planification familiale de bonne qualité. Et le nombre sans cesse croissant d'utilisatrices de la contraception complique de plus en plus la tâche des programmes de planification familiale qui ont bien du mal à répondre à ces besoins. Les responsables de la planification familiale doivent comprendre les nouvelles politiques et le nouvel environnement de financement pour obtenir l'attention et les ressources nécessaires pour donner une solide assise à leurs programmes.

Les Priorités et stratégies de développement

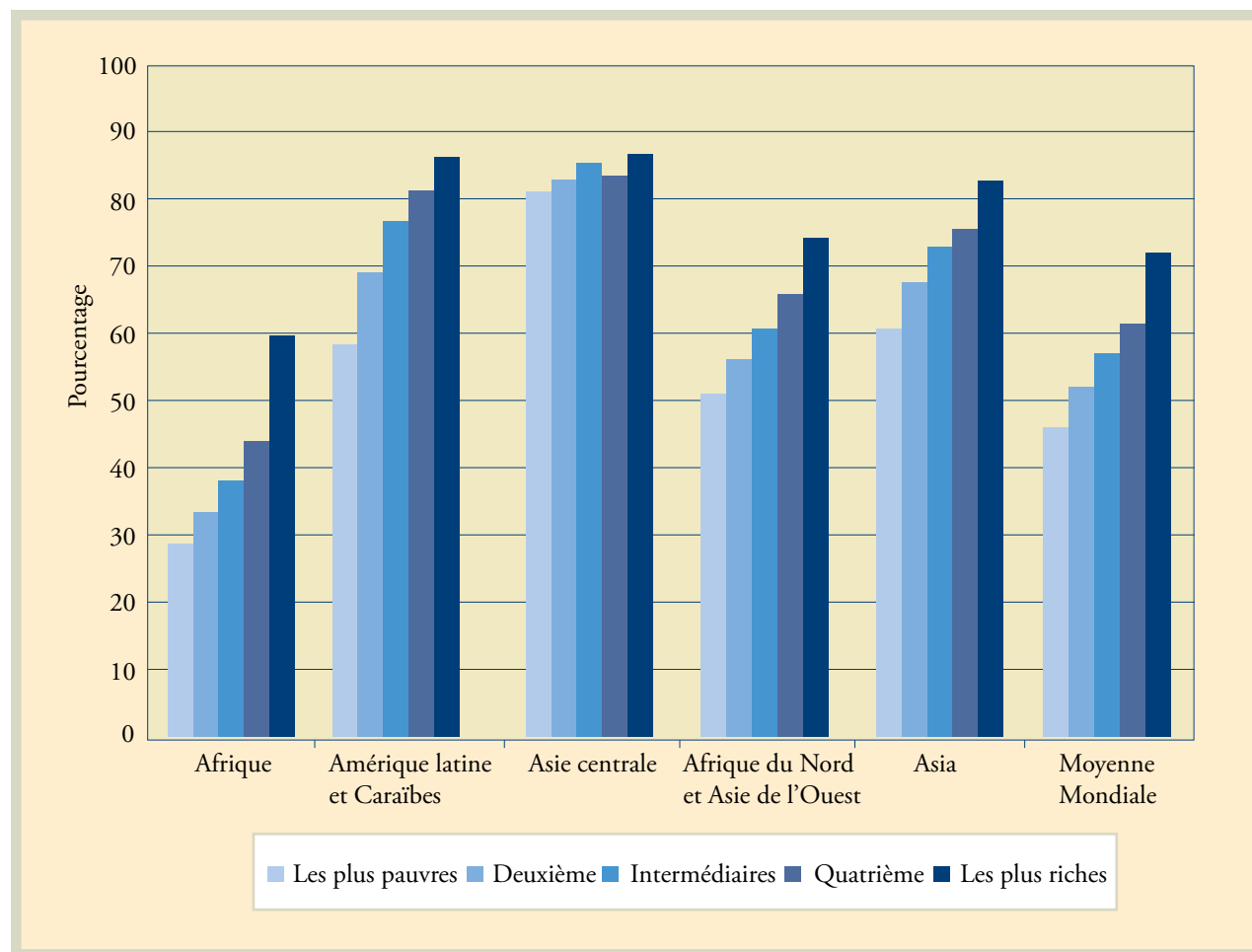
Les nouvelles priorités mondiales et les stratégies changeantes du développement ont profondément marqué le domaine de la planification familiale, surtout ces 10 dernières années. Le consensus obtenu lors de la Conférence internationale sur la Population et le Développement (CIPD) de 1994 au Caire s'est déclaré contre la priorité trop étroite accordée aux questions de la population en faveur d'une approche plus générale au

développement, englobant les droits en matière de reproduction des femmes et l'équité entre les genres et demandant que la planification familiale devienne une part intégrante de services de soins de santé de la reproduction dans un champ plus élargi (NU 1995). Une telle tendance a été reprise cinq ans plus tard par l'Assemblée générale des Nations Unies (NU 1999) et à nouveau par la stratégie de santé de la reproduction de l'Organisation mondiale de la Santé en 2004 (OMS SSR 2004). Certes, ce champ d'action élargi profite au bien-être des femmes, bien que la planification familiale ait dû se tailler une place dans ce monde de problèmes dont certains graves qui existent depuis longtemps mais qui n'ont guère été reconnus, comme la mutilation génitale de la femme et la violence à l'égard du genre (Gillespie 2004). Par ailleurs, des ressources vitales ont bien dû être consacrées au combat contre la pandémie du VIH/SIDA, bien que les liens étroits avec la planification familiale et d'autres problèmes de santé sexuelle et reproductive ne soient guère reconnus : autant de bonnes occasions ratées d'améliorer la santé.

L'impulsion donnée à la réforme du secteur de la santé est venue étayer la théorie de la CIPD recommandant une panoplie complète de services de santé de la reproduction. Les responsables de la réforme partent du principe que des services de santé intégrés—de pair avec la décentralisation, diverses options de financement, l'octroi de ressources en fonction de la charge de la morbidité et d'autres innovations—permettent d'améliorer l'efficacité, la qualité, l'équité, la viabilité et la réponse des clients aux systèmes de santé dans le monde en développement. Nul doute que les avantages de l'intégration et autres innovations sont positifs, mais sans le vouloir parfois, ces réformes n'en peuvent pas moins nuire à la planification familiale. Prenons l'exemple suivant : les services intégrés exigent souvent de la part des prestataires de la planification familiale qu'ils répartissent leur temps à fournir une gamme plus grande de services (Dmytraczenko et al. 2003, McIntyre 2005). La décentralisation permet aux administrateurs locaux de fixer la part des ressources qu'ils octroient à la planification familiale (Maceira 2005a, Merrick 2000) ; et les mesures de la charge de morbidité relèguent au deuxième plan la planification familiale, la grossesse n'étant pas une maladie (Alvarez-Castillo 2005, Berer 2002). Par ailleurs, il va sans dire que les avantages éventuels de la réforme du secteur de la santé dépassent les inconvénients. Par exemple, les approches sectorielles (SWAps) permettent de regrouper le financement des bailleurs de fonds et, par conséquent, les gouvernements peuvent coordonner une approche commune à la planification et aux dépenses pour le secteur entier de la santé. Si les approches sectorielles risquent de diminuer le financement qu'accordent tout spécifiquement les bailleurs de fonds à la planification familiale, elles n'en suppriment pas moins par ailleurs le double emploi, la fragmentation et la complexité administrative, et renforcent par ailleurs le sens d'appartenance et de leadership au niveau local—autant de facteurs positifs qui rendent les soins de santé plus efficaces et plus efficaces (CIDA 2003, Maceira 2005b).

Parallèlement, l'attention de plus en plus grande accordée à la réduction de la pauvreté a compromis le financement pour la santé de la reproduction et la planification

FIGURE 1:

Proportion du besoin contraceptif satisfait, par quintile économique, 1996-2004

Note : les données de 1996 pour le Bangladesh, le Bénin, le Népal, la Tanzanie et la Zambie et les données de 1997-1998 pour le Nicaragua ne sont pas comprises dans la période de l'enquête. La moyenne mondiale des quintiles économiques est une simple moyenne qui ne tient pas compte des différences dans les groupes de quintiles économiques entre les pays.

Source: Adapté du Projet du Millénaire des Nations Unies 2006

familiale. La Banque mondiale et le Fonds monétaire international ont introduit en 1994 les Documents de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DRSP) comme condition aux prêts et à l'allègement de la dette, et les bailleurs de fonds et les partenaires du développement les utilisent de plus en plus comme base de l'assistance au développement. Ces plans multisectoriels de croissance économique abordent les questions de santé, mais ne reconnaissent pas explicitement la santé de la reproduction et la planification familiale comme des priorités qui seraient alors dotées de leurs propres crédits budgétaires—autre occasion ratée puisque le développement ne saurait aller de l'avant sans investissement dans la planification familiale, surtout pour les pauvres qui tendent à connaître les taux plus élevés de besoin non satisfait (voir Figure 1). Et pourtant, les

Cinq objectifs clés pour les programmes de planification familiale

En règle générale, les organismes de planification familiale conviennent de cinq objectifs prioritaires déterminant la réussite des programmes nationaux de planification familiale. Premièrement, les programmes doivent offrir un accès complet à toute une gamme de méthodes contraceptives pour que les couples et les individus puissent obtenir la méthode qui réponde le mieux à leurs besoins. Deuxièmement, les programmes doivent répondre au besoin non satisfait et à l'intention d'utiliser une méthode pour que ceux qui souhaitent employer une méthode puissent le faire. Troisièmement, les programmes nationaux de planification familiale doivent chercher à atteindre les seuils de fécondité souhaités pour que les couples puissent avoir le nombre d'enfants qu'ils désirent. Quatrièmement, les pays devront chercher à atteindre le taux souhaité de remplacement de la population pour arriver à une stabilité démographique optimale. En dernier lieu, les programmes nationaux devront chercher à réaliser les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et le Programme d'action du Caire qui visent à réduire la pauvreté, à améliorer la santé et à promouvoir la paix, les droits humains, l'égalité entre les genres et à assurer un environnement durable (Ross et al. 2005).

Documents de la stratégie de réduction de la pauvreté renferment un énorme potentiel pour la santé de la reproduction. Ils peuvent sensibiliser davantage à l'importance de la santé pour la réduction de la pauvreté et la croissance économique, donner au secteur de la santé voix au chapitre lors de la distribution des crédits et attirer un nouveau financement pour la santé et encore rationaliser le soutien des bailleurs de fonds (OMS 2005a).

La pauvreté fut la principale préoccupation du Sommet de 2000 pour le Millénaire qui a permis de réunir des dirigeants du monde entier afin de décider des priorités du développement international et ébaucher le programme des Nations Unies lors du 21^e siècle. Lors de ce Sommet, ont été adoptés une série de huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Etait absent pourtant de manière notable le but de la CIPD relatif à l'accès universel à l'information et aux soins de santé de la reproduction (Bernstein 2005, Crossette 2005). Et pourtant, la planification familiale et la santé de la reproduction contribuent, que ce soit directement ou indirectement, à la

réalisation de chacun de ces OMD (Singh et al. 2003) :

- Réduire l'extrême pauvreté et la faim.
- Assurer l'éducation primaire pour tous.
- Promouvoir l'égalité et l'autonomisation des femmes.
- Réduire la mortalité infantile.
- Améliorer la santé maternelle.
- Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies.
- Assurer un environnement durable.
- Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

Le rapport d'avancement à cinq ans du Projet du Millénaire sur les OMD reconnaît cette lacune, surtout en ce qui concerne les liens entre la croissance de la population et la pauvreté ; la dynamique de la population et le changement climatique ; les droits reproductifs et l'égalité entre les genres ; ainsi que la santé de la reproduction et le bien-être des mères, des enfants et ceux exposés au risque de contracter le VIH/SIDA (Projet du Millénaire des NU 2005a). De fait, certaines des équipes spéciales du Projet du Millénaire ont recommandé d'ajouter des indicateurs qui traitent explicitement de la planification familiale et de la santé de la reproduction (Projet du Millénaire des NU 2005b, Sinding 2005). Les défenseurs de la planification familiale et de la santé de la reproduction doivent continuer à intervenir tant au niveau international que national pour que la santé de la reproduction soit inscrite dans les OMD et devienne une priorité des politiques et des programmes (Basu 2005).

Les avantages de la planification familiale

La santé

D'après les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de 2001, les problèmes de santé sexuelle et reproductive représentent 18% de la charge de morbidité mondiale et 32% de la charge de morbidité parmi les femmes en âge de procréer (15 à 44 ans) dans le monde (OMS 2001). Chaque année, 50 millions de femmes souffrent de maladies imputables à la grossesse et à l'accouchement et plus de 529 000 décèdent suite à ces maladies (OMS 2005a). En pratiquant la planification familiale pour éviter les grossesses non souhaitées et à hauts risques et en espaçant davantage les naissances, les femmes peuvent réduire très nettement le risque de mortalité et de morbidité découlant des complications de la grossesse et de l'accouchement (Norton 2005, OMS 1994). De plus, lorsque les services de planification familiale arrivent à répondre à la demande croissante de contraception, les taux de l'avortement reculent (Deschner et Cohen 2003). Une analyse récente a calculé que les fonds dépensés pour les services de contraception moderne dans le monde en développement—7,1 milliards \$US en 2003—permettent de prévenir 187 millions de grossesses non souhaitées, 60 millions de naissances non planifiées, 105 millions d'avortements provoqués, 22 millions d'avortements spontanés, 215 000 décès imputables à la grossesse chaque année, et la perte de 60 millions d'années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI*)—16 millions chez les femmes et 44 millions chez les nourrissons et les enfants (Singh et al. 2003). En d'autres mots, 33 000\$ investis dans la planification familiale permettent d'éviter un décès maternel. Une étude de la Banque mondiale de 1993 constatait que, dans un pays africain typique, avec une mortalité et une fécondité élevées, le coût de la prévention d'une seule naissance non voulue grâce à la planification familiale revenait à 368\$ et les économies pour le gouvernement s'élevaient à 440\$ (Jamison

*The DALY is a measure of life-years gained that combines the number of years of healthy life lost due to both premature morbidity and mortality, using a set of age and disability estimated weights.

et al. 1993). Une étude faite au Vietnam constate que, dans le temps, chaque dollar investi dans la planification familiale permettrait d'économiser environ 8\$ en services de santé, d'éducation et autres services sociaux (VCPSI et Futures Group 1997). Les nourrissons et les enfants sont également en meilleure santé si la mère est capable d'espacer les naissances et de prévenir des grossesses à hauts risques. Les bébés sont plus susceptibles de naître prématurés, d'avoir un faible poids à la naissance, d'être petits pour l'âge gestationnel, de mourir à un jeune âge et de souffrir de malnutrition lorsque l'intervalle intergénéral est court (Norton 2005, Rutstein 2005, Zhu 2005). Le risque d'insuffisance pondérale à la naissance et de mortalité infantile est plus grand lorsque la mère a moins de 18 ans ou plus de 35 ans. Les enfants risquent davantage de souffrir d'infirmité si la mère a plus de 35 ans. Des intervalles génésiques rapprochés sont également préjudiciables aux sœurs et frères plus âgés puisqu'ils réduisent la durée

TABEAU 1:
Exemples d'avantages médicaux des services de santé sexuelle et reproductive

Services contraceptifs	Services de santé maternelle
Aide à espacer les naissances, d'où : • Des taux plus faibles de mortalité infantile et juvénile • Risque moindre d'anémie pour les mères. • Plus de temps pour allaiter, meilleure santé et survie de l'enfant	Les soins prénatals sont source de : • Education et conseils sur les comportements sains, le régime alimentaire et la nutrition. • Occasion d'intervention rapide en cas de complications • Occasion de prise en charge de problèmes comme l'hypertension, l'anémie, le paludisme, l'hépatite, la tuberculose et les maladies cardiovasculaire.
Evite les grossesses à haut risques chez : • Les adolescentes très jeunes • Les femmes fin trentaine et dans la quarantaine • Les femmes qui ont eu de nombreuses naissances • Les femmes avec des problèmes médicaux	Les soins obstétricaux réduisent la gravité et la probabilité de : • l'hémorragie. • l'infection • de la fistule obstétricale • de l'incontinence urinaire ou fécale. • de l'infection pelvienne.
Prévient l'avortement à risques résultant des grossesses non souhaitées, et diminue donc : • Les décès maternels • Les problèmes de santé • Les problèmes d'infécondité	Les visites du post-partum aident à : • Réduire l'infection • Augmenter la pratique de l'allaitement maternel • Améliorer la nutrition
Prévient les décès maternels et infantiles et les problèmes de santé provenant des grossesses non souhaitées.	La prise en charge des complications de l'avortement à risque réduit la mortalité et la gravité des problèmes de santé qui en découlent et encourage l'utilisation ultérieure de la contraception.
Facilite le dépistage des IST et autres problèmes de santé.	

Source: Singh et al. 2003

de l'allaitement maternel (Marston et Cleland 2004). L'utilisation de la contraception moderne dans le monde en développement évite chaque année 2,7 millions de décès infantiles, signifiant que, pour 2 600\$ investis dans la planification familiale, on peut prévenir un décès d'enfant (Singh et al. 2003).

Les programmes de planification familiale peuvent prévenir les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH, grâce à l'utilisation des préservatifs masculins et féminins pour la double protection (Dehne et Snow 1999, OMS 2005b). Ils enrayent la propagation de l'épidémie du SIDA en évitant les grossesses non souhaitées chez les femmes infectées par le VIH et en empêchant ainsi la transmission mère-à-enfant du virus (Gillespie 2004, Stover et al. 2004). Enfin, les services de planification familiale apportent toute une gamme d'avantages supplémentaires (voir Tableau 1).

Droits en matière de reproduction et équité entre les genres

Dans les droits humains universels est incluse la liberté de décider du moment d'avoir des enfants et du nombre d'enfants, au même titre que le droit à jouir de la meilleure santé reproductive et sexuelle possible. Les programmes de planification familiale peuvent assurer ces droits en permettant aux gens d'espacer et de prévenir les naissances et en leur donnant les armes nécessaires pour prévenir le VIH et d'autres IST (UNFPA 2005a).

La planification familiale fait également progresser l'équité entre les genres (USAID IGWG et OMS 2005). Elle augmente les possibilités d'accès à l'éducation et les possibilités professionnelles dans la vie des femmes puisqu'elle permet d'éviter des grossesses précoces qui forcent les adolescentes à abandonner leurs études. Elle leur permet d'avoir des familles plus petites et en meilleure santé qui prennent moins sur leur temps et leur énergie (UNFPA 2005a). Les programmes de planification familiale, et les changements sociétaux complexes en général, remettent en question les rôles traditionnels de la femme et la dynamique entre les deux genres et transforme les normes sociales, reconnaissant et avalisant le droit des femmes à refuser des relations sexuelles et encourageant les couples à discuter et à décider conjointement d'une méthode contraceptive (Jacobson 2000).

Les avantages économiques

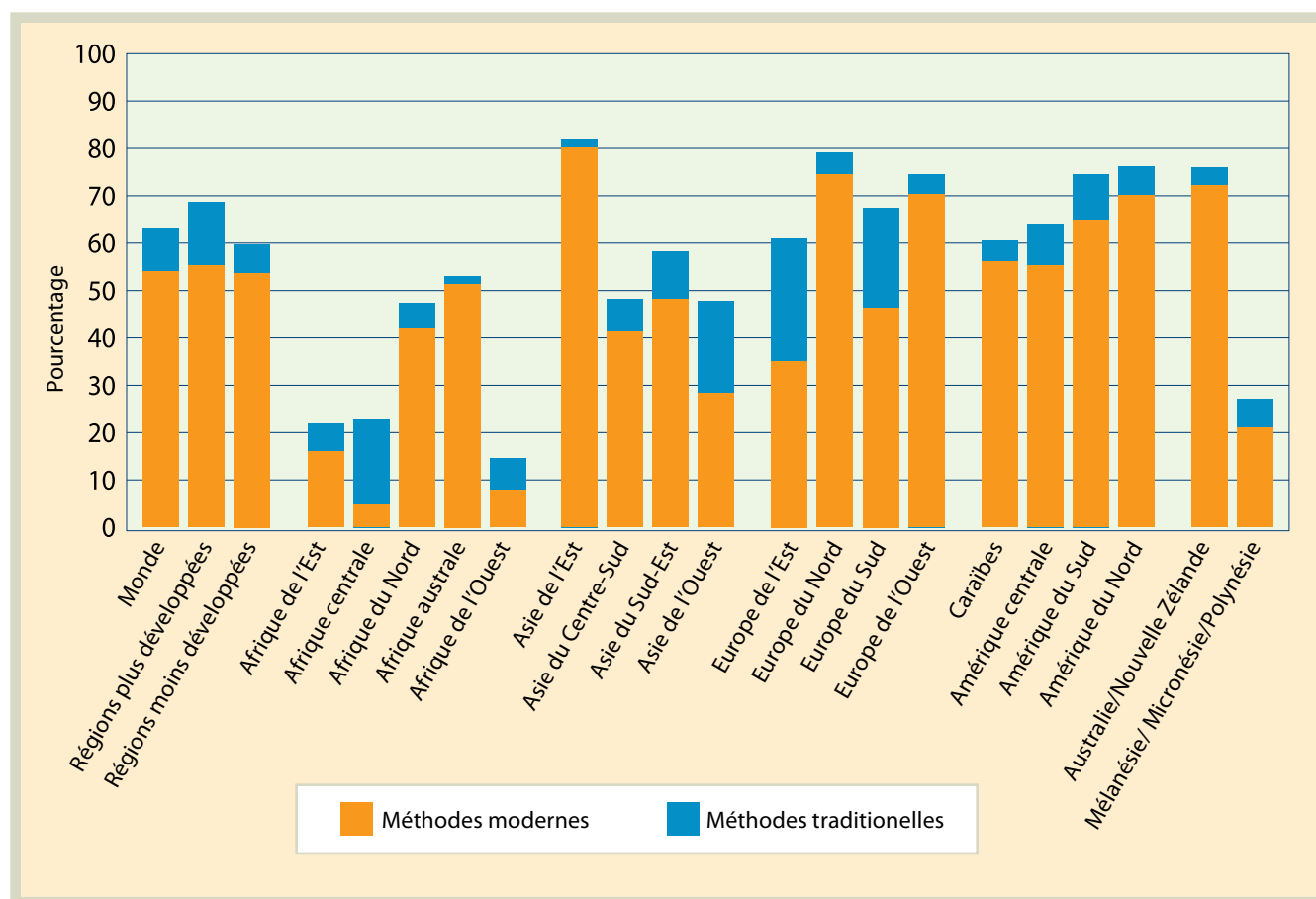
Un nombre moindre d'enfants en meilleure santé allège la charge économique qui pèse sur les épaules des familles pauvres et leur permet d'investir davantage dans les soins et l'éducation de chaque enfant, brisant ainsi le cycle de la pauvreté (UNFPA 2005a, OMS 1994). L'investissement dans la planification familiale ouvre la voie vers une croissance économique plus rapide au niveau d'une nation puisque cela fait reculer la fécondité et change la structure d'âge et le taux de dépendance d'une population. Au fur et à mesure que grossissent les rangs des travailleurs par rapport au nombre d'enfants qu'ils doivent soutenir, s'accumulent l'épargne et l'investissement. Les pays qui adoptent de solides politiques économiques et sociales sauront utiliser ces gains

économiques pour élever le niveau de vie de sa population et faire reculer la pauvreté (Bloom et al. 2003, Merrick 2002). Selon une analyse récente, ce changement démographique permettrait de faire reculer de 14% le niveau de pauvreté dans le monde entre 2000 et 2015 (Mason et Lee 2004).

L'investissement dans la planification familiale diminue également le coût des services sociaux puisqu'un nombre moindre d'enfants fréquenteront l'école et un nombre moindre de femmes enceintes consulteront les services prénatals et obstétricaux. Suivant le type de services sociaux dispensés, chaque dollar consacré à la planification familiale peut représenter pour les gouvernements une économie de 31\$US dans les dépenses pour la santé, l'éducation, la nourriture, l'hébergement, l'eau, l'assainissement, etc. (Singh et al. 2003). Le ralentissement de l'accroissement démographique allège les pressions exercées sur les ressources naturelles limitées, notamment l'eau douce et les terres arables. (Singh et al. 2003)

FIGURE 2:

Pourcentage de femmes mariées en âge de procréer utilisant actuellement la contraception, par région



Source: Adapté de UN DESA 2004

Le point sur la prévalence de la contraception

Les niveaux et tendances

Ces 40 dernières années, la prévalence de la contraception dans le monde en développement a nettement progressé, passant d'environ 10% des femmes en 1965 à environ 60% en 2000 (Ross et Stover 2004). En Asie et en Amérique latine, la prévalence de la contraception se situe à présent respectivement, à 71% et à 64%, indiquant ainsi que l'essentiel de la demande pour la contraception est satisfait. Tel que le montre la Figure 2 à la page 12, l'utilisation de la contraception en Afrique reste faible. La prévalence contraceptive a progressé plus lentement en Afrique, où l'utilisation d'une méthode, quelle qu'elle soit, est de l'ordre de 27% et où la plupart des couples utilisent la planification familiale pour espacer les naissances plutôt que pour les limiter (NU DESA 2004).

Les moyennes régionales mondiales masquent la grande variation qui existe entre les pays et au sein de ceux-ci. Par exemple, la prévalence contraceptive en Amérique latine et aux Caraïbes se situe dans une fourchette allant de 28% en Haïti à 77% au Brésil et en Colombie (Ashford 2003). En Ethiopie et au Nigeria (ce dernier étant au neuvième rang des pays les plus peuplés au monde), l'utilisation d'une méthode contraceptive se situe respectivement, à 8% et à 15%. Au sein d'un même pays, la prévalence contraceptive est souvent deux à trois fois plus élevée dans les zones urbaines que dans celles rurales (Curtis et Neitzel 1996) et tend à être plus faible dans les groupes pauvres que dans ceux plus aisés (voir section sur « Arriver jusqu'au pauvre, » page 50).

Malgré l'accroissement de la prévalence contraceptive ces 40 dernières années, un grand nombre de femmes ne sont toujours pas protégées contre une grossesse non souhaitée. D'après les estimations, 29% des femmes âgées de 15 à 49 dans le monde en développement ont un besoin non satisfait de contraception moderne : à savoir, qu'elles sont sexuellement actives, risquent de tomber enceintes et ne souhaitent plus avoir d'enfant ou du moins, ne souhaitent pas tomber enceintes dans les deux prochaines années et pourtant, elles n'utilisent pas de méthode contraceptive moderne. La plupart (20%) n'utilisent aucun moyen de contraception et d'autres (9%) utilisent des méthodes traditionnelles, telles que l'abstinence périodique ou le retrait, méthodes connaissant des taux d'échec relativement élevés (Singh et al. 2003). C'est en Afrique subsaharienne que l'on note les niveaux de besoin non satisfait les plus élevés (63%). Ces niveaux sont encore en train d'augmenter au vu de l'intérêt toujours plus grand de limiter la taille de la famille (Singh et al. 2003).

Les déterminants

La décision d'adopter une méthode contraceptive dépend avant tout du souhait d'avoir ou non un autre enfant. Si on s'est intéressé de plus en plus à la planification familiale, c'est parce que, de partout dans le monde, les gens ont commencé à souhaiter des familles plus petites— bien que la tendance soit moins évidente en Afrique où les

gens continuent de souhaiter une large famille (Ross et Stover 2004). Les décisions subissent également une profonde influence de la part de la famille, des amis et de la communauté en général : s'opposent-ils ou au contraire, soutiennent-ils la planification familiale ? (Ashford 2003, UNFPA 2004). Une fois que les couples décident de remettre à plus tard une autre naissance ou de prévenir une autre naissance, leur capacité à agir à ce niveau dépend de la disponibilité des services qui comportent de multiples dimensions (Bertrand et al. 1995). Par accessibilité géographique, on entend l'emplacement physique des services et les obstacles que peuvent rencontrer les clients pour se rendre dans ces endroits. Accessibilité économique signifie caractère abordable des services, de produits et des transports. L'accessibilité administrative concerne les règles et réglementations pouvant freiner l'utilisation de la contraception, par exemple, des heures d'ouverture restreintes ou des critères de recevabilité liées à l'âge, de la parité et du consentement de l'époux. L'accessibilité cognitive concerne la connaissance qu'ont les clients des méthodes disponibles et de l'endroit où ils peuvent les obtenir. Par accessibilité psychosociale, on entend les facteurs sociaux et personnels qui peuvent décourager tel client de se rendre dans les services, par exemple, la stigmatisation sociale entachant certains services ou la crainte d'un examen gynécologique.

La qualité des soins influence également la prise de décisions en matière de contraception. Nul doute, de bons soins encouragent les éventuels clients de la planification familiale à demander des services et/ou à continuer d'utiliser la contraception puis à en parler à d'autres (Bertrand et al. 1995). La qualité des soins signifie que les clients ont accès à la gamme complète de méthodes, reçoivent une information exacte et complète de la part d'un prestataire compétent du point de vue technique et qui a une bonne relation interpersonnelle avec ses clients. Un tel système est également doté de méthodes de suivi et assure la continuité et la combinaison adéquate de services (Bruce 1990).

Fixer les objectifs des programmes

Tout programme visant à augmenter la prévalence de la contraception doit commencer par faire une évaluation exhaustive des niveaux actuels de la prévalence de la contraception et de la gamme complète des facteurs qui déterminent ces niveaux. Ce n'est que sur la base d'une telle évaluation que les responsables peuvent concevoir et mettre en place des interventions efficaces qui répondent à la situation effective et traitent aussi bien l'offre que la demande pour les services de planification familiale. Prenons l'exemple du programme de planification familiale au Malawi qui a su faire augmenter la prévalence de la contraception moderne de 7% en 1992 à 26% en 2000 en dépit d'une pléthore d'obstacles—notamment, une population à prédominance rurale, des niveaux élevés de pauvreté, un faible niveau d'alphabétisation, des pénuries de personnel soignant et des barrières culturelles et religieuses se dressant contre l'utilisation de la contraception (Solo et al. 2005). Une fois qu'ils ont évalué les barrières à l'utilisation de la contraception, les responsables ont décidé de renforcer l'accessibilité et la qualité des services en prenant les mesures suivantes : offre de services de planification familiale tous les jours dans un plus grand nombre d'établissements ;

suppression, dans les politiques et directives, des conditions de recevabilité liées à l'âge, à la parité ou au consentement de l'époux ; apport de formation au personnel intermédiaire pour qu'il puisse fournir des méthodes comme le Depo-Provera et les dispositifs intra-utérins (DIU) ; mise en place d'un programme de distribution à base communautaire pour desservir les zones rurales ; diminution ou élimination du paiement de l'utilisateur ; et adoption d'un système efficace d'approvisionnement. Parallèlement, les responsables ont cherché à augmenter la demande pour la planification familiale et ont envoyé les agents de distribution communautaire sensibiliser les gens des zones rurales à la planification familiale et diffuser des messages d'information et de motivation dans le pays entier.

L'essentiel de l'information dont ont besoin les responsables existe probablement déjà et, en cas de lacunes, ils pourront probablement faire leurs propres évaluations. Des enquêtes, telles que les enquêtes démographiques et de santé (EDS), renseignent sur les niveaux et les tendances dans la prévalence contraceptive par région, résidence urbaine-rurale et caractéristiques des femmes (éducation et âge). Cette information montre aux responsables où les taux sont faibles et les augmentations limitées, par exemple, dans les zones rurales ou chez les pauvres, afin qu'ils ciblent leurs efforts sur ces groupes. Il est important d'examiner les taux de continuation, ainsi que les taux d'adoption de la contraception. Un grand nombre d'utilisateurs démarrent et cessent d'utiliser les méthodes car ils ne sont plus satisfaits, par la méthode ou par les services, et c'est chose frustrante pour les clients, source de gaspillage pour les programmes et qui nuit à la prévalence de la contraception (Ross et Stover 2004). Dans bien des régions de l'Asie et de l'Amérique latine où la demande de contraception est déjà satisfaite, il devient moins important d'encourager les gens à adopter une nouvelle méthode que de les aider à utiliser correctement cette méthode et de continuer à la faire une fois qu'ils ont pris la décision.

Les responsables ont besoin d'une information sur les aspects suivants : (1) forces et faiblesses du système de prestation de services, pouvant influencer l'accès aux services de planification familiale et la qualité de ces services ; (2) connaissances et attitudes des clients de la planification familiale et de la communauté dans son ensemble, pouvant influencer la prise de décision en matière de contraception ; et (3) contexte de politiques, pouvant influencer les deux aspects précédents. Les responsables peuvent utiliser un questionnaire mis au point pour l'Indice d'Effort des Programmes de Planification familiale mesurant les aspects suivants : formulation de politiques et préparation du contexte, services et activités liées aux services, évaluation et tenue de rapports, ainsi que disponibilité et accessibilité des méthodes (Ross et Stover 2001). Des sources de données complètes proviennent des techniques suivantes :

- Analyses situationnelles : des équipes de recherche se rendent dans des établissements de santé pour faire l'inventaire des locaux/équipement, observer les consultations et organiser des entretiens avec les clients, les prestataires et les responsables (Population Council 1998).

- Méthodes de résolution de problèmes mises au point pour des initiatives d'amélioration de la qualité telles que la méthodologie COPE® (Client Oriented, Provider Efficient), apportant au personnel clinique des outils simples pour évaluer la prestation de services, interviewer les clients et formuler un plan d'action pour traiter les problèmes (EngenderHealth 2003a).
- Enquêtes d'Evaluation de la Prestation de Service (SPA) : des équipes de collecte de données se rendent auprès d'un échantillon d'établissements représentatifs au niveau national pour cocher des listes de vérification, observer les prestataires et s'entretenir tant avec les prestataires que les clients (MEASURE EDS 2005).

Les responsables peuvent également rechercher d'autres enquêtes et évaluations de planification familiale qui ont été faites dans le pays, soit dans le cadre d'une campagne de communication pour le changement de comportement, soit d'un projet de recherche opérationnelle. S'il n'existe que peu, voire aucune donnée de ce type, les responsables feront une évaluation rapide de la situation en s'entretenant avec des membres du personnel intervenant aux niveaux de l'administration, prestation de services et opérations quotidiennes ; en organisant des entretiens avec les clients ; en observant les services qui sont dispensés ; et en inspectant les fournitures et l'équipement.

Les responsables devront analyser toute l'information qu'ils ont collectée pour cerner les facteurs qui constituent le plus grand obstacle à l'utilisation de la contraception et ensuite, pour décider d'interventions permettant de les supprimer. Par exemple, si ce sont les coûts élevés qui empêchent le pauvre d'utiliser la contraception, les responsables chercheront à mieux cibler les subventions publiques ou encore ajouteront la planification familiale aux allocations stipulées dans les plans d'assurance santé à base communautaire. Ou encore, si ce sont les taux élevés d'arrêt de la contraception suite à des conceptions erronées et craintes entourant les effets secondaires qui sont le principal frein empêchant la prévalence de la contraception d'augmenter, les responsables pourront s'attacher à améliorer la qualité du counseling.



Augmenter la prévalence de la contraception

- Faire un plaidoyer
- Restructurer la prestation des services
- Créer la demande
- Pérenniser

Faire un plaidoyer

Si les responsables des programmes de planification familiale n'ont pas toujours considéré que le plaidoyer entrerait dans leurs responsabilités, ils devraient pourtant le réenvisager compte tenu de la nécessité d'un plaidoyer pour garder la planification familiale à l'ordre du jour national au fur et à mesure que changent les stratégies de développement et les priorités. Certes, les responsables ne sont pas toujours les mieux placés pour entreprendre les activités de plaidoyer, mais leur expérience et crédibilité pourront renforcer les efforts déployés par les organisations non gouvernementales (ONG), les organisations de la société civile et les autres parties prenantes de la défense de la planification familiale.

Il est recommandé de s'engager tôt et de soutenir une participation active dans le processus de mise au point des Documents de stratégie de réduction de la pauvreté et Approches sectorielles dans les cadre desquels sont prises des décisions critiques concernant les priorités nationales et les octrois budgétaires (Merrick 2000, Quijada et al. 2004). Les responsables du plaidoyer doivent se mettre au courant du nouveau contexte de financement afin qu'ils puissent inclure les buts de la planification familiale, le financement et les indicateurs dans ces plans multisectoriels et multilatéraux (Merrick 2000). Les Ministères de la Santé devraient également tirer parti de leur rôle lors de la formulation d'un Document de stratégie de réduction de la pauvreté pour défendre la santé (OMS RHR 2004, OMS 2005a).

Un plaidoyer réussi devrait aboutir à une redéfinition et un repositionnement de la planification familiale en réponse aux OMD, au financement accru pour le VIH/SIDA et aux réformes du secteur de la santé (Blanc et Tsui 2005, Projet POLICY 2005, Quijada et al. 2004). Il s'agit de démontrer que la planification familiale contribue aux

OMD, notamment pour la réduction de la pauvreté, l'égalité entre les genres et l'environnement durable, ainsi que la santé maternelle et infantile (Singh et al. 2003). Il est également impératif de démontrer que la planification familiale est un moyen efficace par rapport aux coûts de réduire la charge de morbidité d'un pays qui entreprend des réformes du secteur de la santé. (Dmytraczenko et al. 2003). Par exemple, une analyse mondiale des coûts-avantages a conclu qu'une dépense de 3,9 milliards \$US pour des services contraceptifs pour les 201 millions de femmes ayant besoin d'une méthode contraceptive moderne dans les pays en développement permettrait de prévenir 52 millions de grossesses non souhaitées, 23 millions de naissances non planifiées, 22 millions d'avortements provoqués, 1,4 million de décès infantiles et 142 000 décès imputables à la grossesse ainsi que de nombreux cas d'IST et de SIDA (Singh et al. 2003).

Les responsables du plaidoyer devraient mettre en relief le rôle que joue la planification familiale dans la réponse au VIH/SIDA, qui constitue la menace de santé la plus grave à laquelle doivent faire face les pays en développement. Les programmes de planification

familiale pourront tirer parti du financement pour la prévention du VIH une fois qu'ils auront démontré que la planification familiale permet de réduire aussi bien la transmission sexuelle du virus que la transmission mère-à-enfant du virus.

Dans des pays où les systèmes de santé ont été décentralisés dans le cadre de la réforme du secteur de la santé, le plaidoyer en faveur de la planification familiale devra se servir de la stratégie nationale et les défenseurs de la planification familiale devront

EXEMPLE DE PROGRAMME:

Le rôle du plaidoyer au Brésil

Une puissante communauté du plaidoyer est intervenue à de multiples niveaux du système de santé au Brésil pour que se réalisent les promesses contenues dans le programme de la CIPD et dans la réforme du secteur de la santé. Au niveau national, les groupements féminins ont déployé tous les efforts possibles pour que la planification familiale devienne et reste une priorité nationale : elles ont lancé le débat public sur les droits en matière de reproduction, forgé des coalitions, mobilisé le soutien du public, démarché la législature et collaboré avec le Ministère de la Santé. Une fois que les réformes du secteur de la santé ont commencé à décentraliser et à intégrer les services, ces mêmes défenseurs de la cause se sont tournés vers le niveau local : ils ont veillé à ce que les représentants locaux octroient les fonds nécessaires à la santé de la reproduction et à la planification familiale, respectent les normes de prestation des services et intègrent effectivement la santé de la reproduction aux services de soins de santé primaires au niveau municipal. Les organisations féminines ont également cherché à améliorer les services en organisant des réunions et des séminaires pour sensibiliser et former les professionnels de la santé.

Sources: Corrêa et al. 1998, Langer et al. 2000, Merrick 2000

élargir le champ d'action sortant du cercle national puisque ce sont les responsables locaux qui allouent les ressources—et, aux yeux de ces derniers, la planification familiale n'est pas toujours leur première priorité (Dmytraczenko et al. 2003, Merrick 2000). (Voir encadré page 20 pour un exemple de plaidoyer réussi au Brésil.) En Indonésie, le Conseil National de Coordination de la Planification familiale a sensibilisé régulièrement à la planification familiale les responsables à chaque niveau du gouvernement, allant du président jusqu'aux chefs du village en passant par les gouverneurs provinciaux et les chefs de district (Shiffman 2004). Si l'on peut démarcher directement des représentants officiels, on peut également encourager les membres communautaires et les groupes locaux de la société civile à participer aux divers mécanismes locaux de prise de décisions et de responsabilisation ou redevabilité (Maceira 2005a).

Heureusement que les responsables des services peuvent puiser dans toute une panoplie de ressources pour devenir d'authentiques défenseurs de la planification familiale (voir une liste de ressources supplémentaires à la fin de cette publication). Les manuels ébauchent des démarches étape par étape pour mettre en place une large base de soutien, formuler de bons messages et se donner une stratégie pour les diffuser, tout en utilisant le matériel de plaidoyer et les sites Web pour faire ressortir les avantages de la planification familiale. (Voir encadré cette page pour des conseils sur la manière de réaliser de bonnes campagnes de plaidoyer.)

Restructurer la prestation de services

Services intégrés

Le consensus politique milite en faveur des services intégrés : de multiples services de santé sont dispensés dans le même établissement, souvent par le même prestataire. Et il est entendu que l'intégration des services est une nécessité dans de nombreuses parties du monde où la population n'a accès qu'aux dispensaires et centres de soins de santé primaires. Le programme de la CIPD nous montre bien que des services intégrés de santé de la reproduction favo-

CONSEILS POUR LES PROGRAMMES:

Mise sur pied de campagnes de plaidoyer efficaces

1. Fixer des objectifs réalistes et mesurables qui aideront à atteindre les objectifs à long terme.
2. Etendre la base de soutien en mettant en place des réseaux et des coalitions.
3. Déterminer les publics cibles spécifiques, notamment avec les décideurs qui peuvent aider à atteindre les objectifs (législateurs et représentants officiels du gouvernement) et identifier les personnes qui sont capables d'influencer ces décideurs, chefs religieux et journalistes).
4. Adapter le contenu, la langue, la présentation, le calendrier et la source de tous les messages, matériels et activités aux besoins des groupes cibles.
5. Identifier l'opposition, se renseigner sur ces groupes et se préparer à contrecarrer leurs arguments.
6. Intégrer le plaidoyer dans son travail en restant en contact avec les membres des publics cibles et en se forgeant peu à peu la réputation d'un expert crédible.

Sources: IPPF 2001, Sharma [sans date], van Kampen [sans date]

risent le bien-être des clients puisqu'ils arrivent à répondre à une gamme plus grande de leurs besoins de santé et leur permettent de recevoir de manière pratique de multiples

Faut-il intégrer et comment procéder ?

Avant de prendre la décision d'intégrer, les responsables se pencheront sur la faisabilité, les coûts et l'efficacité du plan d'intégration et se poseront les questions suivantes :

- Est-ce que les clients sont les mêmes ou sont-ils différents ? Il est bien plus facile d'intégrer les services lorsque les clients sont les mêmes. En effet, pour des clients différents, il faudra probablement changer les horaires de l'établissement ou mettre sur pied une campagne promotionnelle pour attirer les clients dans le nouveau service.
- L'infrastructure est-elle adéquate ? Si des laboratoires onéreux s'avèrent nécessaires pour les nouveaux services, il sera probablement plus rentable d'orienter les clients vers de tels établissements plutôt que d'intégrer les services.
- Est-ce que le personnel actuel peut dispenser les nouveaux services ? Dans l'affirmative, aura-t-il besoin d'une formation supplémentaire ? Dans la négative, quel type de nouveau personnel sera nécessaire ? L'intégration est plus facile si on peut recycler le personnel existant, ce qui serait le cas si des prestataires de la planification familiale dotés de bonnes aptitudes au counseling doivent discuter de la prévention du VIH/SIDA avec les clients.
- De nouveaux produits sont-ils nécessaires ? Si tel est le cas, c'est une charge supplémentaire pour le système logistique.
- Comment les services supplémentaires se répercuteront-ils sur la viabilité financière du programme ? De nouveaux services peuvent augmenter et/ou mobiliser des recettes supplémentaires.

Sources: Hardee et Smith 2000, MSH 1994, Mayhew et al. 2000

services lors d'une seule visite (Berer 2003). La réforme du secteur de la santé le montre également : l'intégration est source d'efficacité puisqu'elle réduit au possible le double emploi au niveau de l'administration et de la prestation de services tout en faisant une plus grande utilisation de l'infrastructure et du personnel en place et permet de fournir un plus grand nombre de services dans le cadre d'un nombre moindre de visites (MSH 1994). Des services intégrés offrent également la possibilité d'augmenter la prévalence de la contraception puisqu'ils attirent des clients—tels que les hommes et les adolescents—qui sont souvent réticents à l'idée de se rendre dans les services de planification familiale (Dehne et Snow 1999).

Par ailleurs, l'intégration estompé l'attention qu'accordent les prestataires et les responsables à la planification familiale et à son financement (Berer 2003). L'élargissement de la gamme de services fournis représente souvent un surcroît de travail risquant de démoraliser les prestataires, les superviseurs et les responsables auxquels on demande de maîtriser de nouvelles compétences et connaissances et se débattre au milieu de toutes ces nouvelles tâches (McIntyre 2005). Si le personnel ne reçoit pas les ressources, l'information et le soutien dont il a besoin, la qualité des soins s'en ressentira. Par ailleurs, l'intégration peut susciter une certaine résistance de la part des responsables des programmes verticaux qui savent défendre leur terrain et craignent de perdre le pouvoir et les ressources dans

le cadre du nouveau système (Hardee et Smith 2000). Aussi, avant de prendre la décision d'intégrer les services, les responsables devront-ils répondre à une série de questions essentielles, pour savoir si c'est effectivement la bonne voie à suivre et voir, le cas échéant, comment procéder (voir encadré à la page 22).

Se préparer à intégrer les services

Plusieurs approches différentes se présentent aux responsables qui souhaitent intégrer les services de planification familiale. Ils peuvent choisir un service de santé de la reproduction qui est directement pertinent pour les clients de la planification familiale, par exemple, la prévention des IST ou le dépistage de la violence à l'égard des femmes et l'ajouter à un programme vertical de planification familiale. Ils peuvent également ajouter la planification familiale à d'autres services de santé, par exemple, les soins du post-partum ou les conseils et le dépistage volontaires du VIH, où les clients ont à l'évidence besoin immédiatement de la planification familiale. Autre approche encore, plus ambitieuse, qui consiste à intégrer la planification familiale aux soins de santé primaires ou à des soins plus élargis de la santé de la reproduction. Une approche moins ambitieuse mais qui n'en reste pas moins efficace consiste à maintenir des programmes indépendants de planification familiale et autres programmes de santé, mais à se donner des liens d'orientation et une bonne coordination entre ces programmes. Une planification attentive est impérative pour choisir une approche qui répondra aux besoins du groupe cible et pour estimer les ressources humaines et financières nécessaires à sa mise en œuvre (McIntyre 2005).

CONSEILS POUR LES PROGRAMMES :

Intégration réussie des services

1. Se gagner le personnel en démontrant que les services intégrés profitent aux clients et sont plus gratifiants et stimulants pour le personnel.
2. Montrer qu'au fond cela simplifie le travail. Il faut convaincre le personnel soignant que chaque visite, même si elle prend plus de temps, exige pourtant moins de contact avec chaque client puisque les services sont intégrés.
3. Réorganiser la tenue de dossiers des clients pour que tous les services soient indiqués sur une seule fiche, si possible.
4. Réorganiser la circulation des clients pour ne pas manquer des occasions de fournir des services.
5. Indiquer si la stratégie avancée ou les autres services fournis à l'extérieur sont réalistes et s'ils peuvent être fournis par les animateurs ou agents communautaires.
6. Intégrer la supervision pour que tous les superviseurs sachent superviser les services intégrés.
7. Promouvoir la coordination par l'intermédiaire d'une équipe de district.
8. Promouvoir la participation communautaire et la communication entre les différents secteurs de la santé.
9. Apporter une formation au personnel de santé portant sur les divers volets de l'ensemble intégré de services.
10. Amener les bailleurs de fonds à penser en termes d'optique intégrée plutôt qu'en termes de programmes verticaux.

Source: Walley 1997, cité dans Hardee and Smith 2000

Peu importe l'approche choisie, des services intégrés s'accompagnent de nouvelles demandes pour chaque aspect du système de prestation de services, allant de la formation et supervision du personnel jusqu'aux systèmes de logistique et de compte rendu. (Voir encadré, page 23, pour des conseils sur l'intégration réussie des services.) On a plus de chance de réussir lorsque les activités d'administration et de gestion sont intégrées, de pair avec la prestation de services, de sorte à ce que les politiques, la planification, la budgétisation, les compétences des prestataires, ainsi que le financement viennent soutenir le nouveau modèle de prestation de services (Berer 2003). Il est capital, par exemple, de redéfinir les rôles professionnels et de se donner de nouvelles descriptions des tâches pour tout le personnel pour qu'on sache clairement qui est responsable de tel ou tel aspect (MSH 1994). Les responsables devront faire attention à ne pas confier aux prestataires et superviseurs un nombre de tâches peu réaliste et qui n'est pas gérable. Ils devraient essayer de préserver des compétences spéciales qu'apportent avec eux les membres du personnel venant de programmes verticaux tout en offrant parallèlement une formation supplémentaire pour élargir le champ de services et/ou faire des orientations pour d'autres besoins de santé (Mayhew et al. 2000, MSH 1994). La motivation est souvent aussi importante que la formation. Les responsables chercheront à obtenir le soutien des prestataires pour procéder aux changements en expliquant que les services intégrés profiteront aux clients, seront plus stimulants et plus gratifiants pour le personnel et, par la suite, leur feront gagner du temps puisqu'ils réduisent le nombre de visites que fait chaque client, bien que chaque visite risque d'être plus longue (Hardee et Smith 2000).

Les responsables qui cherchent à intégrer un programme vertical devront également intégrer les systèmes de soutien à l'appui. Ces systèmes liés à l'information, à la circulation des clients et à la logistique doivent être analysés et adaptés pour resserrer les boulons essentiels dans le nouveau système intégré de manière efficace et gérable. Les systèmes de logistique sont épineux pour l'intégration, non seulement parce qu'il est plus compliqué de faire fonctionner des systèmes d'approvisionnement intégrés, mais également parce que l'intégration d'un bon système de logistique à un système de distribution de médicaments qui ne fonctionne pas bien peut saper la base du fonctionnement des deux (FPLM et JSI 2000, MSH 1994). Les responsables doivent vérifier que les systèmes logistiques préexistants fonctionnent à des niveaux analogues avant de chercher à les intégrer.

Les chances de succès sont bien meilleures lorsque les activités d'administration et de gestion sont intégrées de pair avec le niveau de prestation, de sorte à ce que les politiques, la planification, la budgétisation et le financement viennent soutenir le nouveau modèle de prestation de services (Berer 2003). Cela signifie intégrer la budgétisation pour que les fonds puissent être affectés adéquatement et régulièrement. Il est tout aussi important d'évaluer les buts des politiques, des stratégies, des directives techniques et des protocoles de prestation pour éliminer les conflits et contradictions et vérifier qu'ils couvrent tous les services disponibles en offrant des directives bien claires au personnel soignant (Mayhew et al. 2000). Une planification efficace vérifie également

que l'infrastructure existante, y compris l'équipement, les fournitures et l'espace, est suffisante pour soutenir les services supplémentaires et les changements nécessaires.

Nul doute qu'une telle intégration est exigeante pour les responsables qui auront besoin d'une formation et d'un soutien supplémentaires pour relever tous les défis qui l'accompagnent (Magwaza et al. 2002, MSH 1994, Mayhew et al. 2000). Lourdes sont les demandes : Ils doivent également apprendre à connaître les nouveaux domaines de service et savoir venir à bout de la résistance du personnel face aux changements que suscite l'intégration et être capables de gérer et de régler les problèmes d'un système de prestation plus complexe.

Intégrer la planification familiale aux soins après avortement

La planification familiale devrait faire partie intégrante des soins après avortement (SAA). A court terme, la planification familiale permet de prévenir les graves conséquences d'une grossesse dans les six mois qui suivent l'avortement, notamment l'anémie maternelle, la rupture prématurée des membranes, l'insuffisance pondérale à la naissance et l'accouchement prématuré (Conde-Agudelo et al. 2005). A long terme, cela évite la nécessité d'avoir recours à des avortements répétés. Et pourtant, bien souvent, les services de santé ratent cette occasion car la planification familiale et les soins après avortement sont dispensés par des prestataires différents et dans des établissements différents. Des services mal planifiés freinent également l'intégration efficace. Une évaluation au Kirghizistan constate que, si 86% des clientes après avortement ont choisi une méthode de planification familiale, seules 19% pourtant en ont obtenu une—soit parce que les médecins ne savaient pas quand les femmes pouvaient commencer l'utilisation de la méthode, soit parce que les produits n'étaient pas disponibles.

L'idéal serait que les services intégrés offrent aux femmes toute une gamme de méthodes contraceptives en leur donnant également l'information et les conseils requis pendant la même visite et dans le même endroit où elles ont obtenu leur traitement après avortement (Corbett et Turner 2003). A cette fin, il faut un espace privé pour le counseling, des produits contraceptifs et des prestataires formés en matière de planification familiale et connaissant les besoins spéciaux des clients des SAA. Si de telles conditions ne sont pas satisfaites, les responsables peuvent décider de collaborer avec des prestataires de la planification familiale travaillant dans un autre endroit de l'établissement.

Les conseillers en matière de contraception qui travaillent avec des clients après avortement doivent juger si la grossesse était voulue (certaines clientes des SAA ont eu des fausses couches suite à une grossesse voulue) et demanderont si la femme souhaite à nouveau tomber enceinte ou si elle veut recevoir un counseling en matière de contraception. Si la grossesse n'était pas voulue, le conseiller trouvera les raisons pour aider la femme à choisir une méthode contraceptive qui lui convient (Herrick et al. 2004). Les prestataires doivent également savoir quelles sont les méthodes qui conviennent aux femmes en fonction de leur état de santé et doivent connaître les endroits dans la communauté où ils peuvent envoyer les femmes pour un réapprovisionnement et un suivi

(Corbett et Turner 2003). Après une formation en planification familiale et SAA du personnel des centres de santé d'un district sanitaire au Sénégal, la proportion des clientes des SAA obtenant un counseling en planification familiale a augmenté, passant de 38% à 70% et 20% sont parties de l'établissement avec une méthode moderne, alors que cette proportion était nulle avant l'intervention (Population Council 2004).

Dépistage des clientes de la planification familiale pour la violence sexospécifique

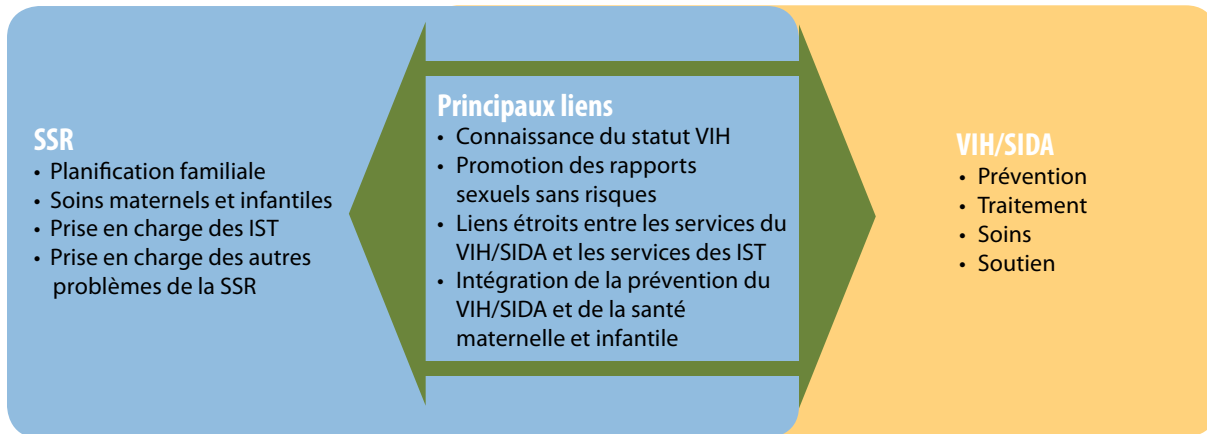
Les prestataires des soins de santé de la reproduction sont bien placés pour déterminer quelles sont les femmes qui ont souffert de la violence conjugale et pour les envoyer vers des services de soutien (Bott et al. 2000, Garcia-Moreno et al. 2005). Par ailleurs, ils doivent s'y prendre avec précaution, car des services mal conçus risquent encore d'aggraver la situation. Par exemple, des prestataires qui acceptent, en conformité avec les normes de la société, la violence conjugale, pourront jeter le blâme sur les victimes et toute divulgation d'informations confidentielles peut exposer la femme à un risque supplémentaire.

Les programmes de planification familiale ont mis au point des outils de dépistage simples mais efficaces, permettant aux prestataires d'identifier des femmes victimes de la violence (Bott et al. 2000). Si le fait de poser des questions sur un acte de violence peut être vu comme une intervention valable en elle-même puisqu'elle montre qu'une personne est intéressée, il faudrait pourtant attendre de faire ce dépistage jusqu'à ce que les femmes aient reçu des soins adéquats et puissent être orientées vers des services de soutien (prise en charge psychologique, conseils juridiques et mesures de sécurité) (Bott et al. 2000). De plus, les prestataires de la planification familiale doivent être préparés pour répondre aux besoins spéciaux de ces femmes sur le plan de la santé de la reproduction, leur offrant notamment un accès à une contraception d'urgence, à des tests de dépistage du VIH/SIDA et à des conseils pour choisir une méthode contraceptive qui tienne compte de leur vulnérabilité à la violence. Par exemple, une visite de planification familiale est une excellente occasion de recommander le préservatif féminin. Méthode de protection que contrôle la femme, elle peut l'aider à se protéger contre la violence sexuelle—bien que le counseling doive s'accompagner de l'acquisition de compétences de négociation et de soutien institutionnel.

Outre la mise en place d'un réseau d'orientation et de transfert, la formation des prestataires à tous les niveaux pour qu'ils sachent donner un counseling en faisant preuve de sensibilité et sans porter de jugement est le plus grand défi de l'intégration des services axés sur la violence sexo-spécifique (Garcia-Moreno et al. 2005). Une formation approfondie est nécessaire pour venir à bout des préjugés que les prestataires risquent de partager avec la communauté dans son ensemble et pour les aider à confronter leurs propres expériences de violence ; pour aider les prestataires à comprendre comment des femmes victimes de la violence prennent des décisions et pourquoi il est tellement difficile pour elles de quitter une relation de violence ; et pour apprendre aux prestataires à dépister et à conseiller les victimes, à évaluer leur sécurité, à prendre

FIGURE 3:

Liens entre la santé sexuelle et reproductive (SSR) et la prévention et le traitement du VIH/SIDA



Source: Adapté de WHO, UNFPA, UNAIDS, et IPPF 2005

note de l'acte de violence pour une future action juridique et pour les envoyer vers les services concernés.

Intégrer la planification familiale aux soins prénatals, du post-partum et soins néonataux

L'adoption rapide d'une méthode de contraception après l'accouchement aide à rallonger les intervalles intergénéstiques, profitant à la santé tant de la mère que de l'enfant. On recommande à cet égard d'insérer la planification familiale dans la continuité de services allant du début de la grossesse d'une femme jusqu'à l'accouchement et aux soins néonataux. Les visites prénatales sont une excellente possibilité de discuter des méthodes contraceptives du post-partum. Des services combinés sont très pratiques pour les mères et offrent d'amples occasions de les conseiller en matière d'allaitement maternel, le retour de la fécondité et les options contraceptives adéquates (Winikoff et al. 1994). Par exemple, au Chili, l'Instituto Chileno de Medicina Reproductiva a mis au point un programme qui forme des agents de santé en matière d'allaitement maternel et de contraception en organisant des visites conjointes pour les mères et l'enfant pendant la première année de la vie du bébé. Lors de ces visites, les prestataires offrent aux femmes des méthodes contraceptives qui n'interfèrent pas avec l'allaitement, puis font un suivi concernant leur expérience avec la méthode (Winikoff et al. 1994).

Une autre possibilité consiste à intégrer un grand nombre des services prénatals aux programmes de planification familiale, bien que les prestataires de la planification familiale ne voient pas les femmes lorsqu'elles sont enceintes. Par exemple, les prestataires de la planification familiale pourraient recevoir une formation pour conseiller les femmes enceintes sur les complications et les signes de danger, les aider à organiser à l'avance les transports à l'hôpital, encourager l'allaitement maternel et leur remettre des suppléments de fer, les vacciner contre le tétanos et leur donner une prophylaxie antipaludéenne.

Intégrer la planification familiale aux activités de lutte contre le VIH/IST

Les consultations internationales ont souvent mis en avant les liens qui existent entre la santé de la reproduction et la prévention du VIH/SIDA, tel qu'indiqués sur la Figure 3, page 27 (UNFPA, ONUSIDA et FCI 2004; USAID 2003). De tels liens facilitent la consultation des services liés au VIH/SIDA, offrent aux personnes vivant avec le VIH/SIDA un meilleur accès aux services de santé de la reproduction, diminuent la stigmatisation et la discrimination entourant le VIH/SIDA, élargissent la couverture des groupes peu desservis et marginalisés, renforcent le soutien pour la double protection, améliorent la qualité des soins et augmentent l'efficacité des programmes

(OMS, UNFPA, ONUSIDA et IPPF 2005). Et pourtant, trop souvent, les programmes de santé n'arrivent pas à exploiter les synergies possibles entre la planification familiale et la prévention des IST et du VIH/SIDA, alors que les deux fronts visent à assurer des relations sexuelles moins risquées (Dehne et Snow 1999, OMS RHR 2001). De fait, ces synergies présentent une occasion unique de promouvoir l'utilisation du préservatif, avec ou sans méthode de contraception d'appoint comme la stratégie essentielle de défense, aussi bien contre la grossesse non souhaitée que contre le VIH/IST.

Les principaux arguments invoqués contre l'adjonction des services liés au VIH/IST sont l'incompatibilité des clients et les conditions du point de vue prestation de services. Dans bien des pays, les clients de la planification familiale sont des femmes mariées monogames qui pensent qu'elles ne courent qu'un faible risque de con-

tracter le VIH/IST. Et pourtant, dans les endroits où la prévalence du VIH est élevée, ces femmes sont exposées au risque de contracter l'infection—et il est extrêmement important pour ralentir l'avancée de l'épidémie, d'encourager des comportements sexuels sans risques au sein de la population en général (Berer 2004, Fleischman Foreit et al. 2002, Boonstra 2004). Certes, certains programmes de planification familiale ne disposent pas des compétences cliniques, des laboratoires, des médicaments et autres ressources permettant de diagnostiquer et de traiter le VIH/IST, mais leurs prestataires sont souvent équipés de solides aptitudes au counseling nécessaires pour la prévention

EXEMPLE DE PROGRAMME:

Intégrer les services à base communautaire au Kenya

Les agents de santé communautaire fournissant des soins à domicile aux personnes vivant avec le VIH/SIDA au Kenya se sont rendus compte que leurs clients avaient besoin de services de planification familiale. En réponse à leur demande de formation et de matériel, le Programme communautaire de soins, soutien et prévention du VIH/SIDA (COPHIA) a ajouté le counseling intégré en planification familiale à la formation fondamentale et au recyclage et a également ajouté les préservatifs aux trousseaux distribués aux familles lors des visites à domicile. Les formateurs de COPHIA ont également commencé à donner des informations sur le VIH/SIDA lors de la formation des agents communautaires pour que ces derniers puissent, à leur tour, fournir des services intégrés.

Source: Kane et Colton 2005

et les conseils et le dépistage volontaires (Boonstra 2004, Kane et Colton 2005). Il est un fait que les prestataires de la planification familiale occupent une position idéale pour démarrer un dialogue avec les clientes sur les risques des rapports sexuels non protégés. Et parallèlement, les nouveaux tests simplifiés pour établir le diagnostic des IST pourraient être utilisés bien plus facilement par les prestataires de la planification familiale.

Bien sûr qu'il est également possible d'ajouter les services de planification familiale aux activités liées au VIH/IST, telles que l'a fait le programme COPHIA au Kenya (voir encadré, page 28). Une proportion importante des clients des services liés au VIH/IST qui, par définition, sont sexuellement actifs, ont également besoin de la planification familiale pour prévenir une grossesse non souhaitée et, dans le cas des préservatifs, pour éviter également l'infection. Par ailleurs, les programmes de lutte contre le VIH/IST—disposant de conseillers formés et ayant la capacité de distribuer les préservatifs—possèdent généralement les bonnes conditions sur le plan service pour offrir la planification familiale, bien qu'il subsiste les préoccupations habituelles du surcroît de travail des prestataires et de systèmes obérés.

En conclusion, les responsables tiendront compte du contexte et des ressources pour envisager l'intégration de l'un ou de tous les services suivants à la planification familiale :

- *Prévention du VIH/IST.* Les prestataires de la planification familiale évaluent régulièrement les risques que courent leurs clients de contracter le VIH/IST. Ils conseillent l'utilisation des préservatifs pour la double protection et expliquent clairement que d'autres méthodes ne protègent pas contre l'infection (Askew et Berer 2003). On peut également promouvoir les préservatifs pour la double

CONSEILS POUR LES PROGRAMMES :

Etablir un lien entre les services liés au VIH/SIDA et les services de santé de la reproduction

1. S'attaquer aux causes profondes et fréquentes du VIH/SIDA et des problèmes de santé de la reproduction, notamment la pauvreté et l'inégalité dans l'accès aux services et information de santé.
2. Mettre l'accent sur les droits humains, notamment les droits des femmes, des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des groupes marginalisés tels que les professionnelles du sexe. Adopter des politiques sensibles aux différences entre les sexes pour défendre l'égalité entre les sexes et éliminer la violence à l'égard des femmes.
3. Promouvoir une réponse coordonnée et cohérente au VIH/SIDA et à d'autres priorités de la santé sexuelle et de la reproduction.
4. Impliquer les femmes et les hommes vivant avec le VIH/SIDA dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et programmes.
5. Encourager la participation des jeunes, des groupes vulnérables et de la communauté dans son ensemble.
6. Réduire la stigmatisation et la discrimination.

Source: OMS, UNFPA, ONUSIDA, et IPPF 2005

protection dans le cadre des activités de prévention du VIH/IST (Reynolds et al. 2003; OMS, UNFPA, ONUSIDA et IPPF 2005).

- *Diagnostic et traitement des IST.* Les prestataires de la planification familiale mettent leurs clients au courant des symptômes des IST et les encouragent à venir

consulter rapidement s'ils pensent être infectés. Ils peuvent également diagnostiquer et traiter des IST courantes (OMS 2003, OMS 2005b), même si la prise en charge syndromique des IST compte des limitations chez les femmes (Fleischman Foreit et al. 2002). Des tests plus simples pour établir le diagnostic des IST aideront à répondre à ce besoin.

- *Conseils et dépistage volontaires (CDV) pour l'infection à VIH.* Il est logique d'apporter des conseils en matière de contraception et des méthodes contraceptives dans le cadre des services de CDV puisqu'un grand nombre de clients auront besoin de la planification familiale, qu'ils soient ou non infectés par le VIH. De même, les prestataires de la planification familiale offriront à tous leurs clients la possibilité, que ce soit directement ou en les envoyant vers d'autres services, de se mettre au courant de leur statut VIH dans des contextes où la prévalence du VIH est tellement élevée que les clients de la planification familiale sont exposés à un grand risque de contracter l'infection (Fuchs 2005; OMS, UNFPA, ONUSIDA et IPPF 2005).

EXEMPLE DE PROGRAMME :

Offrir des soins intégrés de santé de la reproduction au Nigeria

Certes, l'Hôpital Ahmadu Bello au Nigeria a toujours fourni divers services de santé de la reproduction, mais jusqu'en 2002, ils étaient dispensés par des programmes séparés et compartimentés. Les services de planification familiale, ceux des IST et le département d'obstétrique/gynécologie avaient des personnels différents et des emplacements différents. Même leurs horaires étaient différents. Il fallait trouver un moyen de regrouper tous ces services en un seul centre de santé de la reproduction pour donner aux femmes l'accès nécessaire à la gamme complète de soins. Un groupe de médecins et d'infirmières ont assisté à un atelier de six semaines sur les soins intégrés de la santé de la reproduction et ensuite obtenu le soutien de leurs collègues pour la nouvelle approche. A présent, les femmes bénéficient de la gamme complète de services et ainsi, celles qui viennent pour des soins du post-partum ou soins après avortement bénéficient également des conseils sur la planification familiale. Un programme annuel de formation à l'hôpital sert à inculquer l'approche holistique à des centaines d'autres médecins, infirmiers et sages-femmes du pays.

Source: Shittu et al. 2002

- *Traitement antirétroviral (TAR).* Toute personne infectée par le VIH doit avoir accès à la planification familiale pour prévenir une grossesse et, dans le cas des préservatifs, pour prévenir la transmission sexuelle du virus. La planification familiale devient encore plus importante pour les femmes qui prennent des ARV puisque certains de ces médicaments peuvent nuire au fœtus *in utero* (Poirier et al. 2003). Les prestataires prodiguant ces services doivent avoir des connaissances exactes et à jour des interactions entre des méthodes contraceptives spécifiques,

les ARV et les traitements des infections opportunistes (Fuchs 2005, Shelton et Peterson 2004, Shelton 2005). Par exemple, les interactions entre certains ARV et les contraceptifs hormonaux peuvent altérer l'efficacité des deux (OMS 2004).

- *Programmes pour prévenir la transmission mère-à-enfant (PTMAE)*. La fourniture d'information et de services de planification familiale aux femmes se rendant dans les services de PTMAE aidera à éviter les futures grossesses et, partant, réduit la transmission mère-à-enfant du virus (Stover et al. 2004, Sweat et al. 2004).

L'encadré à la page 29 offre des directives sur la manière de réaliser ce type d'intégration entre les services liés au VIH/SIDA et les services de santé de la reproduction.

Faire un dépistage de tous les clients des services de santé pour déterminer le besoin non satisfait de planification familiale

Un grand nombre d'hôpitaux et de centres de santé dans des pays en développement dispensent toute une gamme de services de santé dont les clients ne tirent pas toujours profit. Souvent, ils ne sont pas même au courant des autres services de santé disponibles dans l'établissement dans lequel ils se sont rendu et, pour leur part, les prestataires se concentrent uniquement sur les soins pour lesquels est venu consulter le client. Et pourtant, il est tout à fait possible d'apporter information et services aux clients en donnant une orientation au personnel de l'établissement sur les éventuels aspects de la planification familiale et en forgeant des liens entre la planification familiale et les autres services (*couverture intérieure*) (Lynam et al. 1994). S'ils font un dépistage de tous les clients des services de santé pour détecter le besoin non satisfait de planification familiale, les prestataires peuvent étendre la planification familiale à un groupe plus diversifié de personnes, y compris celles qui n'auraient jamais songé à se rendre dans un service de planification familiale. Par exemple, au Guatemala, le Ministère de la Santé a formé le personnel des centres de santé pour lui apprendre à poser à toutes les clientes une série de sept questions permettant de déterminer si elles avaient besoin de soins de santé de la reproduction : Etes-vous mariée ou sexuellement active ? Etes-vous enceinte ? Avez-vous accouché ces deux derniers mois ? Est-ce que votre enfant a moins d'un an ? Est-ce que vous souhaitez tomber enceinte dans l'année à venir ? Utilisez-vous une méthode contraceptive ? Souhaitez-vous utiliser une méthode ? Après la formation, 43% des utilisatrices des centres de santé ont obtenu un rendez-vous ou ont été orientées pour d'autres services de planification familiale, alors que cette proportion n'était que de 19% auparavant (Vernon et Foreit 1999). Un hôpital nigérian a fait un pas de plus, réorganisant ses services pour assurer aux femmes l'accès à toute une gamme de services de santé de la reproduction dans le même endroit (voir encadré, page 30).

Sécurité des fournitures contraceptives

Tant que les contraceptifs ne seront pas disponibles pour les clients qui souhaitent les utiliser, la prévalence de la contraception restera faible. Aussi, une chaîne

d'approvisionnement efficace revêt-elle une grande importance pour la réussite des programmes de planification familiale. S'ils ne disposent pas d'une offre suffisante et fiable de contraceptifs, les programmes de planification familiale ne peuvent pas garantir l'accès aux services, les prestataires ne peuvent pas effectuer leur travail et les clients partiront frustrés de l'établissement sans avoir leur méthode préférée ou parfois, sans méthode du tout. Il est important de disposer de toute une gamme de contraceptifs d'un coût abordable et de bonne qualité pour donner le choix aux clients de la planification familiale et, partant, faire grimper la prévalence de la contraception. De fait, une analyse récente des systèmes logistiques dans 17 pays a conclu qu'environ un cinquième des taux de prévalence de la contraception dans ces pays pouvait être attribué au fonctionnement des systèmes logistiques (Karim 2005). Par ailleurs, il est de plus en plus difficile de vérifier un approvisionnement fiable puisque la demande ne cesse d'augmenter pour les contraceptifs. D'après les estimations de l'UNFPA, le nombre d'utilisateurs de la contraception augmentera et passera à 217 millions de 2000 à 2015, suite en partie à l'accroissement du nombre de personnes en âge de procréer et, suite à l'augmentation continue de l'utilisation de la contraception (UNFPA 2001c). Sur cette même période, le coût estimé pour répondre à ces besoins augmentera, passant de 572 millions \$US à plus de 1,2 milliard \$US (UNFPA 2001b). Une telle charge financière est lourde pour les gouvernements des pays en développement, les consommateurs et les bailleurs de fonds (UNFPA 2001c).

La faiblesse et le manque d'efficacité des systèmes d'approvisionnement ébranlent déjà la sécurité contraceptive dans un grand nombre de pays, alors même que les réformes du secteur de la santé créent, elles aussi, de nouveaux défis pour ces systèmes. Les réformes peuvent déstabiliser la logistique contraceptive et, par conséquent, il est extrêmement important d'engager dès le début des experts de la logistique, de planifier attentivement et de prêter attention aux détails de la mise en place des systèmes logistiques pour mettre en œuvre de manière réussie les réformes du secteur de la santé (Bates et al. 2000).

Des services intégrés laissent entrevoir la possibilité de chaînes d'approvisionnement intégrées qui offrent la gamme complète de contraceptifs et produits pharmaceutiques. Certes, ils renferment le potentiel du gain d'efficacité, mais ils sont complexes et s'accompagnent de nouvelles demandes, tant pour le personnel que pour le système d'information. En plus, ils risquent d'être moins fiables que les systèmes d'approvisionnement qui se consacrent uniquement aux contraceptifs (FPLM et JSI 2000). Pour éviter de nuire à la disponibilité des contraceptifs, des systèmes logistiques verticaux qui fonctionnent bien ne devraient pas être fusionnés dans un nouveau système intégré, tant que ce système n'a pas fait ses preuves. L'intégration des systèmes logistiques a bien plus de chance de réussir lorsque les responsables avancent prudemment, pas à pas, plutôt que d'essayer d'intégrer tout d'un seul coup (Bates et al. 2000). Ils peuvent intégrer une partie—mais non pas l'intégralité—des produits, fonctions ou niveaux du système de distribution. Ils pourront exclure, par exemple, les vaccins qui ont besoin d'une chaîne de froid dans un système intégré. Ils peuvent intégrer les trans-

ports, mais non pas les achats, ou autre solution encore, ils peuvent intégrer le système de distribution au niveau de la prestation de services mais non pas au niveau central.

La décentralisation soulève deux questions : certaines fonctions logistiques se déroulent plus efficacement lorsqu'elles sont centralisées et les représentants au niveau local disposent rarement des compétences techniques pour prendre en main toute la gestion des systèmes d'approvisionnement. D'après ce que nous savons, il vaut mieux laisser au niveau central les systèmes d'information en gestion logistique, la sélection des produits, les achats et l'assurance de qualité (Bates et al. 2000). Dans le cas du système décentralisé du Mexique, les états et les ONG qui fournissent les services coordonnent l'approvisionnement et les achats pour obtenir des remises pour les achats en gros de contraceptifs (Finkle 2003). Lorsqu'on décentralise d'autres fonctions logistiques, l'étape la plus importante consiste à apporter une formation axée sur les compétences au personnel local avant de décentraliser, puis un suivi et un recyclage périodiques pour qu'il maîtrise les compétences essentielles (Bates et al. 2000). D'autres recommandations pourront être faites, notamment celles consistant à modifier la structure de supervision, à remanier le système d'information et à demander aux districts de se constituer des réserves de contraceptifs et autres produits préventifs, lesquels à leurs yeux ne sont pas toujours de nature essentielle (Bates et al. 2000, Finkle 2003, Vogel et al. 2001).

Le plaidoyer

Le plaidoyer pour la sécurité contraceptive profite aux deux secteurs, public et privé. Si un problème est noté par une analyse des systèmes logistiques,

CONSEILS POUR LES PROGRAMMES :

Renforcement de la chaîne d'approvisionnement

1. Donner une orientation client à la chaîne d'approvisionnement en donnant la priorité à la disponibilité des contraceptifs dans les points de services, en cherchant à comprendre et à répondre aux besoins des clients et en demandant à ces derniers leurs opinions.
2. Améliorer la gestion et la performance du personnel grâce à l'encadrement, à la formation, à la supervision et en fixant au personnel de la chaîne d'approvisionnement des objectifs clairs et en leur assurant de bonnes conditions de travail.
3. Vérifier que le Système d'information en gestion logistique (SIGL) apporte effectivement des données complètes, exactes et ponctuelles et vérifier également que ces données sont notifiées puis utilisées par le personnel à tous les niveaux.
4. Intégrer les prévisions à la gestion régulière de la chaîne d'approvisionnement et faire des projections plus exactes en utilisant autant de types de données que possible.
5. Faire de l'assurance de la qualité une partie intégrante du mécanisme d'approvisionnement.
6. Chercher avant tout à acheminer les produits aussi rapidement et aussi efficacement que possible vers le client plutôt que de constituer des stocks.
7. Se tenir au courant des progrès et avancées dans le domaine de la logistique et rester ouvert à de nouvelles manières de travailler.

Sources: FPLM et JSI 2000, Setty-Venugopal et al. 2002

les responsables du programme doivent sensibiliser à ce problème les responsables du gouvernement, les législateurs, les ONG, les sociétés pharmaceutiques et les consommateurs en fonction d'une analyse attentive de l'offre et de la demande locales de la contraception (Sine et Sharma 2002). Ensuite, ils doivent chercher, par leur plaidoyer,

à obtenir l'engagement politique pour assuer la sécurité contraceptive. Seul, si l'approvisionnement en contraceptifs et produits de santé de la reproduction est vu comme une priorité trouvera-t-il sa place dans des mécanismes d'aide tels que les Documents de stratégie de réduction de la pauvreté et les Approches sectorielles et obtiendra-t-il le soutien financier de la part des gouvernements (UNFPA 2001a, UNFPA 2001c). Par exemple, en Roumanie, des ONG et autres défenseurs de la cause ont obtenu un soutien à haut niveau pour la sécurité contraceptive qui s'est transformé ensuite en crédits budgétaires du gouvernement pour les produits contraceptifs (Sine et Sharma 2002). Il est également important de vérifier que les listes nationales de médicaments essentiels sont conformes à la liste des médicaments essentiels de l'OMS, en ce qui concene leur inclusion des contraceptifs (OMS 2005c).

EXEMPLE DE PROGRAMME :

Renforcement du système de logistique en Jordanie

En 1997, la Jordanie a mis en place un nouveau système de logistique car les ruptures de stock de contraceptifs remettaient en question le bon déroulement des services de planification familiale. En effet, vu qu'il n'existait ni manuel logistique ni contrôle de stock, tant les ruptures de stock étaient chose courante. Dans les deux années qui ont suivi, plus de 550 membres du personnel, assurant les prestations de services et la supervision, ont suivi une formation en logistique dispensée à des sages-femmes, à des infirmières, à des médecins et à leurs superviseurs ainsi qu'aux gérants des dépôts. Un nouveau système intégré de gestion (SIG) a été mis au point pour rassembler les données essentielles sur les contraceptifs distribués et sur les stocks disponibles. Ce SIG produit des rapports réguliers et exacts à tous les niveaux de gestion.

Le système fonctionne harmonieusement grâce à une supervision et à un suivi constants. Un responsable de la logistique organise des rencontres mensuelles avec chaque direction pour aider à la résolution des problèmes, effectue une visite des points de service pour voir si le système fonctionne bien et pour motiver le personnel et fournir une formation sur le tas et le recyclage. Avant l'introduction du nouveau système, 85 % des centres de santé connaissaient des ruptures de stock, proportion qui est passée à moins de 10% par la suite. On a également noté une nette diminution des pertes à cause des péremptions et des produits endommagés. Et grâce à un approvisionnement plus fiable, la prévalence de la contraception est en train de grimper en Jordanie.

Source: Rao 2000

La segmentation du marché

Des ressources limitées et un grand nombre de problèmes de santé ayant chacun besoin d'un financement font qu'il est difficile pour la plupart des gouvernements des pays en développement de combler par eux-mêmes le manque de fonds et le déficit du financement. Aussi, devient-il impératif de procéder à une segmentation du marché et à un ciblage afin d'octroyer les ressources publiques aux groupes pauvres et défavorisés (Sharma et Dayaratna 2004). D'autres sources

de produits contraceptifs, que ce soit dans le secteur privé ou public, doivent être mises en place pour les clients qui ont les moyens de payer une partie ou l'intégralité des coûts de la contraception (Finkle 2003, Sine et Sharma 2002). Les défenseurs de la planification familiale peuvent intervenir à ce niveau en demandant que soient changées les lois et les réglementations qui entravent les efforts de vente de produits contraceptifs dans le secteur privé, par exemple, les droits d'importation sur les matières premières, les contrôles de prix et les restrictions sur les publicités des contraceptifs (Quijada et al. 2004, Sharma et Dayaratna 2004, UNFPA 2001a, UNFPA 2001c). Par exemple, au Brésil, c'est grâce au plaidoyer qu'ont été éliminés les droits tarifaires et les taxes au détail qui poussaient à la hausse le prix des préservatifs (Finkle 2003).

Le renforcement de la capacité du secteur public

Les pénuries de certains contraceptifs, les fournitures excessives pour d'autres et les retards d'expédition et de livraison sont au titre des problèmes communs causés par de faibles systèmes d'approvisionnement. Il est capital de renforcer ces systèmes pour assurer un accès continu aux services de planification familiale. A cet effet, une partie importante de la solution consiste à renforcer, au sein du secteur public, les capacités de prévision, d'achat, de gestion de l'offre, de systèmes de distribution et de capacité de stockage aux niveaux national et local (Hare et al. 2004, UNFPA 2001a). Un système d'approvisionnement bien conçu et qui fonctionne bien saura exploiter au mieux les ressources limitées en utilisant de bonnes pratiques d'achat, en vérifiant que tous les produits sont en bon état, en éliminant les stocks excessifs, les gaspillages et vols et en vérifiant que chaque service dispose d'un stock suffisant pour répondre aux besoins des clients (FPLM et JSI 2000). Par exemple, le renforcement de la capacité d'approvisionnement au Bangladesh a permis au pays d'obtenir des prix nettement plus faibles pour les produits contraceptifs sur le marché international, réalisant ainsi des économies de plus de

EXEMPLE DE PROGRAMME :

Renforcement de la supervision au Honduras

Des mesures de réduction des coûts à ASHONPLAFA, le plus grand prestataire privé de soins de santé sexuelle et de la reproduction au Honduras, ont ébranlé le système de supervision car les ressources étaient réduites alors qu'augmentaient les responsabilités des superviseurs. Les responsables ont combiné les nouvelles et anciennes approches pour renforcer le système de supervision. Ils ont élaboré un manuel et des protocoles standardisés pour guider les visites sur le terrain. Ils ont conçu un système de planification et d'évaluation de la performance qui permet aux superviseurs et aux personnes supervisées d'évaluer et de négocier les objectifs de performance tous les deux mois. Et ils ont adopté le téléenseignement pour compléter les ateliers annuels des superviseurs destinés à renforcer les compétences de ces derniers. Tout cela a abouti à un meilleur dialogue entre les superviseurs et les prestataires, permettant à ces derniers de mieux atteindre leurs objectifs de performance. Un appui solide venant régulièrement des superviseurs a aidé les prestataires à dispenser des soins de meilleure qualité à leurs clients de la santé de la reproduction.

Source: Programme de vaccinations des enfants 2003

17 millions \$US rien que pour les contraceptifs oraux (Sarley et al. 2005). (Voir encadré, page 33, pour des conseils sur le renforcement de la chaîne d'approvisionnement.)

Le renforcement de la capacité demande que les responsables renforcent aussi bien les gens que les systèmes pour disposer de la capacité nécessaire pour dépister, prévenir et gérer les éventuelles ruptures de stock tout en vérifiant la force du système en général pour suivre le flux production à utilisation. L'investissement dans les manuels, les stages de formation et la supervision régulière se traduira par la présence d'un personnel de logistique chevronné à chaque niveau du système de santé. Il est capital de concevoir et de mettre en œuvre un système intégré de gestion logistique pour réguler le

flux des produits et dégager une information exacte et ponctuelle pour les responsables (FPLM et JSI 2000). Pour obtenir le financement de ces améliorations onéreuses, les responsables doivent être en mesure de convaincre le gouvernement ou autres bailleurs de fonds que le renforcement du système logistique est un moyen efficace par rapport aux coûts de faire augmenter la prévalence contraceptive et qu'il mérite d'être mis en priorité. Le nouveau système logistique de la Jordanie montre l'impact d'une intervention intégrale sur la prévalence de la contraception (Voir encadré, page 34).

EXEMPLE DE PROGRAMME :

Formation en matière de counseling en Chine

En 1991, la Commission d'état pour la planification familiale (SFPC) de la Chine a démarré un projet de cinq ans pour mettre à jour les connaissances et compétences des agents de la planification familiale dans les zones rurales. S'inspirant d'enquêtes réalisées auprès des villages et des prestataires de soins, le personnel du projet a élaboré un programme de formation avec des méthodes de formation participative, telles que les jeux de rôle et la pratique des compétences, afin de former les prestataires en communication interpersonnelle et renforcer leurs compétences en matière de counseling. Cette formation introduit également de nouveaux concepts, tels que le choix informé.

Une évaluation et un suivi réguliers accompagnaient le projet et les résultats ont encouragé une seconde série de formations offrant des informations plus détaillées sur les méthodes contraceptives et davantage de pratique des compétences. Les prestataires, tout comme les clients, sont d'accord pour dire que leurs relations se sont améliorées grâce à la formation, au même titre que la qualité des soins. Les prestataires cherchent davantage à connaître les besoins réels et adaptent leur counseling en fonction de cela. Les clients cherchent à apprendre davantage sur la gamme complète des méthodes et prennent une part active dans le choix des méthodes.

Source: SFPC, UNFPA, et PATH 1995

La qualité des soins

Certes, l'amélioration de la qualité des soins dispensés par les programmes de planification familiale aura des effets différents suivant le contexte, mais il n'en reste pas moins que son effet général est d'améliorer le bien-être personnel d'une personne et sa capacité à réguler sa fécondité (Bruce 1990). Une meilleure qualité des soins attirera plus de clients vers les services de planification familiale, augmentera leur satisfaction et, partant, poussera à la hausse les taux de continuation de la contraception. Il est particulièrement important de prêter attention à la qualité au vu

des responsabilités plus grandes confiées aux prestataires de soins de santé lorsque la planification familiale est dispensée dans le cadre d'un ensemble intégré de services. Le renforcement des systèmes et l'amélioration des compétences techniques et interpersonnelles des prestataires sont un immense pas en avant vérifiant que les programmes de planification familiale offrent des services de qualité. Le volet prépondérant de la qualité des soins est discuté ci-après mais vu que la qualité des soins touche à tous les autres aspects, nous y faisons mention tout au long de ce rapport.

La supervision

Les superviseurs ont un rôle très important à jouer dans l'amélioration de la qualité des soins lorsqu'ils prennent leur rôle non pas comme de simples inspecteurs, mais comme des encadreurs. Ils offrent aux agents de soins de santé un feed-back sur les forces et les faiblesses, les motivent pour qu'ils améliorent leur performance, apportent l'encadrement nécessaire, prêtent main forte et établissent des priorités lorsque les tâches sont nombreuses et aident à résoudre les problèmes (Marquez et Kean 2002, Stinson et al. 2000). Et pourtant, malgré son importance, la supervision est souvent l'un des maillons les plus faibles des programmes de planification familiale et de santé de la reproduction. Bien des problèmes l'accablent : en effet, ce programme est confronté à plusieurs défis : le suivi prend le pas sur la résolution de problèmes, faibles compétences techniques et de communication chez les superviseurs et visites de supervision rares et irrégulières suite au manque de transport et autres ressources (Marquez et Kean 2002)

Des services intégrés viennent encore obérer les systèmes de supervision. Les prestataires auront besoin d'une plus grande aide de la part des superviseurs pour mener à bien le surcroît de tâches qu'on leur a confiées et les superviseurs n'auront pas toujours les connaissances ou l'expérience touchant de nouveaux services ajoutés au programme (MSH 1994). Les responsables pourront prendre les mesures suivantes pour renforcer les systèmes de supervision, surtout dans les contextes des prestations intégrées (Marquez et Kean 2002, MSH 1994, Stinson et al. 2000) :

- Revoir et mettre au clair les politiques et méthodes de supervision.
- Formuler des directives de supervision intégrées.
- Créer des listes de vérification, des aides professionnelles et autres outils qui couvrent tous les services dispensés et structure de la visite de supervision.
- Augmenter la fréquence et/ou la durée des visites de supervision.
- Former les superviseurs en matière de nouvelles compétences techniques des agents de santé.
- Former les superviseurs en matière d'encadrement et de compétences de facilitation.
- Axer la supervision sur la performance clinique et la résolution de problèmes.

Au Honduras, ASHONPLAFA a utilisé une combinaison de ces interventions pour renforcer ses systèmes de supervision (voir encadré, page 35).

Caractéristiques d'un bon indicateur de suivi

- Concret : Il aide les responsables à décider de ce qu'il faut faire. Par exemple, la fréquence des ruptures de stock de médicaments peut aider les responsables à décider qu'il faut renforcer le système logistique.
- Pertinent : Il indique les progrès réalisés pour atteindre un but, un objectif ou une cible. Par exemple, on pourra juger du niveau de soutien apporté aux agents de première ligne en voyant si une visite de supervision a été effectuée ces trois derniers mois dans tel établissement.
- Compilé et mesuré aisément: Il repose sur les données sur les activités normales de service et de surveillance. Par exemple, le nombre de clients adoptant telle ou telle méthode par mois ou par an peut être obtenue à partir des statistiques de services.
- Valide, constant, fiable, représentatif et susceptible de changer : Il mesure avec justesse l'aspect pertinent. Par exemple, on pourra mesurer le degré d'intégration des services en observant si les prestataires mentionnent le VIH/SIDA pendant les consultations de planification familiale.
- Compréhensibles: Facile de comprendre sa signification et son importance sans explication spéciale. Par exemple, le pourcentage d'un groupe cible exposé aux activités et au matériel sur le changement de comportement renseigne sur la portée d'une campagne de communication pour ce changement de comportement.

Source: INFORM 2005

La formation

Une formation continue est essentielle pour renforcer et mettre à jour les connaissances et les compétences des agents de la planification familiale tout au long de leur carrière. Les réformes du secteur de la santé suscitent souvent une demande supplémentaire de formation puisque la décentralisation s'accompagne de nouvelles responsabilités administratives et techniques pour le personnel local et l'intégration demande aux prestataires, aux superviseurs et aux responsables une maîtrise de nouveaux domaines.

Des ateliers formels, à l'exemple de ceux utilisés pour améliorer le counseling dans les zones rurales de la Chine (voir encadré page 36) sont l'approche la plus courante à la formation. Il n'en existe pas moins d'autres approches qui sont moins chères, moins perturbatrices et tout aussi efficaces. Une formation sur le tas réunit un nouveau personnel ou un personnel non formé et des collègues qui ont de l'expérience en la matière et qui sauront adapter leur instruction au contexte. Les superviseurs peuvent partager de nouvelles informations avec les prestataires ou les encadrer pour qu'ils arrivent à maîtriser les nouvelles compétences. Le téléenseignement utilise du matériel imprimé, des cassettes, des messages à la radio et à la télévision et un logiciel pour apporter une formation standardisée à des personnes se trouvant à des endroits différents. Quelle que soit l'approche de

formation retenue, il est d'importance capitale d'apporter un feed-back et un soutien continus une fois que les participants de la formation retournent sur les lieux de leur travail afin de les aider à transférer leurs nouvelles compétences dans le travail et à vérifier l'utilisation des nouvelles pratiques.

Formation avant l'emploi

On peut également améliorer la qualité à long terme des services de planification familiale en apportant une information et une formation médicales complètes et à jour. La santé sexuelle et reproductive n'occupe pas une place importante dans les programmes fondamentaux des médecins et autres professionnels de la santé (Haslegrave et Olatunbosun 2003).

Les responsables pourront collaborer avec des entités éducatives pour recommander d'inclure ou de mettre à jour l'information et les compétences en planification familiale dans le programme des facultés de médecine et des écoles d'infirmiers et de sages-femmes, ainsi que dans les programmes de formation continue.

Améliorer les compétences des prestataires

Certes nécessaire, la formation à elle seule ne suffit pourtant pas pour améliorer les compétences des prestataires et susciter des changements durables dans leur performance professionnelle. L'amélioration de la performance traite systématiquement de tous les facteurs qui influencent la performance des agents, y compris les facteurs environnementaux, ainsi que les qualités personnelles des agents (Lande 2002). Par exemple, un feed-back clair et constructif revêt une importance critique pour améliorer les compétences des prestataires. Les

CONSEILS POUR LES PROGRAMMES :

Améliorer la relation entre le prestataire et le client

1. Apprendre aux prestataires à respecter la capacité des clients à choisir pour eux-mêmes et les faire participer à la prise de décisions.
2. S'occuper des préoccupations des clients à propos des effets secondaires et leur expliquer à quoi ils doivent s'attendre dès qu'ils commencent à utiliser une méthode et répondre à leurs préoccupations si des effets secondaires se présentent.
3. Encourager les clients à prendre une part active aux consultations en organisant des campagnes avec les mass médias, en produisant du matériel imprimé et en éduquant le client, autant d'activités qui confèrent un caractère légitime aux droits des clients et encouragent ces derniers à poser des questions au prestataire.
4. Diffuser et renforcer les politiques, les directives, les descriptions des tâches et les protocoles qui encouragent de bonnes pratiques de communication de la part des prestataires.
5. Orienter la supervision sur l'interaction entre le client et le prestataire et encourager les collègues, les clients et la communauté à donner un feed-back aux prestataires sur leur performance.
6. Rendre plus efficace la formation en matière de counseling en perfectionnant le programme, en adoptant des méthodes pédagogiques qui ont fait leurs preuves et en soutenant l'application des nouvelles compétences sur les lieux du travail.
7. Fournir l'espace, les produits et le temps dont ont besoin les prestataires pour bien conseiller les clients.
8. Reconnaître et récompenser les prestataires qui font un excellent travail de counseling en faveur des clients.

Source: Rudy et al. 2003

superviseurs peuvent motiver les prestataires et les encourager à améliorer leurs compétences en leur faisant remarquer leurs faiblesses et en leur faisant des suggestions

d'amélioration (Rudy et al. 2003). Un feed-back utile peut être donné de la part des responsables et collègues sur le site qui sont bien placés pour comprendre les problèmes que rencontre l'un des leurs. Les systèmes d'auto-évaluation qui permettent aux prestataires d'évaluer leur propre performance grâce à une liste de normes les aident également à améliorer leurs compétences.

Des aides professionnelles bien conçues, par exemple, les listes de vérification, aident également les prestataires à appliquer leurs compétences sur les lieux du travail en leur rappelant l'information clé. Par exemple, si on passe en revue la liste des conditions de recevabilité médicale pour certaines méthodes de contraception avant de donner un counseling en la matière, on évitera de faire de fausses contre-indications qui limitent inutilement le choix des femmes en matière de contraception (FHI 2002, FHI 2004, Shelton et al. 1992). En outre, ces outils aident les prestataires à prendre des décisions, par exemple, déterminer si une femme qui n'a pas ses règles est enceinte, et les guideront tout au long d'un processus complexe (par exemple, les nombreuses étapes qui entrent dans le counseling d'une cliente de la planification familiale). Le matériel d'éducation sanitaire, y compris les directives pour la prestation de services, doit toujours être exact et à jour.

Motiver les prestataires à dispenser de bons soins

Des prestataires qui sentent que leur travail a de l'importance et qui sont

Résultats récents sur la contraception hormonale

Densité osseuse. L'acétate Depot medroxyprogeste-rone (DMPA) diminue la densité minérale des os (DMO) chez les adultes et ralentit son acquisition chez les adolescentes, mais les femmes en période de pré-ménopause reprennent la DMO après arrêt de l'utilisation de la méthode. L'OMS a conclu que les avantages du DMPA dépassent généralement les risques de fracture, surtout chez les adolescentes et les femmes plus âgées (OMS et HRP 2005a). Les contraceptifs oraux, les implants et le DIU au lévonorgestrel n'affectent pas la densité minérale des os.

Cancer. Les contraceptifs combinés oraux (CCO), surtout les formulations plus anciennes à dose plus élevée, réduisent le risque de cancer des ovaires et de l'endomètre, mais augmentent légèrement le risque de cancer du col, de cancer du sein et de cancer du foie. L'OMS a conclu que les avantages que comportent les CO pour la santé dépassent clairement les risques pour les femmes en bonne santé. (OMS et HRP 2005b).

VIH/SIDA. Il n'existe aucune preuve concluante indiquant que l'utilisation de la contraception hormonale augmente le risque de contracter ou de transmettre le VIH ou d'accélérer l'évolution de la maladie. D'après les connaissances actuelles, point besoin de changer les recommandations existantes (y compris celles de l'OMS) selon lesquelles les femmes susceptibles d'être infectées par le VIH ou celles qui sont infectées par le VIH peuvent utiliser sans risque la contraception hormonale (OMS et HRP 2005c). L'OMS recommande de n'imposer aucune restriction sur les CO et les injectables pour les femmes qui courent un grand risque de contracter le VIH. Comme pour les autres personnes à haut risque, on recommande vivement à ces femmes d'utiliser des méthodes barrières pour se protéger contre l'infection.

engagés à faire de leur mieux peuvent faire toute la différence dans la qualité effective des soins qu'obtient un client. La motivation joue ici un rôle de premier plan, surtout lorsque les prestataires doivent accomplir un surcroît de travail imposé par des services intégrés—et elle devient encore plus importante lorsque les prestataires sont mal payés ou payés irrégulièrement. Certaines sources de motivation sont de caractère intrinsèque par exemple, la satisfaction d'un travail bien fait ou le plaisir d'aider les autres. Par ailleurs, les responsables peuvent aider à motiver les prestataires à offrir de bons soins en reconnaissant et en récompensant leur performance, en soutenant les coûts ou le temps pris pour suivre une éducation continue et en leur offrant des possibilités d'avancement de carrière, par exemple, de plus grandes responsabilités de supervision. Certes, les responsables peuvent avoir les mains liées par les règles et les ressources d'un programme, mais ils n'en peuvent pas moins envisager les mesures suivantes (Rudy et al. 2003, Setty 2004, Stinson et al. 2000) :

- Louer un travail bien fait, surtout en présence des collègues.
- Mettre en place des programmes de reconnaissance d'un caractère officiel, par exemple, « Employé du mois. »
- Mentionner les prestataires qui ont fait un travail exceptionnel dans le bulletin organisationnel.
- Donner des primes ou des majorations salariales.
- Autonomiser les prestataires en leur conférant l'autorité nécessaire de prendre des décisions sur des questions quotidiennes.
- Etablir un lien bien clair entre la performance du prestataire et la certification ou homologation de l'établissement.

EXEMPLE DE PROGRAMME :

Utiliser des aides professionnelles pour renforcer les compétences de counseling au Pérou et au Guatemala

La stratégie harmonieuse de counseling mise au point au Pérou et perfectionnée au Guatemala utilise tout un ensemble de formation, d'aides professionnelles et un algorithme pour améliorer la qualité du counseling pour la planification familiale et encourager le choix informé. Une affiche présente le nouveau modèle de counseling donnant des directives précises, étape par étape, aux prestataires. Ces derniers utilisent un ensemble de petites fiches pour aider les clients à choisir une méthode. Ensuite, des dépliants individuels aident le prestataire à donner des informations complètes et exactes sur les avantages, les inconvénients, les contre-indications et les instructions du mode d'emploi de la méthode choisie.

Lorsque la stratégie a été mise à l'essai pour la première fois au Pérou, les chercheurs ont constaté que la qualité des soins était meilleure, mais uniquement lorsque les prestataires utilisaient les aides professionnelles—et rares étaient ceux qui le faisaient. La solution, appliquée au Guatemala, consiste à renforcer la formation en effectuant une série de visites de suivi auprès des prestataires et à recommander aux superviseurs d'observer si les prestataires utilisent effectivement les aides professionnelles lors de leurs visites régulières.

Source: León et al. 2003

Systèmes d'information

Les systèmes intégrés de gestion permettent aux responsables de vérifier si les ressources humaines et les systèmes fonctionnent bien, leur permettent de détecter et de résoudre les problèmes et sont la base étayant une solide prise de décisions (MSH 1991). Parfois, les systèmes d'information sont vus plutôt comme un boulet que comme une aide. Souvent, on collecte plus de données que nécessaire, les données risquent d'être incomplètes, inexactes ou obsolètes et très peu de ces données sont analysées et diffusées. L'intégration vient encore compliquer les choses puisqu'elle fusionne de multiples systèmes d'information incompatibles (INFORM 2005), et la décentralisation confiera au personnel local peu prévenu et qui manque d'expérience la responsabilité supplémentaire de l'analyse des données.

Comment les prestataires peuvent soutenir le choix informé

- Traiter les clients avec respect et amabilité et créer un climat de confiance qui permet un véritable partage entre le prestataire et le client.
- Distinguer entre les différents types de clients, par exemple, les nouveaux clients, les clients qui reviennent parce qu'ils ont des problèmes et les clients qui courent un risque élevé de contracter des IST.
- Adapter le counseling aux besoins, à la situation et aux préférences personnelles de chaque client ou cliente.
- Evaluer le niveau du risque de contracter le VIH/IST que court le client lorsqu'on choisit ensemble la méthode.
- Eviter de surcharger le client avec trop d'informations.
- Encourager les clients à expliquer leurs besoins et leurs priorités, à exprimer leurs inquiétudes et à poser des questions.
- Permettre au client d'utiliser sa méthode préférée à moins qu'il n'y ait des contreindications médicales ou que le client fasse la demande pour des raisons non valables.

Sources: Rudy et al. 2003, Murphy et Steele 2000

Pour renforcer les systèmes d'information, les responsables de la santé de la reproduction peuvent prendre les mesures suivantes (INFORM 2005, MSH 1991) :

- Créer une sorte de « culture de données » dans le cadre de laquelle les membres du personnel à chaque niveau reconnaissent l'importance d'une collecte et d'une analyse exactes des données et appliquent continuellement les données dans la prise de décisions.
- Simplifier le système pour ne suivre que les indicateurs essentiels.
- Remanier les fiches pour une collecte de données plus rapide et plus facile.
- Créer de simples fiches récapitulatives pour réduire les erreurs dans la tabulation de données.
- Former le personnel pour lui apprendre les compétences techniques nécessaires pour contrôler la qualité des données, analyser les données, créer des graphiques et interpréter les résultats.

Suivi du programme

Les responsables pourront suivre la qualité des soins s'ils choisissent des indicateurs qui reflètent la qualité des services plutôt que leur quantité ou leurs coûts. Ils peuvent se concentrer par exemple, sur la proportion de clientes de la planification familiale qui ont obtenu une méthode qui leur convient plutôt que sur le nombre absolu desservi. Les indicateurs du processus qui montrent dans quelle mesure les activités du programme sont exécutées correctement sont particulièrement importants pour suivre la qualité des soins puisqu'ils font ressortir les problèmes au niveau de la prestation des services (Kols et Sherman 1998). Les indicateurs de la qualité doivent intégrer l'optique des clients et celle des prestataires. Ils doivent également répondre aux normes générales régissant de solides indicateurs de la santé (voir encadré, page 38).

Les responsables doivent choisir un petit nombre parmi les centaines d'indicateurs disponibles pour évaluer la qualité des services de planification familiale, ceux qui sont importants par rapport aux objectifs du programme. Par exemple, une approche pratique à faibles coûts pour évaluer la qualité des services de planification familiale en milieu clinique, Quick Investigation of Quality (Enquête rapide de la qualité), comprend 25 indicateurs qui évaluent la performance des prestataires, les attitudes et le comportement des clients, ainsi que l'établissement (Bertrand et Sullivan 2000).

Amélioration de la qualité

Les responsables de la prestation de services peuvent améliorer la qualité des soins dans leur établissement en adoptant une approche systématique basée sur des données pour résoudre les problèmes, par exemple, les audits cliniques ou l'assurance de la qualité. Ces approches fixent des normes pour la prestation de services, mesurent la qualité actuelle des soins à l'aune de ces normes, cernent et analysent les problèmes et ensuite, proposent des mesures de l'amélioration de la qualité. Généralement, les audits

EXEMPLE DE PROGRAMME :

Vers un plus grand choix de contraceptifs au Brésil

Le renforcement de la capacité d'un programme à offrir des services de qualité élargit le choix en matière de contraception puisqu'on assure ainsi un meilleur accès aux méthodes existantes. Le projet de Santa Barbara, au Brésil, a constaté que maints obstacles venaient entraver l'accès des clients aux méthodes contraceptives et à d'autres soins de santé de la reproduction, allant de la difficulté à obtenir un rendez-vous aux longues attentes en passant par le manque de fournitures. D'importantes améliorations s'avéraient nécessaires si on voulait arriver à offrir aux clients un plus grand choix en matière de contraceptifs. Le projet a augmenté le temps que consacraient les prestataires à la planification familiale, a modifié la manière dont étaient pris les rendez-vous, et formé les prestataires pour leur apprendre à parler de toute la gamme d'options disponibles pour les clients. Ont également été prises les mesures nécessaires pour garantir un approvisionnement durable et augmenter la disponibilité de méthodes contraceptives masculines.

Sources: Diaz et al. 2002, WHO 2002

sont axés sur tel ou tel problème bien défini au niveau du service suite à des plaintes des clients, des taux de complications élevés ou autres signes d'un problème. Par contre, les systèmes d'assurance de qualité formulent des directives techniques et des normes de performance pour un système entier de prestation de services, tant dans le domaine clinique que de gestion. Par ailleurs, le suivi régulier dépiste les problèmes qui doivent être résolus (DiPrete Brown et al. 2000).

Peu importe qu'on utilise l'approche audit ou assurance de qualité, on n'arrivera à faire de réelles améliorations qu'en collectant les données et en analysant de près la prestation de services pour bien comprendre un problème et ses causes profondes. Ensuite, armées de cette information, les équipes du personnel pourront trouver les moyens de remédier au problème et d'améliorer la qualité des soins.

Choix informé et counseling contraceptif

Afin de mieux appuyer le droit des gens à faire un choix informé des méthodes contraceptives, les programmes de planification familiale doivent offrir aux clients un accès facile à toute une gamme de méthodes, avec une information complète et exacte sur ces méthodes et doivent les aider à soupeser ces options. S'il s'agit d'un volet intrinsèque de la qualité des soins, cet aspect n'en mérite pas moins une mention spécialisée car on en oublie souvent son importance. Un bon counseling des clients de la planification familiale ne saurait se faire sans la combinaison indiquée de connaissances techniques et de bonnes aptitudes à la communication interpersonnelle (Murphy et Steele 2000), mais cette combinaison à elle seule ne suffit pas. Dans de nombreux contextes, le choix informé est limité par le manque de connaissance du concept du choix informé et par des normes sociales qui limitent la capacité des femmes et des adolescents à exercer et à faire valoir leurs droits (EngenderHealth 2003b, Upadhyay 2001). Aussi est-il capital que les prestataires comprennent le concept des droits sexuels et reproductifs, leur rôle pour aider les clients à exercer ces droits et les déséquilibres de pouvoir inhérents dans la relation entre le client et le prestataire et dans le contexte culturel faisant que souvent les clients hésitent à faire valoir leurs droits. Les clients doivent comprendre qu'ils ont le droit de poser des questions, d'obtenir des réponses et de prendre leurs propres décisions—et doivent être prêts et capables de le faire (EngenderHealth 2003b). Un ensemble d'interventions axées sur les prestataires et les clients devra être mis en œuvre pour y arriver (voir encadré page 39, pour des conseils pour une meilleure interaction entre le client et le prestataire).

Renforcer les compétences des prestataires

Tel que vu dans la section précédente sur la qualité des soins, la formation avant l'emploi et la formation en cours d'emploi périodique permet d'impartir la base de connaissances techniques et les compétences de communication dont ont besoin les prestataires pour une bonne interaction avec les clients. L'éducation continue est capitale, tant pour renforcer ces compétences que pour mettre à jour les connaissances techniques des prestataires tout au long de leur carrière car la technologie contraccep-

tive change constamment, tel qu'en témoignent les résultats récents sur les méthodes contraceptives hormonales (voir encadré, page 40). Les responsables peuvent rendre cette formation encore plus efficace en mettant au point des plans de formation qui mettent en avant aussi bien les compétences de communication interpersonnelles que les connaissances techniques, qui apprennent aux prestataires à répondre aux besoins du client individuel et à adopter une approche intégrée au counseling en santé sexuelle et reproductive (Rudy et al. 2003).

La formation à elle seule ne garantit pas la qualité du counseling, surtout au vu des nouvelles demandes faites auprès des prestataires lorsque les services sont intégrés.

Des services intégrés demandent aux prestataires de faire une évaluation complète de l'état de santé des clients et de répondre à tout autre besoin qu'ils notent, par exemple ; diagnostic et traitement des IST chez une cliente de la planification familiale (EngenderHealth 2003c). Une approche plus intégrale à l'amélioration de la performance qui porte sur le contexte institutionnel et sur les qualités personnelles du prestataire sera plus efficace pour améliorer la qualité du counseling (Lande 2002, Rudy et al. 2003). Par exemple, les aides professionnelles et le matériel de référence aident les prestataires à assumer la gamme plus grande de responsabilités qui accompagnent les services intégrés. Family Health International a mis au point des listes de vérification pour aider les prestataires à déterminer si une cliente est enceinte ou satisfait aux critères de recevabilité médicale pour l'emploi de telle méthode (FHI 2002). Les superviseurs peuvent contrôler périodiquement la performance des prestataires en observant les consultations et en donnant aux prestataires un feed-back sur la manière d'améliorer leur counseling. La stratégie de counseling équilibrée adoptée au Pérou et au Guatemala (voir encadré, page 41) utilise un ensemble d'aides professionnelles et de supervision pour son impact.

Encourager la participation des clients

Dans bien des pays, les clients ne prennent pas part activement aux consultations de planification familiale ou de santé de la reproduction. Il s'agit de former les prestataires pour qu'ils sachent encourager davantage les clients à s'exprimer et à poser des questions, à partager leurs préoccupations et à communiquer l'information. (Voir encadré, page 42, sur la manière dont les prestataires peuvent appuyer le choix informé.) Le matériel imprimé dans les centres de santé viendra encore renforcer ce message. La Fondation internationale de la Planification familiale (International Planned Parenthood Foundation) a mis au point une affiche sur les « Droits des clients » qui encourage ces derniers à revendiquer leurs droits à l'information et à la confidentialité (Newman 1997). L'OMS a mis au point une boîte à images pour la prise de décisions qui encourage les clients à poser des questions (OMS et JHU CCP 2005), et d'autres programmes encore ont créé des dépliants et des brochures avec des exemples de questions pour les clients de la planification familiale (Rudy et al. 2003, Upadhyay 2001).

Il est tout aussi important pour les programmes de planification familiale d'agir à l'extérieur du cadre clinique (Rudy et al. 2003, Upadhyay 2001). Les campagnes par

CONSEILS POUR LES PROGRAMMES :

Concevoir des services amis des jeunes

Prestataires

1. Former le personnel pour qu'il traite les adolescents avec respect, maintienne le caractère privé de la consultation, préserve leur confidentialité et pour qu'il comprenne leurs préoccupations et leurs besoins spéciaux sur le plan de la santé de la reproduction.
2. Encourager les conseillers à passer autant de temps que possible avec chaque client pour répondre à toutes ses questions et préoccupations.
3. Utiliser des conseillers-pairs.

Locaux

1. Garder des locaux à part ou des horaires spéciaux pour les jeunes clients.
2. Fournir des services à des heures pratiques pour les jeunes adultes, par exemple en fin d'après-midi, le soir ou pendant les week-ends.
3. Implanter les centres dans des endroits pratiques.
4. Assurer le caractère privé dans les espaces réservés au counseling.
5. Créer un environnement jeune et décontracté qui plaît aux adolescents.
6. Mettre dans les salles d'attente du matériel audiovisuel et imprimé qui intéresse les jeunes.

Conception de programme

1. Faire participer les jeunes à la conception et au fonctionnement des services.
2. Bien accueillir les clients qui viennent sans rendez-vous.
3. Réduire, dans la mesure du possible, le temps d'attente et éviter un trop grand nombre de clients dans les services.
4. Fournir des services gratuits ou des services à faible coût aux jeunes qui ont les moyens de payer.
5. Réserver un bon accueil aux garçons et aux jeunes hommes et recruter un personnel masculin qui les prendra en charge.
6. Fournir autant de services de santé sexuelle et de la reproduction que possible et éviter d'envoyer vers d'autres centres.
7. Faire connaître la disponibilité de programmes spéciaux pour les jeunes.
8. Chaque fois que possible, remettre une méthode contraceptive aux jeunes femmes sans demander un examen gynécologique et des tests sanguin

Sources: Moya 2002, Senderowitz 1999

les mass media présentent des comportements actifs des clients et communiquent les messages sur les droits de ces derniers. Les causeries en groupe renforcent les messages

sur les droits et les responsabilités des clients et enseignent également des compétences utiles, par exemple, faire une liste des questions pour le prestataire avant d'aller le consulter. Si elles sont réussies, ces communications pour le changement de comportement aident les clients à sentir qu'on attend d'eux qu'ils s'expriment et qu'ils prennent les décisions de planification familiale qui les concernent.

Offrir toute une gamme de méthodes

Pour que les clients puissent exercer librement leurs préférences personnelles dans le choix d'une méthode contraceptive, ils doivent avoir accès à toute une gamme de méthodes sûres, efficaces et d'un coût abordable (EngenderHealth 2003b). La plupart des pays n'offrent qu'une gamme limitée de méthodes contraceptives et certaines sont bien plus disponibles que d'autres (Ross et Stover 2004). Lorsque la gamme de méthodes est biaisée en faveur d'une seule, comme c'est le cas dans bien des pays, les choix des clients s'en trouveront limités.

L'introduction de méthodes supplémentaires attire de nouveaux utilisateurs car chacune répond aux besoins et préférence d'un groupe différent d'éventuels clients (Ross et al. 2002). S'ils ont un plus grand choix, les clients seront davantage satisfaits par la méthode et donc plus susceptibles de continuer à l'utiliser. Par ailleurs, ne disposant pas de toutes les ressources nécessaires, les programmes du secteur public ne pourront pas offrir certaines méthodes chères ou devront les réserver aux personnes qui ont eu des problèmes avec d'autres méthodes ou qui connaissent des restrictions de recevabilité médicale pour la plupart des méthodes. Par ailleurs, la nouvelle méthode, la dernière en date, n'est en général pas la meilleure et donc, cela ne devrait pas être un véritable problème.

Souvent, point besoin d'introduire une nouvelle méthode pour élargir le choix contraceptif. Il s'agit davantage d'élargir l'accès aux méthodes existantes (OMS 2002). A cette fin, il faut s'attaquer aux problèmes au niveau de la qualité des soins—limitations

EXEMPLE DE PROGRAMME :

Atteindre les jeunes en Jamaïque

Le projet Youth.now utilise diverses approches pour élargir l'accès des adolescents aux services et à l'information en santé de la reproduction en Jamaïque où la plupart des jeunes entre 15 et 19 ans indiquent qu'ils sont sexuellement actifs, mais sont réticents à se rendre dans des centres de santé de la reproduction. Ce projet cherche à changer une politique qui interdit aux prestataires de dispenser des services contraceptifs à des jeunes de moins de 16 ans. Une campagne médiatique encourage l'abstinence pour les adolescents plus jeunes, les préservatifs pour les adolescents plus âgés et une permanence téléphonique pour apporter des informations adaptées aux jeunes. Un programme de formation sur les services adaptés aux jeunes s'adresse aussi bien au personnel chargé de l'entretien qu'aux médecins et infirmières, car ils accueillent tous les jeunes dans les centres de santé. Diverses activités communautaires ciblent les jeunes de la rue, les enfants dans les écoles et la communauté dans son ensemble, alors que d'autres programmes mènent des activités de planification familiale dans les centres de remise en forme.

Source: Brown 2003

quant au moment, au lieu et aux personnes auxquelles sont offertes ces méthodes ; ruptures de stock et préjugés du prestataires—qui entravent souvent l'accès à certaines méthodes. Cette approche a effectivement permis d'augmenter le choix des clients de

EXEMPLE DE PROGRAMME :

Faire participer les hommes à la santé de la reproduction en Guinée

Un projet sur la participation des hommes en Guinée a non seulement permis de créer de nouveaux services de santé de la reproduction pour les hommes dans deux centres de santé gérés par le Ministère de la Santé, mais a également collaboré avec la communauté pour encourager la demande pour ces services. La première étape consistait à apporter une formation aux médecins, aux conseillers, aux éducateurs de la santé, au personnel d'appui et au personnel auxiliaire portant sur les besoins des hommes sur le plan de la santé de la reproduction. Le personnel a ensuite consulté les clients pour arriver à créer un environnement confortable dans les nouvelles sections réservées aux hommes dans les centres de santé. En cherchant à créer une demande pour les nouveaux services, le projet a apporté une formation à 120 collègues éducateurs sur les questions de santé de la reproduction, en général, et la participation des hommes, en particulier. Il a également organisé des campagnes de communication pour le changement de comportement avec des visites à domicile des collègues éducateurs, des messages des imams locaux dans les mosquées, des communications à la radio et à la télévision et une journée de discours et d'activités spéciales. Considérés dans leur ensemble, ces efforts ont augmenté le nombre d'hommes et de couples qui viennent consulter les services de santé, diminué les récides d'IST chez les femmes et changé le comportement dans la communauté.

Source: Bernal Verbel et al. 2003

la planification familiale dans certaines régions du Brésil (voir encadré, page 43). Autre solution, les responsables peuvent renforcer les mécanismes d'orientation vers d'autres services. Les programmes de planification familiale interviennent surtout au niveau des soins de santé primaires, mais certaines méthodes telles que la stérilisation féminine et certains cas compliqués doivent être envoyés vers un niveau de soins supérieur. Les prestataires peuvent également songer à promouvoir des méthodes peu utilisées, telles que la vasectomie sans bistouri et les implants contraceptifs.

Relier la contraception d'urgence à l'utilisation régulière de la planification familiale

Il est évident que les femmes qui recourent à la contraception d'urgence (CU) ont besoin d'une méthode régulière de contraception. De fait, un grand nombre d'entre elles sont des utilisatrices courantes ou récentes de la contraception et leur situation les rend davantage intéressées à en discuter. Aussi, les prestataires devraient-ils toujours offrir aux clientes une méthode régulière en plus de la contraception d'urgence, en leur donnant des instructions sur le moment où elles doivent démarrer cette méthode et en leur proposant également des préservatifs ou autres méthodes barrières qu'elles pourront utiliser temporairement (Huezo et Carignan 1997). Si une cliente de la CU ne souhaite pas recevoir un coun-

seling en matière de contraception à ce moment-là, le prestataire lui donnera un rendez-

CONSEILS POUR LES PROGRAMMES :

Encourager la participation des hommes

Prestataires

1. Apporter une formation aux prestataires portant sur la physiologie et la sexualité des hommes, les méthodes contraceptives masculines et les compétences de counseling nécessaires pour travailler avec des clients masculins et des couples.
2. Instaurer une culture organisationnelle qui intègre l'optique équité entre les sexes et qui est engagée à collaborer avec les hommes.

Locaux

1. Réserver un espace pour les hommes et organiser des horaires spéciaux pour les hommes.
2. Réorganiser les horaires des centres pour tenir compte des besoins des hommes et des femmes.
3. Décorer la salle d'attente et les salles de consultation d'une manière qui plaise autant aux hommes qu'aux femmes.
4. Réserver des toilettes aux hommes.
5. Mettre du matériel de lecture qui intéresse les hommes dans les salles d'attente.

Conception de programme

1. Faire participer les hommes à la conception et à la prestation de services.
2. Dispenser aux hommes toute une gamme de services de santé intégrés, dont la planification familiale, les services liés au VIH/IST, le dépistage du cancer et les conseils en santé sexuelle.
3. Encourager les femmes à inviter leurs partenaires à venir aux séances de counseling.
4. Encourager la communication au sein du couple et la prise de décisions conjointe.
5. Concevoir une communication pour le changement de comportement pour les hommes qui cherche à modifier les normes s'appliquant au genre et qui présente le rôle positif des hommes pour le bien-être de leur famille.

Sources: AVSC International et IPPF/WHR 1999, Cohen et Burger 2003, Mehta 2002, Wells 1997

vous de suivi auprès d'un prestataire de la planification familiale dans la communauté et lui remettra des préservatifs qu'elle pourra utiliser en attendant.

Les prestataires auront probablement besoin d'une formation supplémentaire pour intégrer la contraception d'urgence et le counseling en matière de contraception. Le counseling en planification familiale pour les clientes de la contraception d'urgence devrait tenir compte de la raison pour laquelle la femme a eu des rapports sexuels non protégés (ICEC 2003). Si elle a été forcée à avoir des relations sexuelles non protégées,

elle aura besoin de conseils et de soutien pour l'aider à se protéger contre la violence en plus du counseling contraceptif. Si la femme a eu un problème au niveau de l'utilisation de sa méthode régulière, par exemple, a raté une injection ou si le préservatif s'est déchiré, elle devra décider si cette méthode reste quand même la meilleure pour elle et, dans l'affirmative, comment elle peut éviter que ce problème ne se reproduise. Si la cliente n'utilise pas de méthode contraceptive régulière, il faudra la mettre au courant des différentes options afin qu'elle puisse prendre un choix informé. Les prestataires devront toujours évaluer la vulnérabilité d'une femme aux IST et au VIH lors du counseling. Les prestataires devront proposer aux clientes de la contraception d'urgence la gamme complète de méthodes tout en reconnaissant que, pour certaines femmes, les conditions difficiles qui ont mené à l'utilisation de la contraception d'urgence font que ce n'est probablement pas le bon moment de choisir une méthode permanente.

Lever les barrières pour arriver aux groupes peu desservis

Arriver jusqu'au pauvre

Dans la plupart des pays en développement, il existe un fossé sur le plan santé entre le riche et le pauvre (Carr 2004). Les inégalités dans les systèmes de santé financés par le secteur public expliquent le problème : le pauvre reçoit nettement moins que la part juste qui lui reviendrait dans les dépenses publiques pour la santé, alors que ses besoins sont les plus grands et sa capacité de payer pour les services la moindre (Banque mondiale 2003). Les gens pauvres sont également moins susceptibles que d'autres de consulter des services de santé de base, tels que la planification familiale et les soins de maternité, car le pauvre a moins accès aux services, que les services qui lui sont proposés sont de qualité inférieure et que le coût des services est bien plus lourd à porter pour lui (Carr 2004, UNFPA 2004).

Une des manières de pousser les systèmes de santé pour atteindre le pauvre est de formuler des objectifs qui sont axés sur le pauvre. Par exemple, les responsables peuvent viser une augmentation dans le taux de prévalence de la contraception chez les personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, ainsi que dans la population en général. Ils doivent toutefois faire attention qu'en ciblant le pauvre, on n'adopte pas les incitations qui pourraient empiéter sur leurs droits à un choix informé et volontaire. On peut également encourager le changement en élargissant les divers mécanismes d'évaluation de la réussite des programmes. Par exemple, les responsables peuvent utiliser de nouvelles mesures pour calculer la proportion des avantages d'un programme qui seront accordés au pauvre (Waters 2004).

Les programmes ont essayé diverses manières de cibler les ressources et les services vers le pauvre. On peut notamment améliorer la qualité des services que reçoivent les pauvres en investissant dans les établissements qui servent des communautés pauvres, en élargissant l'accès des clients pauvres aux services en passant des services en milieu clinique aux services en milieu communautaire, et en recrutant des ONG qui travaillent avec des populations qui ont été reconnues comme des pauvres. Les plans de

TABLEAU 2:

Répondre aux mythes, perceptions, objections et craintes à propos des préservatifs masculins et féminins.

Préoccupation du client ou de la cliente		Que dire
Les préservatifs sont uniquement pour les professionnelles du sexe ou les débauchés.		Tout le monde utilise les préservatifs actuellement, y compris les couples mariés car c'est un moyen simple de se protéger contre les grossesses et les maladies. Le VIH et le IST sont tellement répandus maintenant que tout le monde est exposé au risque.
Le fait d'utiliser un préservatif signifie que je n'aime pas et que je ne fais pas confiance à ma partenaire ou à mon partenaire.		Si vous vous souciez vraiment de votre partenaire, vous souhaitez protéger sa santé en utilisant des préservatifs.
Je sais que mon partenaire ou que ma partenaire n'est pas infecté(e) par le VIH ou d'autres maladies.		La plupart des gens n'ont pas de symptômes lorsqu'ils contractent le VIH. Aucun signe ne vient montrer qu'ils sont infectés et peut-être ne le savent-ils pas eux-mêmes. Tout le monde peut être infecté par le virus et le transmettre à d'autres.
Si j'utilise un préservatif, les gens penseront que j'ai le SIDA		La plupart des gens qui utilisent des préservatifs n'ont pas le SIDA ou ne sont pas infectés par le VIH – c'est justement parce qu'ils utilisent des préservatifs qu'ils sont protégés.
Je n'ai pas les moyens d'acheter des préservatifs.		Les préservatifs ne coûtent pas plus chers que d'autres produits de tous les jours, comme le savon ou la bière. Le centre de santé les distribue même gratuitement.
Je suis trop gêné(e) pour acheter des préservatifs		Les vendeurs ont l'habitude qu'on leur demande des préservatifs et n'y penseront pas à deux fois. Aller avec un ami la première fois si vous êtes mal à l'aise. Parfois, on peut également obtenir des préservatifs d'une machine automatique.

Source: Adapté de l'UNFPA, OMS et PATH 2005

financement de la santé qui utilisent les subventions du gouvernement pour la santé des pauvres font également toute la différence. Il peut s'agir de plans d'assurance, de plans de prépaiement et de tarifs dégressifs avec exonération. Ainsi, on fait payer celui qui a les moyens et on aide le pauvre (Carr 2004, Waters 2004) (voir section sur « Baisser les barrières économiques, » page 59). Une autre solution encore consiste à responsabiliser les clients et les communautés pauvres pour qu'ils demandent de meilleurs services et influencent la gestion de la prestation de services, bien qu'on ne connaisse pas vraiment l'efficacité de cette stratégie (Banque mondiale 2003).

Au service des adolescents

Les adolescents ont un réel besoin d'informations et de services en santé de la reproduction et en planification familiale (UNFPA 2003; OMS, UNFPA et UNICEF

1999). Les adolescents sexuellement actifs ont tendance à avoir de nombreuses relations temporaires. Ils n'utilisent des contraceptifs qu'irrégulièrement et sont mal informés sur les moyens qu'ils peuvent utiliser pour se protéger contre la grossesse et les IST, y compris le VIH/SIDA. La pauvreté et les rôles confiés aux deux genres rendent

également les adolescentes vulnérables aux avances que leur font des hommes plus âgés dans certains pays. Une fois enceintes, les adolescentes courent davantage de risques que les femmes adultes de souffrir de complications pendant la grossesse et l'accouchement et d'avoir recours à l'avortement à risques.

Et pourtant, nombreuses sont les sociétés qui désapprouvent les relations sexuelles avant le mariage et qui pensent qu'il n'est pas approprié d'offrir des soins de santé de la reproduction aux jeunes. Aussi, parents, éducateurs et prestataires de soins de santé hésitent souvent à donner aux jeunes l'information et les services dont ils ont besoin. Les lois et les politiques limitent également l'accès des adolescents aux services puisque les services de planification familiale souvent ne sont fournis qu'aux adolescents mariés (Senderowitz 1999). Même lorsque les services sont disponibles, les jeunes hésiteront à se rendre dans les centres de santé, craignant qu'on ne respecte pas leur confidentialité ou encore parce que ni l'emplacement ni les heures ne sont pratiques pour eux, que les coûts sont élevés et que souvent, on ne trouve qu'un choix limité de contraceptifs. Ce qu'ils craignent plus encore, ce sont les attitudes négatives et les jugements des prestataires (Senderowitz 1999, Moya 2002).

Un plaidoyer continu et diversifié est nécessaire pour assurer aux adoles-

EXEMPLE DE PROGRAMME :

Utiliser la communication pour le changement de comportement pour lutter contre le VIH/SIDA en Zambie

Le programme HEART (s'entraider pour agir tous de manière responsable) utilise la communication pour le changement de comportement afin de modeler les normes communautaires et sociétales sur la prévention du VIH/SIDA en Zambie. HEART demande des conseils à des dizaines de jeunes qui forment une sorte de groupe consultatif pour s'assurer que les jeunes trouveront les messages intéressants et convaincants. Dans sa troisième phase, HEART a diffusé des messages différents pour les garçons et les filles, ainsi que pour les groupes sexuellement actifs et ceux qui ne le sont pas. Des groupes focus et des entretiens approfondis ont permis de juger si les concepts des messages étaient intéressants et compréhensibles avant la production des spots télévisés.

Les spots télévisés recommandaient aux garçons de remettre à plus tard les premières relations sexuelles et montraient aux filles le danger qu'il y a à fréquenter des hommes plus âgés et à accepter des cadeaux en échange de relations sexuelles. Ils contrecarraient également la notion selon laquelle on peut dire si quelqu'un a le SIDA d'après son apparence et recommandaient vivement l'utilisation régulière du préservatif en présentant une marque locale. La plupart des jeunes dans les zones urbaines ont pris connaissance des spots les encourageant à s'abstenir ou à utiliser des préservatifs. HEART a mis au point des messages radiophoniques faisant écho aux spots télévisés, dans cinq langues régionales, pour étendre les messages aux zones rurales.

Source: JHU CCP 2004

cents un accès facile au counseling en santé de la reproduction et méthodes abordables de planification familiale. Ceux qui aident les adolescents doivent faire connaître les droits des jeunes à l'information et aux services de santé de la reproduction et de planification familiale. Ils défendront et revendiqueront des changements aux niveaux des politiques et des réglementations et chercheront à obtenir un financement pour les programmes de santé de la reproduction et de planification familiale destinés aux adolescents (FOCUS on Young Adults 2001).

Pour leur part, les responsables des programmes doivent se donner de nouvelles approches pour sensibiliser les jeunes et leur apporter des messages encourageant l'abstinence, des relations sexuelles à un âge plus avancé et un nombre moindre de partenaires, ainsi que pour leur apporter informations et services en planification familiale (UNFPA 2003; OMS, UNFPA et UNICEF 1999). Déployant bien des efforts pour attirer les jeunes, un grand nombre de programmes ont modifié leurs centres de santé et leur ont donné une allure « de services amis-des-jeunes » (voir encadré, page 46, pour des conseils sur la manière de concevoir des services amis-des-jeunes). D'autres programmes se rendent dans les endroits où les jeunes apprennent, travaillent et se rencontrent pour leur apporter informations et services. Il existe bien des stratégies réussies pour atteindre les jeunes : enseigner la santé de la reproduction dans les écoles ; distribuer des préservatifs dans le cadre des programmes de marketing social ; utiliser les mass media, surtout les formules de divertissement ; faire passer le bon message ; organiser des permanences téléphoniques pour des conseils anonymes ; former des éducateurs-pairs pour qu'ils parlent aux jeunes dans la communauté ou sur les lieux du travail ; et fournir des soins de santé de la reproduction dans des centres polyvalents pour les jeunes (FOCUS on Young Adults 2001, Senderowitz 1999).

Le responsable d'un programme doit pourtant se rappeler que les circonstances et besoins des jeunes varient lorsqu'il met sur pied un programme de planification familiale et de santé de la reproduction pour les jeunes. En effet, certains sont célibataires alors que d'autres sont des nouveaux mariés, certains fréquentent l'école et d'autres ont déjà un travail et d'autres encore vivent dans la rue. Aussi, les stratégies de sensibilisation de ces jeunes vont-elles grandement varier. Les messages qui encouragent l'abstinence ou des relations sexuelles remises à un âge plus avancé doivent être adressés aux jeunes qui ne sont pas encore sexuellement actifs, alors que les messages sur la réduction du nombre de partenaires et la contraception sont plus appropriés pour ceux qui ont déjà des rapports sexuels. Les adolescents non mariés auront le plus besoin de planification familiale et les messages traitant de la prévention de la grossesse seront probablement plus efficaces pour certains, surtout pour les jeunes filles, que les messages sur la prévention du VIH/IST.

Quelle que soit l'approche pour laquelle ils opteront, les responsables doivent toujours engager les jeunes dans la conception et la fourniture de services car seul ainsi, vérifieront-ils que ces services attirent les adolescents et leur conviennent. Ils doivent également aborder des questions revêtant une importance spéciale pour les jeunes, notamment la puberté et les sorties amoureuses, les aptitudes nécessaires pour dire non

à des rapports sexuels et utiliser un préservatif, et les rôles et stéréotypes qui empêchent les filles d'avoir un contrôle sur les relations sexuelles et qui influencent les notions que se font les garçons de la virilité. Les programmes pour les adolescents seront surtout efficaces s'ils font appel à de multiples approches, par exemple, en combinant les mass media, la mobilisation communautaire et le counseling personnel (FOCUS on Young Adults 2001, FHI 2000). Le projet Youth.now en Jamaïque est symbolique de ce type d'approche polyvalente élargissant l'accès des adolescents aux services de santé de la reproduction (voir encadré, page 47).

Les soins de santé de la reproduction pour les réfugiés

Nul doute que les réfugiés ont le même droit aux services de planification familiale que les autres gens et pourtant, leur situation risque d'influencer leur besoin et leur souhait pour ces services. La demande pour une planification familiale chez ces groupes dépend partiellement des niveaux d'utilisation de la contraception dans leur pays d'origine, puisque les utilisateurs actuels souhaiteront peut-être continuer leur méthode. Les circonstances présentes pèsent également de tout leur poids. Les réfugiés ne voudront peut-être pas d'enfant tant que leur situation ne s'est pas stabilisée. Un niveau élevé de violence sexuelle augmentera le besoin pour la contraception d'urgence et les services de planification familiale après avortement, ainsi que pour la prophylaxie post-exposition au VIH dans des contextes où les taux de prévalence du VIH sont élevés (OMS et UNHCR 2005). Ces dix dernières années, les organismes humanitaires ont nettement amélioré les services de santé de la reproduction et de planification familiale dispensés aux réfugiés, bien que subsistent des lacunes (Ramchandran et Gardner 2005). En effet, les réfugiés qui vivent dans des camps ont bien plus de mal à recevoir les services dont ils ont besoin que les familles déplacées qui vivent au sein de la communauté.

Les responsables des soins de santé de la reproduction dans les contextes de réfugiés se trouvent souvent dans une situation difficile, à commencer par le manque d'information sur les besoins de la population. Il devient capital de faire une évaluation approfondie des besoins car les situations et les populations de réfugiés varient énormément. Il est important d'étudier les connaissances et attitudes des réfugiés face à la contraception, la prévalence contraceptive dans leur pays d'origine, ainsi que la disponibilité des fournitures contraceptives dans le pays (OMS, UNFPA et UNHCR 1999).

Pénuries de personnel qualifié et ruptures de stock sont choses courantes. Les responsables devront commencer par recruter des prestataires qui ont de l'expérience dans les rangs de la population réfugiée et ensuite, former d'autres réfugiés en matière de méthodes contraceptives et counseling contraceptif (OMS, UNFPA et UNHCR 1999). Un petit assortiment de méthodes contraceptives pourrait être mis à la disposition des réfugiés dès le début d'une urgence complexe (Krause et al. 2000; OMS, UNFPA et UNHCR 1999). Lors de la phase initiale d'une urgence complexe, les responsables peuvent commander des trousse de produits de santé de la reproduction

auprès de l'UNFPA. Par la suite, alors que la situation se stabilise, on pourra élargir la gamme des méthodes et l'intégrer à d'autres soins de santé de la reproduction. Les responsables devront également mettre en place un système logistique pour assurer un approvisionnement constant de contraceptifs et baser les premières prévisions sur les données du pays d'origine (Dixon 1999; OMS, UNFPA et UNICEF 1999). D'autres défis devront être relevés : financement de courte durée et irrégulier, difficulté à maintenir la confidentialité dans un camp très peuplé et conflits entre les protocoles de planification familiale du pays d'origine et ceux du pays hôte (Krause et al. 2000).

Engager les hommes

Par le passé, les programmes de santé de la reproduction et de planification familiale se sont surtout attachés aux clientes de sexe féminin et ont conçu leurs services en fonction de ces dernières. Aussi les hommes qui, de toute manière, hésitent à consulter les services de santé, se sentent-ils très mal à l'aise et pas du tout les bienvenus dans les services de planification familiale et de santé de la reproduction. Nombreuses sont les barrières qui ont été érigées : heures d'ouverture et emplacements peu pratiques, manque de personnel masculin, disponibilité limitée des méthodes masculines, préjugés à l'égard des méthodes masculines et attitudes défavorables des prestataires à l'égard des hommes (Wells 1997).

Et pourtant, on ne saurait assurer la santé sexuelle et reproductive des femmes et atteindre le but encore plus vaste de l'équité entre les genres sans engager les hommes—qui détiennent le pouvoir social et économique dans la plupart des communautés et familles (UNFPA 2005b). Il est important d'engager les hommes pour élargir la gamme des options contraceptives disponibles pour un couple, augmenter l'adoption et la continuation de la contraception et aider à prévenir le VIH/IST (Wells 1997). Une des approches consiste à voir les hommes comme des clients et à rendre les soins de santé de la reproduction plus accessibles et plus attrayants pour les hommes. Aussi, les programmes de planification familiale pourraient-ils essayer d'attirer les clients masculins en ouvrant des centres ou services uniquement pour les hommes ou en apportant informations et produits dans les endroits où les hommes se réunissent, notamment les lieux de travail, les bars et lors des événements sportifs (Cohen et Burger 2003). C'est l'approche qu'a utilisée la Guinée (voir encadré, page 48). Une seconde approche consiste à voir les hommes comme des partenaires et à encourager hommes et femmes à discuter de la contraception et autres questions de santé de la reproduction, puis à prendre ensemble les décisions en ce domaine (UNFPA 2005b). Cette approche a pour avantage d'engager les hommes à soutenir l'utilisation de méthodes féminines. Une troisième approche voit les hommes comme des agents du changement positif et cherche à transformer les relations entre les deux genres en remettant en question les attitudes et les valeurs des hommes à l'égard du genre (UNFPA 2005b). (Voir encadré, page 49, pour des conseils qui intègrent les trois approches.)

Outre ces approches, les programmes de planification familiale pourront offrir informations et services aux hommes qui leur permettent de soutenir davantage leur

femme pendant la grossesse. Les programmes peuvent apprendre aux hommes quels sont les besoins nutritionnels pendant la grossesse, à reconnaître un travail comportant des risques et, le cas échéant, à arranger les moyens de transport. De plus, les programmes de planification familiale aideront les hommes à mieux comprendre certaines interventions de santé de la famille en général, par exemple, la vaccination des enfants.

Peu importe l'approche qu'ils utiliseront, les responsables des programmes doivent s'assurer que l'engagement des hommes dans la planification familiale n'aura pas un impact négatif sur les femmes. Les programmes qui ajoutent des services pour les hommes doivent faire attention que les nouvelles activités ne prennent pas sur les services pour les femmes, n'enlèvent pas de leur autonomie ou ne renforcent pas sans le vouloir des normes et valeurs inéquitables entre les genres. De fait, les programmes de santé de la reproduction pour les hommes devraient reconnaître explicitement les déséquilibres de pouvoir entre les deux sexes et faire tous les efforts en vue de les redresser (UNFPA 2004, UNFPA 2005b).

Créer la demande

Communication pour le changement de comportement

Un grand nombre de personnes ne connaissent pas les avantages économiques de la planification familiale ou les bénéfices pour la santé et, par conséquent, elles ne cherchent pas à obtenir des informations et des services. D'autres qui souhaitent éviter une

autre naissance ou la remettre à plus tard ne consultent pas les services de planification familiale car ils ne savent pas quelles sont les méthodes disponibles ni où ils peuvent les obtenir. D'autres encore sont découragés parce qu'ils pensent—à tort ou à raison—que leur partenaire, la famille, la communauté ou la religion est opposée à la planification familiale. De plus, certains risquent de se préoccuper des éventuels effets secondaires des méthodes contraceptives ou mythes entourant leur utilisation (voir Tableau 2, page 51, pour une vue générale de certains mythes sur les préservatifs masculins et féminins).

La communication pour le changement de comportement (CCC) est l'arme indiquée pour lever ces barrières, créer ou augmenter la demande pour la planification familiale et ren-

Supports de communication, matériel et approches pour le changement de comportement

- Matériel d'éducation du clients, par exemple dépliants et boîtes à images.
- Communication interpersonnelle, counseling individuel, éducation par les pairs et permanences téléphoniques.
- Activités de mobilisation communautaire, par exemple causeries de groupe et sketches.
- Mass médias, par exemple radio, télévision, journaux, musique populaire et pancartes.
- Médias traditionnels ou folkloriques, par exemple, jeux de marionnettes, proverbes et poésie.
- Événements spéciaux, par exemple, événement sportif, concerts, parades et foires.

forcer les valeurs, normes et actions positives. La CCC est une stratégie polyvalente encourageant l'individu et la communauté à adopter de nouveaux comportements de santé. Une CCC efficace reconnaît que le changement de comportement s'inscrit tout le long d'un processus et que l'individu passe par une série d'étapes avant d'adopter une nouvelle croyance ou pratique. L'individu doit d'abord prendre connaissance d'une pratique, décider s'il l'approuve et a l'intention de l'adopter avant de passer à l'action et de changer son comportement (Murphy 2005, Piotrow et al. 1997). Pour provoquer ce changement de comportement, des campagnes de CCC bien ficelées stimulent une réflexion critique sur des domaines sensibles, ouvrent le dialogue sur des sujets tabous, encourage le partage d'expériences et des solutions, créent un sentiment d'appartenance, sensibilisent davantage et renforcent les connaissances. Dans le contexte de la santé de la reproduction, la CCC peut avoir les résultats suivants :

- Meilleure connaissance des droits de la reproduction, dont le droit de décider librement du nombre et de l'espacement des naissances et droit à l'information et aux services contraceptifs.
- Connaissance accrue des méthodes contraceptives, notamment les méthodes disponibles, leur innocuité et leur efficacité.
- Connaissance accrue des endroits où l'on peut obtenir des méthodes contraceptives.
- Attitudes et normes sociétales plus favorables à l'égard de la planification familiale.
- Discussion de la planification familiale avec des partenaires, la famille et les amis.
- Renforcement de la communication et de la prise de décisions en matière de contraception chez les couples.
- Prise de décisions conjointes des couples concernant la planification familiale.
- Volonté à consulter un prestataire de planification familiale ou à acheter des préservatifs.
- Réduction dans le nombre d'enfants que souhaite avoir un couple.
- Renforcement du comportement de consultation des services de santé, d'où utilisation accrue de la contraception et intention d'utiliser la contraception à l'avenir.

Toute une panoplie de facteurs influencent le résultat d'une intervention de CCC. En effet, la personne doit penser que le changement comportemental est souhaitable ; la communauté doit soutenir les nouvelles normes ou les nouveaux comportements ; les personnes doivent avoir les compétences et la confiance nécessaires pour changer leur comportement ; et les politiques et infrastructure du programme doivent faciliter le changement de comportement souhaité. L'efficacité de la CCC dépend de l'engagement et du sentiment d'appartenance chez les bénéficiaires car seules ainsi seront traitées toutes les questions essentielles. C'est l'approche qui a été utilisée par le programme HEART en Zambie (voir encadré, page 52). Parfois, c'est en communiquant une infor-

CONSEILS POUR LES PROGRAMMES :

Pour un impact maximum de la communication pour le changement de comportement.

1. Analyser les éventuels groupes cibles. S'ils se trouvent à différentes étapes du processus de changement de comportement, les segmenter et ensuite utiliser des approches différentes pour chaque segment.
2. Cerner et lever les barrières au changement comportemental.
3. Utiliser des approches engagées et participatives à la communication.
4. Concevoir des messages précis et clairs qui expliquent clairement le comportement qu'il faut changer.
5. Choisir un ensemble de canaux de communication, de médias et d'approches qui permettent d'atteindre le public ciblé de manière rentable.
6. Envisager des formules de divertissements, par exemple, les feuillets et les chansons populaires, pour attirer un public plus vaste et modéliser les attitudes et les comportements souhaités.
7. Faire le pré-test des messages et du matériel avec les membres du groupe ciblé et les revoir en fonction des résultats de ce pré-test.
8. Vérifier la qualité et l'adéquation des messages et du matériel.

Sources: O'Sullivan et al. 2003, Piotrow et al. 1997

mation correcte que l'on répond à un problème, surtout lorsque les conceptions erronées sur l'innocuité des effets secondaires des méthodes spécifiques font peur aux femmes. Dans d'autres cas, il sera plus efficace de démontrer qu'il existe un solide soutien social pour la planification familiale en demandant par exemple à des dirigeants respectés de se déclarer en faveur de la contraception. Devenir le modèle d'un comportement et le mettre ainsi en valeur dans la communauté est une bonne manière de répandre et d'enseigner de nouvelles compétences. En effet, des activités de CCC axées sur le renforcement des compétences montreront comment les femmes peuvent soulever la question de l'emploi des préservatifs avec leur partenaire.

Il est également d'importance critique de choisir des canaux de communication qui font effectivement passer le message auprès du public ciblé. Certaines campagnes de CCC ont réussi à conjurer toute une gamme de médias, matériel et approches dont certains sont mentionnés à l'encadré page 56. Chaque canal de communication renferme ses forces et ses faiblesses. Par exemple, les mass médias permettent d'atteindre un grand nombre de personnes et répètent fréquemment les messages alors que l'approbation d'un dirigeant respecté ou une rencontre

face-à-face avec un éducateur-pair ou une autre personne informée a probablement plus de chance de pousser les gens à passer à l'action (O'Sullivan et al. 2003, Murphy 2005). La stratégie la plus efficace consiste à utiliser de multiples canaux et approches de communication pour étendre la portée de la campagne et renforcer les messages clés. L'accumulation de messages répétés provenant de multiples sources—de préférence de l'intérieur plutôt que de l'extérieur de la communauté—stimule la discussion au sein d'un cercle de personnes qui ira en s'élargissant, montrant à tous que l'utilisation de la contraception devient chose courante et qui arrivera en fin de compte à modifier les

valeurs sociales et le comportement individuel. (Voir encadré, page 58, pour des conseils aidant les responsables à maximiser l'impact de la CCC.)

La CCC doit relever d'un effort constant sinon l'intérêt qu'elle soulève s'estompera rapidement. A cet effet, les programmes doivent mettre au point du matériel et des activités de suivi qui ne renforcent pas simplement les anciens messages mais qui introduisent également de nouveaux thèmes qui feront avancer les gens tout au long du chemin menant vers le changement de comportement (Piotrow et al. 1997). La première vague d'activités de CCC pourra être suivie par d'autres activités qui susciteront le soutien de la communauté pour telle ou telle méthode et qui pousseront les gens à se rendre auprès d'un prestataire pour se renseigner à ce propos. Des activités de communication efficaces et de grande portée peuvent s'avérer onéreuses et les programmes doivent être prêts à investir tout le temps qu'il faut et des ressources considérables pour en assurer la réussite.

Baisser les barrières économiques

Compensations et incitations

C'est souvent à cause du coût que le pauvre attendra avant d'aller consulter les services ou pire ne s'y rendra même pas. Ces coûts englobent non seulement les frais officiels des services et produits contraceptifs mais aussi les coûts pour avoir accès aux services (transports, hébergement et nourriture) et les coûts d'opportunité (coût parce qu'on est loin de chez soi ou manque à gagner parce qu'on ne peut pas aller travailler) et même parfois des dessous de table que sous-tirent certains prestataires (Bitran et Giedion 2003). Ces coûts seront nettement moindres si on remet aux clients des méthodes contraceptives peu chères, efficaces et à effet durable. Ne pas demander des examens médicaux et des tests qui ne sont pas vraiment nécessaires permet également de réduire les coûts et de faciliter l'accès des clients à la contraception.

Les programmes de planification familiale peuvent compenser les gens pour les dépenses qu'ils encourrent, en offrant par exemple des transports gratuits vers un centre où est pratiquée l'insertion du DIU ou encore en les remboursant pour l'argent qu'ils ont perdu parce qu'ils n'ont pas pu se rendre à leur travail (Upadhyay 2001). Une telle compensation baisse les barrières entravant l'accès, élargit le choix individuel et augmente la demande pour la planification familiale. Par ailleurs, la pratique est entachée de questions éthiques sachant que des incitations allant de la nourriture à des préférences de logement ont souvent été utilisés pour atteindre des objectifs et quotas fixés par le gouvernement pour des méthodes contraceptives permanentes et à long terme. Des incitations de ce genre vont à l'encontre du choix informé et ont été rejetés fermement par le Programme d'action de la CIPD au même titre que les objectifs démographiques.

Les responsables et les prestataires doivent faire attention à ne pas outrepasser la limite pourtant bien subtile entre compenser des dépenses et encourager sans en avoir l'air un client à accepter une procédure ou méthode qu'il ou elle n'aurait pas choisi autrement. La même prudence est de rigueur pour les incitations à l'attention aux

Exonération de paiements pour offrir les services gratuits: caractéristiques d'un système équitable et efficace

- Conception et mise en oeuvre attentive
- Financement adéquat, y compris compensation des recettes que peuvent perdre les prestataires suite à ces exonérations.
- Définitions bien claires indiquant qui est pauvre et qui ne l'est pas.
- Directives écrites, critères de recevabilité et formation pour aider le personnel à comprendre comment fonctionne le système de dérogations et déterminer quels sont les ayant droits.
- Réajustement périodique des tarifs et niveaux de revenus donnant droit à l'exonération pour tenir compte de l'inflation et d'autres changements économiques.
- Faire connaître le système pour que le pauvre connaisse les exonérations et soit encouragé à les demander.

Source: Bitran et Giedion 2003

agents de santé et formations sanitaires. Souvent les réformes du secteur de la santé s'accompagnent d'incitations—éducation, avancement de carrière et horaires souples—motivant les agents de santé à améliorer leur performance. Souvent sont récompensés ainsi des établissements qui ont obtenu de bons résultats dans leur effort d'accroître la qualité. Les responsables doivent pourtant faire attention à ce que de telles incitations ne se mettent pas en travers du libre choix des clients car elles risquent de mettre en avant telle ou telle méthode contraceptive.

Certains pays de l'Amérique latine ont mis à l'épreuve une approche plus générale aux compensations et incitations qui ne soulèvent pas de telles questions éthiques. Des programmes de versement conditionnel effectuent des paiements directs aux familles si elles utilisent des services de santé préventive et autre (Palmer et al. 2004). Par exemple, le programme de santé, nutrition et éducation du Mexique, connu sous le sigle espagnol de PROGRESA,

fait des versements mensuels aux ménages pauvres si les membres de la famille consultent régulièrement les services de santé pour des bilans et surtout pour les soins prénatals pour les femmes et le suivi de la croissance pour des jeunes enfants ou encore si les enfants fréquentent l'école. PROGRESA qui dessert environ un cinquième de la population du Mexique a réussi à faire reculer les niveaux de pauvreté, à améliorer les indicateurs de santé et à augmenter les taux de fréquentation scolaire (Coady et al. 2005).

Services payants/paiements de l'utilisateur

Dans le sillon des réformes du secteur de la santé, certains programmes de planification familiale ont introduit le paiement en contrepartie du service (Dmytraczenko et al. 2003). Si les recettes supplémentaires provenant de ces paiements de l'utilisateur sont réinvesties dans le système de santé, elles peuvent servir à améliorer la qualité des soins et à élargir l'accès aux services, réduisant ainsi la dépendance vis-à-vis du bailleur de fonds de l'extérieur et augmentant la viabilité financière du programme. Les paiements demandés aux clients de groupes économiques intermédiaires servent également

à subventionner les services pour le pauvre (Janowitz et al. 1999, Langer et al. 2000). Par ailleurs, la formule a eu des résultats mitigés : parfois elle a rapporté nettement moins de recettes qu'on avait espéré et elle a obéré la capacité administrative du système de santé et a sapé les efforts faits pour rationaliser l'utilisation des services et encourager le prestataire à offrir des soins de bonne qualité (Nolan et Turbat 1995).

L'introduction ou l'augmentation du paiement a souvent pour effet de ralentir la demande de services (Palmer et al.2004). Nombreux sont les facteurs qui entrent en jeu et qui pèsent sur la capacité et la volonté de payer pour des services de planification familiale : situation économique, barème de paiement et types de contraceptif pour lesquels il faut payer (Janowitz et al. 1999, Lande et Geller 1991). Lorsqu'ils décident le niveau de paiement, les responsables doivent envisager aussi bien le coût effectif de la prestation d'un service que la capacité de payer du client. De nombreux programmes soupèsent le barème de paiement proposé par rapport à d'autres dépenses courantes du ménage, par exemple transport en bus ou encre prix de la limonade. Le responsable devra se préoccuper de tout coût qui érige une barrière économique pour le pauvre—surtout pour les femmes qui risquent d'avoir moins de contrôle sur les ressources du ménage que les hommes (Langer et al.2000, Maceira 2005b, Janowitz et al.1999). Le pauvre aura moins de recours : s'il doit payer pour la planification familiale, il lui faudra prendre sur d'autres dépenses essentielles, par exemple celles pour la nourriture et il risque donc de passer de méthodes modernes à des méthodes traditionnelles moins efficaces ou encore cessera d'utiliser la contraception. C'est en raison du souci des conséquences négatives qu'entraînent ne serait-ce qu'un modeste paiement sur l'accès pour les groupes pauvres et vulnérables que le Projet du Millénaire des Nations Unies recommande d'éliminer le paiement des soins de base et de l'éducation fondamentale (Projet du Millénaire des Nations Unies 2005a.)

Assurance-maladie

Les programmes d'assurance-maladie prennent en charge une partie du paiement des clients et ainsi le système de santé continue à toucher des recettes (Eckman 2004, Palmer et al.2004). L'assurance sociale est un système d'envergure nationale qui fonctionne avec les versements obligatoires des employeurs et des employés par le biais des prélèvements sur les salaires et qui couvre généralement ceux qui travaillent dans le secteur formel. Par contre, l'assurance-maladie à base communautaire (connue sous le nom de micro-assurance ou plan de prépaiement) est de nature locale et chacun peut y adhérer volontairement. Les deux types d'assurance permettent aux gens d'étaler les paiements des soins de santé en versement progressif, protègent les familles contre des frais imprévus en cas de graves accidents et partagent les risques entre tout un ensemble de personnes et ainsi celui qui jouit d'une bonne santé aide à subventionner les dépenses du malade (Bennett et Gilson 2001, Maceira 2005b).

La plupart des systèmes d'assurance sociale excluent les pauvres car ils ne travaillent pas dans le secteur formel. Certains pays pourtant comme la Thaïlande, la Colombie et Costa Rica ont étendu leur couverture d'assurance-maladie aux employés du secteur

CONSEILS POUR LES PROGRAMMES :

Augmenter le coût-efficacité des services.

1. Attirer davantage de clients vers les centres de santé pour que le personnel, l'équipement et les locaux travaillent à pleine capacité avec moins de frais généraux.
2. Augmenter le temps que les prestataires passent avec les clients en éliminant les tâches non essentielles.
3. Passer à des stratégies de prestation moins chères, par exemple en passant des services communautaires qui demandent beaucoup de temps aux services cliniques.
4. Éliminer les tests, interventions et visites de retour inutiles.
5. Réduire les gaspillages, par exemple en faisant des estimations plus précises de la demande pour les produits ou en simplifiant les systèmes de tenue de dossiers pour éviter de collecter des données inutiles.
6. Organiser plus efficacement le travail, par exemple, en déléguant les tâches aux personnels de niveau intermédiaire ou en confiant au personnel de première ligne l'autorité nécessaire pour prendre les décisions de tous les jours

Sources: FPLM et JSI 2000, Janowitz et al. 1999, Mitchell et al. 1999, Setty 2004

informel et aux pauvres afin d'alléger la charge financière des soins de santé (Ekman 2004, Palmer et al.2004).

Les plans d'assurance-maladie à base communautaire sont une formule bien plus courante. Organisés et gérés par des organisations communautaires telles que les groupements féminins, des formations sanitaires comme les hôpitaux ou encore par le gouvernement, ces plans sont probablement plus équitables car ils couvrent ceux qui travaillent dans le secteur informel, ne demandent que de faibles primes (parfois uniquement 1 ou 2 dollars par an et par personne) et peuvent même accepter des contributions en nature ou sous forme de travail (Hope 2003). Par ailleurs, la plupart de ces plans sont de petite taille (le nombre de bénéficiaires étant le plus souvent moins de 500 et rarement plus de 10 000) et n'ont qu'un impact limité : leurs frais administratifs sont élevés, leur capacité de gestion entravée et ils sont souvent exposés au risque d'insolvabilité financière (Carrin et al.2005). D'un caractère abordable, ces primes ne permettent guère de se constituer un véritable fonds et ces plans doivent donc être subventionnés par le gouvernement ou les bailleurs de fonds. Cette précarité financière limite les avantages et prestations qu'ils peuvent

offrir ou augmentent nettement la part que doivent payer de leur poche leurs membres. (Carrin et al.2005, Hope 2003, Maceira 2005b).

Au Rwanda, les plans d'assurance-maladie à base communautaire ont proliféré depuis 1998 lorsque le Ministère de la Santé a mis sur pied quelques projets pilotes : en 2004, plus de 200 plans desservaient un bon cinquième de la population (Diop et Butera 2005). Une prime annuelle de 7,60\$US pour une famille donne droit à toute une gamme de services préventifs et curatifs et certains soins à l'hôpital de district. Chaque plan fonctionne comme un partenariat entre la communauté et le centre de santé local et fait également partie d'une fédération au niveau district qui offre un

soutien technique et partage les risques entre tout un ensemble de personnes. Grâce à ces plans, les gens se rendent davantage dans les services de santé de la reproduction et vont se faire soigner lorsqu'ils sont malades. Autre formule récente : le micro-financement qui aide les pauvres à payer les primes annuelles et qui subventionnent les soins des groupes pauvres et vulnérables dont les orphelins, les veuves et les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Exonérations et dispenses

Cherchant à protéger le pauvre tout en obtenant quand même des recettes supplémentaires, certains programmes prennent une autre direction et adoptent des systèmes d'exonérations et dérogations qui réduisent ou éliminent les paiements de l'utilisateur et les primes d'assurance pour le pauvre. Les programmes qui font payer l'utilisateur ont essayé maintes approches pour identifier les clients ayant droit aux exonérations, que ce soit l'inventaire de leurs biens ou revenus, l'identification à base communautaire de la part d'un dirigeant local ou encore l'utilisation de données d'enquêtes nationales (Maceira 2005b). En Equateur, une ONG appelée CEMOPLAF a essayé une approche plus simple : demander moins pour les services de santé de la reproduction dans les dispensaires et centres de santé des régions pauvres sans essayer d'évaluer la capacité de payer des personnes (Sine et Sharma 2002). Généralement, les plans d'assurance-maladie à base communautaire fixent un taux uniforme pour tous les membres et les pauvres ont donc plus de mal à venir se joindre (Carrin et al. 2005, Ekman 2004). Le plan Gonosasthya Kendra au Bangladesh fait pourtant exception à la règle puisqu'il a instauré quatre niveaux de prime. Les membres dans le groupe socioéconomique le plus faible payent quand même un dixième de ce que payent les membres dans le groupe le plus élevé mais la couverture reste abordable pour tous (Carrin et al. 2005).

La mise en place d'un système d'exonérations juste et efficace qui couvre le pauvre sans dévier des subventions vers ceux qui sont en mesure de payer s'est avérée chose bien délicate et difficile (Nolan et Turbat 1995). L'encadré à la page 60 ébauche les grands traits d'un système efficace d'exonérations. Souvent, les prestataires accordent ces dispenses un peu au hasard de manière subjective et les pauvres souvent ne demandent pas qu'on les dispense de payer—par une sorte de honte d'être pauvre ou parce qu'ils ne savent même pas que ces dérogations existent (Bitran et Giedion 2003, Janowitz et al. 1999, Lande et Geller 1991). Par exemple, au Bangladesh, le personnel n'a pas accordé ces exonérations ouvertement et systématiquement de peur qu'on lui reproche de ne pas toujours être juste et craignant qu'il devienne de plus en plus difficile de faire payer les prix affichés pour la majorité des clients. Aussi, aux yeux de ces derniers, les exonérations sont souvent une sorte de faveur personnelle. Si l'argent provenant des services payants reste dans l'établissement, par exemple pour payer l'équipement ou donner des primes au personnel pour améliorer la qualité des soins, les prestataires se trouveront devant un conflit d'intérêt (Maceira 2005b). Autant de raisons faisant qu'il vaut mieux concevoir un système pour déterminer qui est en droit de recevoir une exonération avant que les gens ne consultent l'établissement.

Viabilité

Autosuffisance

Baisse des coûts

C'est chose de plus en plus difficile de donner une assise financière durable aux services de planification familiale au vu du nombre croissant d'utilisateurs et de la compétitivité exercée par d'autres programmes de santé et de développement pour l'obtention de modiques ressources. Le coût-efficacité des services est une voie menant à la viabilité financière. Les responsables doivent apprendre à utiliser des outils d'analyse des coûts-recettes pour comprendre la part que jouent la composition du personnel, la combinaison

de services et l'approvisionnement dans le coût de la prestation des services. Une fois armés des résultats de l'analyse des coûts et recettes, ils pourront se donner les stratégies nécessaires de réduction de coûts et/ou augmentation des recettes. (Voir encadré, page 62 pour des conseils sur les divers changements susceptibles d'augmenter le coût-efficacité des services). Par ailleurs, les responsables doivent également avancer avec circonspection lorsqu'ils font des changements pour ne pas éroder la qualité ou réduire l'accès aux services.

EXEMPLE DE PROGRAMME :

Franchisage social au Pakistan

Le réseau de franchisage Green Star au Pakistan recrute des médecins dans les zones pauvres pour ajouter la planification familiale à leur pratique médicale. Les médecins conviennent de suivre des protocoles stricts en échange de formation, de matériel d'appui et du droit d'utiliser le nom de Green Star. Le réseau compte des pharmaciens et des « visiteuses de la santé » qui dispensent des soins de santé aux habitants des quartiers urbains les plus pauvres. Tous doivent suivre un stage de formation qui va d'une demie journée pour les pharmaciens à 40 heures pour les femmes médecins concernant l'insertion du DIU.

Les campagnes publicitaires, les promotions et les relations publiques ont fait connaître la marque Green Star comme le symbole de la planification familiale de bonne qualité à des prix abordables. Depuis son lancement en 1995, le réseau Green Star a ajouté des services de planification familiale à plus de 11 000 points de services privés dans 40 zones urbaines au Pakistan. Ensemble, ils servent 7,5 millions de clients de la planification par an, dont 74% appartiennent à des groupes à faibles revenus. Les efforts de Green Star ont contribué à la hausse de la prévalence contraceptive au Pakistan qui est passée de 17% en 1997 à 23 % en 2000.

Source: McBride et Ahmed 2001

Augmenter la qualité

Une meilleure qualité est un atout pour la viabilité puisqu'elle attire plus de clients et partant plus de recettes. Les clients iront tout naturellement vers des programmes qui ont la réputation d'offrir de bons services. Et si les programmes savent compter sur un plus grand nombre de clients, ils pourront répartir les coûts fixes sur un plus grand nombre de personnes, réduisant ainsi les frais par client. Cela signifie également moins de gaspillage par ailleurs dans les établissements affairés puisque ni le personnel ni l'équipement restent inactifs. Un établissement qui a la réputation de prodiguer de bons

soins pourra obtenir plus de recettes car les clients sont davantage prêts à payer plus pour des services dont ils ont entendu dire qu'ils étaient de bonne qualité. Le bailleur de fonds lui aussi sera davantage enclin à apporter son soutien s'il voit des services de bonne qualité et une clientèle large et enthousiaste (Kols et Sherman 1998).

Partenariats avec le secteur privé

La participation du secteur privé permettra d'augmenter la disponibilité des services et produits de planification familiale tant demandés. On pourra collaborer avec des employeurs privés pour fournir des services de planification familiale sur les lieux du travail. La participation du secteur privé permettra également d'envoyer les clients qui ont les moyens de payer dans les cliniques privées et ainsi les établissements publics pourront garder les ressources publiques pour les pauvres. Nombreux sont les clients qui viennent consulter des prestataires privés et qui veulent des produits commerciaux pensant que le secteur privé offre des services de meilleure qualité. Il n'en reste pas moins très important de faire un suivi minutieux pour vérifier que les initiatives du secteur privé sont de bonne qualité et respectent les directives nationales, sans profiter des ressources ou du personnel du secteur public et sans biaiser la gamme de méthodes en faveur de celles plus rentables (Doherty 2005).

Marketing social

Une approche souvent utilisée, celle du marketing social, utilise des techniques de marketing social pour vendre des produits comme les préservatifs et les contraceptifs oraux à des prix relativement faibles dans les points de ventes locaux. Les programmes subventionnés de marketing social gérés par des ONG arrivent mieux à atteindre les groupes à faibles revenus mais par contre, les programmes administrés par des fabricants attirent les clients à revenus intermédiaires et se maintiennent mieux dans le temps (Armand 2003, Sharma et Dayaratna 2004).

Des programmes réussis de marketing social ont moult avantages (PSI 2003) :

- Conditionnement attirant de produits de marque, promotion dynamique des produits.
- Mise sur pied de campagnes de CCC pour encourager les gens à adopter des pratiques sanitaires positives, notamment utilisation de contraceptifs.
- Barème de prix à un niveau abordable pour les consommateurs à faibles revenus.
- Représentants qui démarchent les points de vente.
- Accès élargi et ventes accrues grâce à la distribution de produits dans des points de vente non traditionnels, par exemple les kiosques de marché, les bars, les magasins d'alcool, les nightclubs, les hôtels et les stations d'essence.

Franchisage social

Ces réseaux de franchisage social rendent davantage disponibles des soins de santé de la reproduction de bonne qualité puisqu'ils recrutent, forment et équippent les médecins et les infirmiers dans les cabinets privés pour qu'ils offrent des services standardisés sous un nom de marque (Smith 2002). Certains réseaux subventionnent également le coût des services pour les pauvres. Le réseau Green Star au Pakistan est un bon exemple montrant comment le franchisage social permet d'élargir l'accès aux services dans des communautés peu desservies (voir encadré, page 64).

Des programmes réussis de franchisage social ont les caractéristiques suivantes (La Vake 2003, McBride et Ahmed 2001) :

- Délimitation des rôles et des responsabilités du franchiseur et du franchisé aux termes d'un contrat commercial.
- Dépistage des demandeurs afin d'accepter uniquement ceux qui s'engagent à respecter le concept de la franchise et qui ont toutes les chances de réussir.
- Assurer la qualité des services en fixant des normes strictes, en apportant une formation aux franchisés et en faisant des visites fréquentes aux prestataires pour leur apporter le soutien et le suivi nécessaires.
- Promouvoir, positionner et prêter le service ou fournir le produit en exploitant le nom de marque en utilisant logos, pancartes, publicité par les mass médias et activités communautaires faisant participer les franchisés.
- Utiliser des techniques d'achat centralisé pour maintenir au minimum les coûts.
- Utiliser des incitations non économiques—cérémonies de reconnaissance—pour motiver les prestataires, outre les récompenses et avantages économiques découlant de la participation au réseau.

Pharmacies

Les pharmacies sont bien placées pour offrir des informations ou des produits de planification familiale ou pour orienter les clients vers les services nécessaires. De nombreuses personnes préfèrent les pharmacies aux centres de santé parce que leur emplacement et les heures d'ouverture sont plus pratiques, qu'il n'y a ni attente ni honoraires et que le personnel est davantage abordable (Beitz 2004, OMS et FIP 1997). Par ailleurs, rares sont les vendeurs qui sont des pharmaciens formés et même ces derniers n'ont pas toujours les connaissances requises en santé de la reproduction.

Les programmes peuvent prendre diverses mesures pour encourager les pharmacies à offrir aux clients des informations exactes et à jour sur la planification familiale (Kobilke 2002, Beitz 2004) :

- Obtenir le soutien des associations professionnelles de pharmacies.
- Former les préparateurs en pharmacie et les pharmaciens pour qu'ils acquièrent les compétences techniques et aptitudes aux conseils.

- Mettre en place un réseau d'orientation pour les clients qui ont besoin des services cliniques.
- Mettre sur pied des campagnes le cas échéant pour obtenir des changements dans les politiques nationales concernant le type de services que les pharmaciens peuvent fournir.
- Utiliser un logo pour que les gens reconnaissent les pharmacies qui offrent des services améliorés de planification familiale.



Conclusion

Les responsables de la santé de la reproduction et de la planification familiale doivent prendre connaissance des nouvelles priorités et politiques dans le développement de leur pays et des pressions internationales qui les animent. Ils doivent également comprendre les défis et les possibilités qui accompagnent la décentralisation, l'intégration et les autres réformes du secteur de la santé. Forts de cette connaissance, ils sauront prendre les mesures nécessaires pour améliorer la qualité, la disponibilité et le coût-efficacité des services de planification familiale, encourageant ainsi un plus grand nombre de couples qui ont besoin de la planification familiale à utiliser une méthode contraceptive moderne.

Il est important que les responsables s'engagent dans la communauté du plaidoyer et soient présents à la table lorsque sont formulées les politiques. Un plaidoyer efficace pour la planification familiale doit être à la page et parler le langage des priorités des politiques actuelles : réduction de la pauvreté, VIH/SIDA et réforme du secteur de la santé. Dans les systèmes décentralisés, le plaidoyer doit être réalisé tant au niveau local qu'au niveau national.

Si l'intégration des services de santé pose le risque d'estomper et de diluer les efforts de planification familiale, elle n'en ouvre pas moins d'autres possibilités. Les responsables envisageront minutieusement si l'intégration de la planification familiale avec d'autres services de santé permet effectivement d'étendre la pratique de la contraception à de nouveaux groupes. A cet effet, l'intégration de la planification familiale aux services du VIH/SIDA est une bonne manière d'atteindre les hommes et les adolescents

qui se rendent rarement dans les centres de planification familiale. Et pourtant, avant d'aller de l'avant, il est impératif d'évaluer la charge supplémentaire qu'imposeront des services intégrés sur le personnel et les systèmes de prestation et de bien soupeser la faisabilité du plan d'intégration.

La réalisation du but lié au choix informé est une manière tant éthique que pratique de vérifier que les clients obtiennent une méthode adéquate et sans risques qu'ils souhaiteront continuer à utiliser. Pour atteindre ce but, les responsables devront renforcer l'efficacité du système d'approvisionnement pour que les clients aient un vaste choix d'options contraceptives. Ils devront également renforcer les compétences de counseling des prestataires et encourager les clients à participer plus activement à une meilleure prise de décisions en matière de contraception.

Une meilleure qualité des soins attire davantage de clients vers les services de planification familiale. Les responsables doivent examiner et renforcer tous les éléments qui soutiennent des soins de bonne qualité dont la supervision, la formation en cours d'emploi, les aides professionnelles et les systèmes de feed-back qui renforcent les compétences des prestataires, les systèmes d'information en gestion sanitaire, le suivi et l'assurance de qualité. L'accès aux services est également important. Les responsables doivent examiner si les modèles actuels de prestation excluent des groupes vulnérables, y compris les pauvres, les réfugiés et les adolescents. Le cas échéant, ils devront se donner de nouvelles approches pour apporter les services à ces groupes difficiles à atteindre.

Les responsables des services de planification familiale peuvent également chercher à augmenter la demande pour leurs services en utilisant la communication pour le changement de comportement pour sensibiliser, renforcer les connaissances, changer les attitudes et motiver les gens à consulter les services. Il est tout aussi important de lever les barrières économiques qui découragent les éventuels clients d'aller consulter les services.

En dernier lieu, les responsables devront chercher à assurer la viabilité financière pour que leurs programmes arrivent à répondre à la demande croissante pour des services de planification familiale et deviennent moins dépendants du financement incertain des bailleurs de fonds et du gouvernement. L'analyse des coûts-recettes les guidera à faire les changements nécessaires, que ce soit au niveau de la composition du personnel ou en forgeant des partenariats avec le secteur privé pour réduire la demande auprès des services publics.

Sigles

AVCI	années de vie corrigées du facteur invalidité
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
TAR	traitement antirétroviral
CCC	communication pour le changement de comportement
EDS	enquête démographique et de santé
DMPA	depot medroxyprogesterone acetate
CU	contraception d'urgence
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
CIPD	Conférence internationale sur la Population et le Développement
DIU	dispositif intra-utérin
SIGL	système d'information en gestion logistique
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
ONG	organisation non gouvernementale
CO	contraceptif oral
SAA	soins après avortement
PTMAE	prévention de la transmission mère-à-enfant
DRSP	Documents de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (PRSP)
SSR	santé sexuelle et reproductive
IST	infection sexuellement transmissible
SWAp	approche sectorielle
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
CDV	conseils et dépistage volontaire
OMS	Organisation mondiale de la Santé

Références

Alvarez-Castillo F. Priority setting in the context of health sector reforms: implications for sexual and reproductive health services [policy brief]. Johannesburg: The Initiative for Sexual & Reproductive Rights in Health Reforms, Women's Health Project, School of Public Health, University of the Witwatersrand; 2005. Available at: www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms/policy.htm.

Armand F. *Social Marketing Models for Product-Based Reproductive Health Programs: A Comparative Analysis*. Washington, DC: USAID/Commercial Market Strategies Project; 2003. Available at: www.psp-one.com/content/resource/detail/971/.

Ashford L. Unmet need for family planning [policy brief]. Washington, DC: MEASURE Communication, Population Reference Bureau; 2003. Available at: www.prb.org/Template.cfm?Section=PRB&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=8212.

Askew I, Berer M. The contribution of sexual and reproductive health services to the fight against HIV/AIDS: a review. *Reproductive Health Matters*. 2003;11(22):51–73.

AVSC International and International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region (IPPF/WHR). *Symposium on Male Participation in Sexual and Reproductive Health: New Paradigms—Report*. New York:

AVSC International and IPPF/WHR; 1999. Available at: www.ippfwhr.org/publications/publication_detail_e.asp?PubID=19.

Basu AM. The Millennium Development Goals minus reproductive health: an unfortunate, but not disastrous omission. *Studies in Family Planning*. 2005;36(2):132–134.

Bates J, Chandani Y, Crowley K, Durgavich J, Rao S. *Implications of Health Sector Reform for Contraceptive Logistics: A Preliminary Assessment for Sub-Saharan Africa*. Arlington, VA: Family Planning Logistics Management/John Snow, Inc.; 2000. Available at: http://portalprd1.jsi.com/pls/portal/docs/page/DEL_CONTENT_PGG/DEL_PUBLICATION_PG1/DEL_POLICY_PAPER_PG1/HSR_synthesispaper2000.pdf.

Beitz J. Increasing access to reproductive health services through pharmacists. *Outlook*. 2004;21(2):1–8. Available at: www.path.org/publications/pub.php?id=931.

Bennett S, Gilson L. *Health Financing: Designing and Implementing Pro-Poor Policies*. London: DFID Health Systems Resource Center; 2001. Available at: www.dfid-healthrc.org/shared/publications/Issues_papers/Health_financing_pro-poor.pdf.

- Berer M. Health sector reforms: implications for sexual and reproductive health services. *Reproductive Health Matters*. 2002;10(20):6–15.
- Berer M. HIV/AIDS, sexual and reproductive health: intersections and implications for national programmes. *Health Policy and Planning*. 2004;19(suppl 1):i62–i70.
- Berer M. Integration of sexual and reproductive health services: a health sector priority. *Reproductive Health Matters*. 2003;11(21):6–15.
- Bernal Verbel LC, Mehta M, Ndong I, Diallo M. Transforming men into clients: men's reproductive health services in Guinea. *Compass*. 2003;2:1–4. Available at: <http://engenderhealth.org/pubs/compass/pdf/03-02.pdf>.
- Bernstein S. The changing discourse on population and development: toward a new political demography. *Studies in Family Planning*. 2005;36(2):127–132.
- Bertrand JT, Hardee K, Magnani RJ, Angle MA. Access, quality of care and medical barriers in family planning programs. *International Family Planning Perspectives*. 1995;21(2):64–69,74.
- Bertrand JT, Sullivan T. Quick Investigation of Quality (QIQ): monitoring quality of care in clinic-based family planning programs. *MEASURE Evaluation Bulletin*. 2000;1:1–3. Available at: www.rhrc.org/resources/general_fieldtools/toolkit/otherResources/PNACN334.pdf.
- Bitran R, Giedion U. *Waivers and Exemptions for Health Services in Developing Countries*. Washington, DC: World Bank; 2003. Social Safety Net Primer Notes, No. 9. Available at: www1.worldbank.org/sp/safetynets/Primers/Notes_HlthServices.pdf.
- Blanc AK, Tsui AO. The dilemma of past success: insiders' views on the future of the international family planning movement. *Studies in Family Planning*. 2005;36(4):263–276.
- Bloom DE, Canning D, Sevilla J. *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*. Santa Monica, CA: RAND; 2003.
- Boonstra H. *The Role of Reproductive Health Providers in Preventing HIV*. Geneva and New York: UNAIDS and the Alan Guttmacher Institute; 2004. Issues in Brief series, No. 5. Available at: www.guttmacher.org/pubs/ib2004no5.pdf.
- Bott S, Calzadilla L, Claramunt MC, Flores M, Medina S. *¡Basta!* 2000; Summer issue:1–12. Available at: www.ippfwhr.org/publications/download/serial_issues/basta-2000summer_e.pdf.
- Brown SF. *Small Successes, Big Ideas—Jamaica's Adolescent Reproductive Health Focus*. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2003. Available at www.prb.org/Template.cfm?Section=PRB&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=8726. Accessed February 22, 2006.
- Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Studies in Family Planning*. 1990;21(2):61–91.
- Canadian International Development Agency (CIDA). *CIDA Primer on Program-Based Approaches*. Gatineau, Quebec: CIDA; 2003.
- Carr D. *Improving the Health of the World's Poorest People*. Washington, DC: Population Reference Bureau, 2004. Health Bulletin, No. 1. Available at: www.phishare.org/files/1530_ImprovingtheHealthWorld.pdf.
- Carrin G, Waelkens M-P, Criel B. Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine and International Health*. 2005;10(8):799–811.
- Children's Vaccine Program at PATH. *Guidelines for Implementing Supportive Supervision: A Step-by-Step Guide with Tools to Support Immunization*. Seattle: PATH; 2003. Available at: www.childrensvaccine.org/files/Guidelines_for_Supportive_Supervision.pdf.
- Coady DP, Filmer DP, Gwatkin DR. PROGRESA for progress: Mexico's health, nutrition, and education program. *Development Outreach*. 2005;7(2):10–12. Available at: www1.worldbank.org/devoutreach/may05/article.asp?id=296.
- Cohen SI, Burger M. *It Takes 2: Partnering With Men in Reproductive and Sexual Health*. New York: UNFPA; 2003. UNFPA Programme Advisory Note. Available at www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/153_filename_ItTakes2.pdf.
- Conde-Agudelo A, Belizána JM, Berman R, Brockman SC, Rosas-Bermudez A. Effect of the interpregnancy interval after an abortion on maternal and perinatal health in Latin America. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2005;89:S34–S40. Available at: www.women-shealth-elsevier.com/doc/journals/ijgo_si_89-1/04.pdf.
- Corbett MR, Turner KL. Essential elements of post-abortion care: origins, evolution and future directions. *International Family Planning Perspectives*. 2003;29(3):106–111. Available at: www.guttmacher.org/journals/ifpp.html.
- Corrêa S, Piola S, Arilha M. *Reproductive Health in Policy & Practice: Brazil*. Washington, DC: Population

- Reference Bureau; 1998. Available at: www.prb.org/pdf/RHPPBrazil.pdf.
- Crossette B. Reproductive health and the Millennium Development Goals: the missing link. *Studies in Family Planning*. 2005;36(1):71–79.
- Curtis SL, Neitzel K. *Contraceptive Knowledge, Use, and Sources*. Calverton, MD: Macro International Inc.; 1996. DHS Comparative Studies, No. 19. Available at: www.measuredhs.com/pubs/details.cfm?ID=27.
- Dehne K, Snow R. *Integrating STI Management into Family Planning Services: What are the Benefits?* Geneva: World Health Organization; 1999. Available at: www.who.int/reproductive-health/publications/integrating_stis_into_fp_services/.
- Deschner A, Cohen SA. Contraceptive use is key to reducing abortion worldwide. *The Guttmacher Report on Public Policy*. 2003;6(4):7–10. Available at: www.guttmacher.org/pubs/tgr/06/4/gr060407.html.
- Díaz M, Simmons R, Díaz J, et al. Action research to enhance reproductive choice in a Brazilian municipality: the Santa Barbara Project. In: Haberland N, Measham D, eds. *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. New York: Population Council; 2002:355–375.
- Diop FP, Butera JD. Community-based health insurance in Rwanda. *Development Outreach*. 2005;7(2):19–22. Available at: www1.worldbank.org/devoutreach/may05/article.asp?id=299.
- DiPrete Brown L, Franco LM, Rafeh N, Hatzell T. *Quality Assurance of Health Care in Developing Countries*. Bethesda, MD: Quality Assurance Project; 2000. Quality Assurance Methodology Refinement Series. Available at: www.qaproject.org/pubs/PDFs/DEVCONT.pdf.
- Dixon G. *Contraceptive Logistics Guidelines for Refugee Settings*. Arlington, VA: Family Planning Logistics Management Project; 1999. Available at: www.jsi.com/JSIInternet/Publications/familyplanning.cfm.
- Dmytraczenko T, Rao V, Ashford, L. *Health Sector Reform: How It Affects Reproductive Health*. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2003. MEASURE Communication Policy Brief. Available at: www.prb.org/pdf/HealthSectorReformbw.pdf.
- Doherty J. Public-private interactions: implications for sexual and reproductive health services [policy brief]. Johannesburg: The Initiative for Sexual & Reproductive Rights in Health Reforms, Women's Health Project, School of Public Health, University of the Witwatersrand; 2005. Available at: www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms/policy.htm.
- Ekman B. Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence. *Health Policy and Planning*. 2004;19(5):249–270.
- EngenderHealth. *Choices in Family Planning: Informed and Voluntary Decision Making*. New York: EngenderHealth; 2003[b]. Available at: www.engenderhealth.org/res/offc/ic/choices/.
- EngenderHealth. *Comprehensive Counseling for Reproductive Health: An Integrated Curriculum. Participant's Handbook*. New York: EngenderHealth; 2003[c]. Available at: www.engenderhealth.org/res/offc/counsel/ccrh/index.html.
- EngenderHealth. *COPE® Handbook: A Process for Improving Quality in Health Services, Revised Edition*. New York: EngenderHealth; 2003[a]. Available at: www.engenderhealth.org/res/offc/qi/cope/handbook/index.html.
- Family Health International (FHI). *Meeting the Needs of Young Clients: A Guide to Providing Reproductive Health Services to Adolescents*. Arlington, VA: FHI; 2000. Available at: www.fhi.org/en/RH/Pubs/servdelivery/adolguide/index.htm.
- FHI. *Provider Checklists for Reproductive Health Services: Reference Guide*. Research Triangle Park, NC: FHI; 2002. Available at: www.fhi.org/en/RH/Pubs/servdelivery/checklists/index.htm.
- FHI. *Quick Reference Chart for the Medical Eligibility Criteria of the WHO: For Initiating and Continuing the Use of Combined Oral Contraceptives, Noristerat, Depo-Provera, and Copper IUDs*. Research Triangle Park, NC: FHI; 2004. Available at: www.fhi.org/en/RH/Pubs/servdelivery/quickreferencechart.htm.
- Family Planning Logistics Management (FPLM) and John Snow, Inc (JSI). *Programs that Deliver: Logistics' Contributions to Better Health in Developing Countries*. Arlington, VA: FPLM/JSI; 2000.
- Finkle C. Ensuring contraceptive supply security. *Outlook*. 2003;20(3):1–8. Available at: www.path.org/publications/pub.php?id=741.
- Fleischman Foreit KG, Hardee K, Agarwal K. When does it make sense to consider integrating STI and HIV services with family planning services? *International Family Planning Perspectives*. 2002;28(2):105–107. Available at: www.guttmacher.org/journals/ifpp.html.
- FOCUS on Young Adults. *Advancing Young Adult Reproductive Health: Actions for the Next Decade. End of Program Report*. Washington, DC: FOCUS on Young Adults; 2001. Available at: www.futuresgroup.com/abstract.cfm/2569.

- Fuchs N. *Priorities for Family Planning and HIV/AIDS Integration*. Washington DC: USAID; 2005. Global Health Technical Briefs. Available at: www.maqweb.org/techbriefs/tb11integration.pdf.
- Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. *WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes, and Women's Responses*. Geneva: WHO; 2005. Available at: www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/index.html.
- Gillespie DG. Whatever happened to family planning and, for that matter, reproductive health? *International Family Planning Perspectives*. 2004;30(1):34–38. Available at: www.guttmacher.org/pubs/journals/3003404.html.
- Hardee K, Smith J. *Implementing Reproductive Health Services in an Era of Health Sector Reform*. Washington DC: The POLICY Projects/Futures Group International; 2000. The POLICY Project Occasional Papers, No. 4. Available at: http://pdf.dec.org/pdf_docs/Pnacj059.pdf.
- Hare L, Hart C, Scribner S, Shepherd C, Pandit T (ed.), Bornbusch A (ed.). *SPARHCS: Strategic Pathway to Reproductive Health Commodity Security. A Tool for Assessment, Planning, and Implementation*. Baltimore, MD: INFO Project/Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2004. Available at: www.rhsupplies.org/resources/doc/SPARHCS_publication.pdf.
- Haslegrave M, Olatunbosun O. Incorporating sexual and reproductive health care in the medical curriculum in developing countries. *Reproductive Health Matters*. 2003;11(21):49–58.
- Herrick J, Turner K, McInerney T, Castleman L. *Woman-centered Postabortion Care: Reference Manual*. Chapel Hill, NC: Ipas; 2004.
- Hope RL. Paying in potatoes: community-based health insurance for the rural and informal sector. *Lancet*. 2003;362:827–828.
- Huezo CM, Carignan CS. *Medical and Service Delivery Guidelines for Family Planning*. 2nd ed. London: International Planned Parenthood Federation; 1997.
- INFORM Unit, Center for Leadership and Management, Management Sciences for Health (MSH). *Information for Health Management: The MSH Approach*. Boston: MSH; 2005. Available at: http://erc.msh.org/toolkit/pdf/HIS_MSH_Approach.pdf.
- International Consortium for Emergency Contraception (ICEC). *Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidelines*. 2nd ed. Washington, DC: ICEC; 2003. Available at: [www.cecinfo.org/files/Guidelines%202ndnewt%20\(2\).pdf](http://www.cecinfo.org/files/Guidelines%202ndnewt%20(2).pdf).
- International Planned Parenthood Federation (IPPF). *Advocacy Guide for Sexual and Reproductive Health and Rights*. London: IPPF; 2001.
- Jacobson JL. Transforming family planning programmes: toward a framework for advancing the reproductive rights agenda. *Reproductive Health Matters*. 2000;8(15):21–32.
- Jamison DT, Mosley WH, Measham AR, Bobadilla J-L (eds). *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford University Press for the World Bank; 1993.
- Janowitz B, Measham D, West C. *Issues in the Financing of Family Planning Services in sub-Saharan Africa*. Research Triangle Park, NC: Family Health International; 1999. Available at: www.fhi.org/en/RH/Pubs/booksReports/fpfinancing/index.htm.
- Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs (JHU CCP) and Health Communication Partnership. HEART program offers Zambian youth hope for an HIV/AIDS-free future. *Communication Impact!* 2004;17:1–2. Available at: [www.jhuccp.org/pubs/ci/17/17.pdf](http://jhuccp.org/pubs/ci/17/17.pdf).
- Kane MM, Colton TC. *Integrating SRH and HIV/AIDS Services: Pathfinder International's Experience Synergizing Health Initiatives*. Watertown, MA: Pathfinder International; 2005. Available at: www.pathfind.org/site/DocServer/FP_HIV_Integration_web_copy.pdf?docID=3461.
- Karim AM. *The Influence of Family Planning Logistics Systems on Contraceptive Use* [working paper]. Arlington, VA: John Snow, Inc. (JSI)/DELIVER; 2005. Available at: http://portalprd1.jsi.com/portal/page?_pageid=93,3144386,93_3144425&_dad=portal&_schema=PORTAL.
- Kobilke A. *Pharmacist Training Improves Family Planning Services*. Washington DC: PSI; 2002. Available at: www.psi.org/news/081602b.html.
- Kols A, Sherman J. Family planning programs: improving quality. *Population Reports*. 1998;J(47):1–40. Available at: www.infoforhealth.org/pr/online.shtml.
- Krause SK, Jones RK, Purdin SJ. Programmatic responses to refugees' reproductive health needs. *International Family Planning Perspectives*. 2000;26(4):181–187. Available at: www.guttmacher.org/pubs/journals/2618100.html.
- Lande RE. Performance improvement. *Population Reports*. 2002;J(52):1–28. Available at: www.infoforhealth.org/pr/online.shtml.

- Lande RE, Geller JS. Paying for family planning. *Population Reports*. 1991;J(39):1–31.
- Langer A, Nigenda G, Catino H. Health sector reform and reproductive health in Latin America and the Caribbean: strengthening the links. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000;78(5):667–676. Available at: [http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2000/Number percent205/78\(5\)667–676.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2000/Number%205/78(5)667–676.pdf).
- LaVake, SD. *Applying Social Franchising Techniques to Youth Reproductive Health/HIV Services*. Arlington, VA: Family Health International, YouthNet Program; 2003. Youth Issues Papers, No. 2. Available at: www.fhi.org/NR/rdonlyres/eijal2kvmtazwuqnkoqk4hbxmdazuanz-wojv55tghflkma/sj2k2gusgfv6276emct5uxnwl6iamc/YI4.pdf.
- León FR, Rios A, Zumaran A, de la Cruz M, Brambila C, Bratt JH. *Enhancing Quality for Clients: The Balanced Counseling Strategy*. Washington, DC: Population Council; 2003. FRONTIERS Program Brief, No. 3. Available at: www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/pbriefs/balance_counseling_brf.pdf.
- Lynam PF, Dwyer JC, Bradley J. *Inreach: Reaching Potential Family Planning Clients Within Health Institutions*. New York: Association for Voluntary Surgical Contraception (AVSC); 1994. AVSC Working Paper No. 5. Available at: www.engenderhealth.org/pubs/workpap/wp5/wp_5.html.
- Maceira D. Decentralisation and implications for sexual and reproductive health services [policy brief]. Johannesburg: The Initiative for Sexual & Reproductive Rights in Health Reforms, Women's Health Project, School of Public Health, University of the Witwatersrand; 2005[a]. Available at: www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms/policy.htm.
- Maceira D. Financial health sector reforms and sexual and reproductive health [policy brief]. Johannesburg: The Initiative for Sexual & Reproductive Rights in Health Reforms, Women's Health Project, School of Public Health, University of the Witwatersrand; 2005[b]. Available at: www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms/policy.htm.
- Magwaza S, Cooper D, Hoffman M. *The Delivery of Integrated Reproductive Health Services at District Levels*. Durban, South Africa: Health Systems Trust; 2002. Available at: www.hst.org.za/publications/476.
- Management Sciences for Health (MSH). Managing integrated services. *The Manager*. 1994;3(3). Available at: <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.2.5.htm&module=health&language=English>. Accessed February 27, 2006.
- MSH, ed. *The Family Planning Manager's Handbook*. Bloomfield, CT: Kumarian Press; 1991.
- Marquez L, Kean L. *Making Supervision Supportive and Sustainable: New Approaches to Old Problems*. Washington, DC: Maximizing Access and Quality Initiative (MAQ); 2002. MAQ Papers, Vol. 1, No. 4. Available at: www.maqweb.org/maqdoc/MAQno4final.pdf.
- Marston C, Cleland J. *The Effects of Contraception on Obstetric Outcomes*. Geneva: World Health Organization; 2004. Available at: www.who.int/reproductive-health/publications/2004/effects_contraception/.
- Mason A, Lee S-H. *The Demographic Dividend and Poverty Reduction*. Proceedings of the Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals, New York, November 17–19, 2004. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2004. Available at: www.un.org/esa/population/publications/PopAspectsMDG/19_MASONA.pdf.
- Mayhew SH, Lush L, Cleland J, Walt G. Implementing the integration of component services for reproductive health. *Studies in Family Planning*. 2000;31(2):151–162.
- McBride J, Ahmed R. *Social Franchising as a Strategy for Expanding Access to Reproductive Health Services: A Case Study of the Green Star Service Delivery Network in Pakistan*. Washington, DC: Commercial Market Strategies; 2001. CMS Technical Paper Series. Available at: http://pdf.dec.org/pdf_docs/PNACM869.pdf.
- McIntyre D. Integration, health sector reforms, and sexual and reproductive health [policy brief]. Johannesburg: The Initiative for Sexual & Reproductive Rights in Health Reforms, Women's Health Project, School of Public Health, University of the Witwatersrand; 2005. Available at: www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms/policy.htm.
- MEASURE DHS. *Service Provision Assessments (SPA) from MEASURE DHS*. Calverton, MD: MEASURE DHS; 2005. Available at: www.maqweb.org/maqtools/spabrochureupdated.pdf.
- Mehta M. Communicating with men to promote family planning: lessons learned and suggestions for programming. In: *Programming for Male Involvement in Reproductive Health. Report of the Meeting of WHO Regional Advisors in Reproductive Health*. Geneva: WHO; 2002. Available at: www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_02_3_male_involvement_in_rh/index.htm.
- Merrick T. Delivering reproductive health services in health reform settings: challenges and opportunities. Prepared for: Adapting to Change: Core Course on Population,

- Reproductive Health and Health Sector Reform, October 2–20, 2000; Washington, DC.
- Merrick TW. Population and poverty: new views on an old controversy. *International Family Planning Perspectives*. 2002;28(1):41–46.
- Mitchell MD, Littlefield J, Mitchell SG. Costing of reproductive health services. *International Family Planning Perspectives*. 1999;25(Suppl.):S17–S21,S29. Available at: www.guttmacher.org/pubs/journals/25s1799.html.
- Moya C. Creating youth-friendly sexual health services in sub-Saharan Africa. *Issues at a Glance*. Washington, DC: Advocates for Youth; 2002. Available at: www.advocatesforyouth.org/publications/iag/youthfriendly.htm.
- Murphy EM. *Promoting Healthy Behavior*. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2005. Health Bulletin, No. 2. Available at: www.prb.org/pdf05/PromotingHealthyBehavior_Eng.pdf.
- Murphy E, Steele C. *Client-Provider Interactions in Family Planning Services: Guidance From Research and Program Experience*. Washington, DC: Maximizing Access and Quality Initiative (MAQ); 2000. MAQ Papers, Vol. 1, No. 2. Available at: www.maqweb.org/maqdoc/vol2.pdf.
- Newman K, ed. *Guidelines for the Use of the IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*. London: IPPF; 1997.
- Nolan B, Turbat V. *Cost Recovery in Public Health Services in Sub-Saharan Africa. EDI Technical Materials*. Washington, DC: World Bank; 1995. Available at: www.wds.worldbank.org/servlet/WDS_IBank_Servlet?pcont=details&eid=000009265_3961219111943.
- Norton M. New evidence on birth spacing: promising findings for improving newborn, infant, child, and maternal health. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2005;89:S1–S6. Available at: www.womenshealth-elsevier.com/doc/journals/ijgo_si_89-1/01.pdf.
- O’Sullivan GA, Yonkier JA, Morgan W, Merritt AP. *A Field Guide to Designing a Health Communication Strategy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs; 2003. Available at: www.jhuccp.org/pubs/fg/02/index.shtml.
- Palmer N, Mueller DH, Gilson L, Mills L, Haines A. Health financing to promote access in low income settings—how much do we know? *Lancet*. 2004;364(9442):1365–1370.
- Piotrow PT, Kincaid DL, Rimón JG II, Rinehart W. *Health Communication: Lessons from Family Planning and Reproductive Health*. Westport, CT: Praeger; 1997.
- Poirier MC, Divi RL, Olivero OA, et al. Long-term mitochondrial toxicity in HIV-uninfected infants born to HIV-infected mothers. *Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 2003;33(2):175–183.
- POLICY Project. *Strengthening Family Planning Policies and Programs in Developing Countries: An Advocacy Toolkit*. Washington, DC: POLICY Project; 2005.
- Population Council. *Senegal: Expand Access to Safe Postabortion Care Services in Rural Areas*. New York: Population Council; 2004. FRONTIERS OR Summary, No. 43. Available at: www.popcouncil.org/frontiers/orsummaries/ors43.html.
- Population Council. *The Situation Analysis Approach to Assessing Family Planning and Reproductive Health: A Handbook*. New York: Population Council; 1998.
- Population Services International (PSI). What is social marketing? *PSI Profile*. 2003;Winter/Spring issue:1–4. Available at: www.psi.org/resources/pubs/what_is_smEN.pdf.
- Quijada C, Dmytraczenko T, Mensah B. *Ensuring Contraceptive Security Within New Development Assistance Mechanisms*. Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.; 2004. Available at: www.phrplus.org/Pubs/Tech042_fin.pdf.
- Ramchandran D, Gardner R. Coping with crises: how providers can meet reproductive health needs in crisis situations. *Population Reports*. 2005;J(53):1–20. Available at: www.infoforhealth.org/pr/online.shtml#j.
- Rao S. *Jordan: Contraceptive Logistics Systems, Review of Accomplishments and Lessons Learned (1997–2000)*. Arlington, VA: Family Planning Logistics Management/John Snow, Inc.; 2000.
- Reynolds HW, Liku J, Maggwa NB, et al. *Assessment of Voluntary Counseling and Testing Centers in Kenya: Potential Demand, Acceptability, Readiness, and Feasibility of Integrating Family Planning Services into VCT*. Research Triangle Park, NC: Family Health International; 2003.
- Ross J, Hardee K, Mumford E, Eid S. Contraceptive method choice in developing countries. *International Family Planning Perspectives*. 2002;28(1):32–40. Available at: www.guttmacher.org/journals/ifpp.html.
- Ross J, Stover J. The Family Planning Program Effort Index: 1999 cycle. *International Family Planning Perspectives*. 2001;27(3):119–129.
- Ross J, Stover J. *Trends and Issues Affecting Service Delivery Over the Next Decade*. Washington, DC: The POLICY Project, Futures Group; 2004. Available at www.futures-group.com/abstract.cfm/3327.

- Ross J, Stover J, Adelaja D. *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs in 116 Countries*. 2nd ed. Glastonbury: Futures Group; 2005.
- Rudy S, Tabbutt-Henry J, Schaefer L, McQuide PA. Improving client-provider interaction. *Population Reports*. 2003;Q(1):1–24. Available at: www.infoforhealth.org/pr/online.shtml.
- Rutstein SO. 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. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2005;89:S7–S24. Available at: www.womenshealth-elsevier.com/doc/journals/ijgo_si_89-1/02.pdf.
- Sarley D, Thompson D, Dickens T, Rao R, Hudgins T. *Promoting Security through Innovative Health Security Interventions*. Arlington, VA: John Snow, Inc./DELIVER; 2005. Available at: http://portalprd1.jsi.com/portal/page?_pageid=93,3144386,93_3144425&_dad=portal&_schema=PORTAL&p_tab_url=DEL_PUBLICATIONS_TAB&p_le_render_type=LE_PUB&p_le_pg_name=DEL_POLICY_PAPER_PG1&p_style=148E824DB280F1E86FC0DA9D86276107.
- Senderowitz J. *Making Reproductive Health Services Youth Friendly*. Washington, DC: FOCUS on Young Adults; 1999. Research, Program and Policy Series. Available at: <http://pf.convio.com/pf/pubs/focus/RPPS-Papers/makingyouthfriendly.PDF>.
- Setty, V. Organizing work better. *Population Reports*. 2004;Q(2):1–20. Available at: www.infoforhealth.org/pr/online.shtml.
- Setty-Venugopal V, Jacoby R, Hart C. Strengthening the supply chain. *Population Reports*. 2002;J(51):1–24. Available at: www.infoforhealth.org/pr/online.shtml.
- Sharma RR. *An Introduction to Advocacy: Training Guide*. Washington, DC : Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project, Academy for Educational Development; (no date). Available at: www.dec.org/pdf_docs/PNABZ919.pdf.
- Sharma S, Dayaratna V. *Creating Conditions for Greater Private Sector Participation in FP/RH: Benefits for Contraceptive Security*. Washington, DC: POLICY Project/Futures Group International; 2004. Policy Issues in Planning & Finance, No. 4. Available at: www.policyproject.com/pubs/policyissues/PF4_Eng.pdf.
- Shelton J. *Contraception for Women on First-Line Antiretrovirals (ARVs)*. Washington, DC: USAID; 2005. Global Health Technical Briefs. Available at: www.maqweb.org/techbriefs/tb5arv.pdf.
- Shelton JD, Angle MA, Jacobstein RA. Medical barriers to access to family planning. *Lancet*. 1992;340:1334–1335.
- Shelton JD, Peterson EA. The imperative for family planning in ART in Africa. *Lancet*. 2004;364:1916–1918.
- Shiffman J. Political management in the Indonesia family planning program. *International Family Planning Perspectives*. 2004;30(1):27–33. Available at: www.guttmacher.org/journals/ifpp.html.
- Shittu O, Ifenne DI, Hord C. A hospital in Nigeria reinvents its reproductive health care system. In: Haberland N, Measham D, eds. *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. New York: Population Council; 2002:223–235.
- Sinding SW. Keeping sexual and reproductive health at the forefront of global efforts to reduce poverty. *Studies in Family Planning*. 2005;36(2):140–143.
- Sine J, Sharma S. *Policy Aspects of Achieving Contraceptive Security*. Washington, DC: POLICY Project/Futures Group International; 2002. Policy Issues in Planning & Finance, No. 1. Available at: www.policyproject.com/pubs/policyissues/PF4English.pdf.
- Singh S, Darroch JE, Vlassof M, Nadeau J. *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*. New York: The Alan Guttmacher Institute/UNFPA; 2003. Available at: www.guttmacher.org/pubs/covers/addingitup.html.
- Smith E. *Social Franchising Reproductive Health Services. Can It Work? A Review of the Experience*. London: Marie Stopes; 2002. Marie Stopes International Working Paper, No. 5. Available at: www.mariestopes.org.uk/pdf/working-paper-no5-social.pdf.
- Solo J, Jacobstein R, Malema D. *Repositioning Family Planning—Malawi Case Study: Choice, Not Chance*. New York: The ACQUIRE Project/EngenderHealth; 2005. Available at: www.acquireproject.org/fileadmin/user_upload/ACQUIRE/Malawi_case_study.pdf.
- State Family Planning Commission of China (SFPC), UNFPA, and PATH. *Face-to-Face: Training Family Planning Counselors in China*. Beijing: SFPC; 1995.
- Stinson W, Bakamjian L, Huber SC, Silimperi D. *Managing Programs to Maximize Access and Quality: Lessons Learned from the Field*. Washington, DC: Maximizing Access and Quality Initiative (MAQ); 2000. MAQ Paper Vol. 1, No. 3. Available at: www.maqweb.org/maqdoc/vol3.pdf.
- Stover J, Fuchs N, Halperin D, Gibbons A, Gillespie D. Adding family planning to PMTCT sites increases the benefits of PMTCT [brief]. Washington DC: USAID;

2004. Available at: www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/publications/docs/familypmtct.html.

Sweat MD, O'Reilly KR, Schmid GP, Denison J, de Zoysa I. Cost-effectiveness of nevirapine to prevent mother-to-child HIV transmission in eight African countries. *AIDS*. 2004;18(12):1661–1671.

United Nations (UN). *Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the ICPD — ICPD+5*. New York: UN; 1999. Available at: www.unfpa.org/icpd/icpd5.htm.

UN. Programme of Action of the International Conference on Population and Development, Cairo, Egypt, September 5–13, 1994. In: *Report of the International Conference on Population and Development*. New York: UN; 1995. Available at: www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm.

UN Department of Economic and Social Affairs (UN DESA). *World Contraceptive Use 2003* [wallchart]. New York: UN; 2004. Available at: www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2003/WallChart_CP2003.pdf.

UN Millenium Project. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millenium Development Goals. Overview*. New York: United Nations Development Programme; 2005[a]. Available at: www.unmillennium-project.org/reports/.

UN Millennium Project. *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*. New York: United Nations Development Programme; 2006.

UN Millenium Project. *Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children*. Summary Report of the UN Millenium Project's Task Force on Child Health and Maternal Health. New York: United Nations Development Programme; 2005[b]. Available at: www.unmillenniumproject.org/reports/reports2.htm.

United Nations Population Fund (UNFPA). *Reducing Poverty and Achieving the Millennium Development Goals: Arguments for Investing in Reproductive Health & Rights*. New York: UNFPA; 2005[a]. Available at: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=243.

UNFPA. *Reproductive Health Commodity Security: Partnerships for Change. A Global Call to Action*. New York: UNFPA; 2001[a]. Available at: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=207&filterListType=.

UNFPA. *Reproductive Health Commodity Security: Partnerships for Change. The UNFPA Strategy*. New York: UNFPA; 2001[b]. Available at: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=86&filterListType=.

UNFPA. *Reproductive Health Essentials: Securing the Supply*. New York: UNFPA; 2001[c]. Available at: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=27&filterListType=.

UNFPA. *State of World Population 2003. Making 1 Billion Count: Investing in Adolescents' Health and Rights*. New York: UNFPA; 2003. Available at: www.unfpa.org/publications/index.cfm?filterPub_Type=5.

UNFPA. *State of World Population 2004. The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and the Global Effort to End Poverty*. New York: UNFPA; 2004. Available at: www.unfpa.org/publications/index.cfm?filterPub_Type=5.

UNFPA. *State of World Population 2005. The Promise of Equality: Gender Equity, Reproductive Health & the Millennium Development Goals*. New York: UNFPA; 2005[b]. Available at: www.unfpa.org/swp/swpmain.htm.

UNFPA, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), and Family Care International (FCI). *The New York Call to Commitment: Linking HIV/AIDS and Sexual and Reproductive Health*. New York: UN; 2004. Available at: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=195&filterListType=4.

UNFPA, World Health Organization (WHO), and PATH. *Condom Programming for HIV Prevention: A Manual for Service Providers*. New York: UNFPA/WHO/PATH; 2005.

United States Agency for International Development (USAID). *Family Planning/HIV Integration: Technical Guidance for USAID-Supported Field Programs*. Washington, DC: USAID; 2003. Available at: www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/publications/docs/fphiv.pdf.

USAID Interagency Gender Working Group (IGWG) and World Health Organization (WHO) Department of Gender, Women and Health. *A Summary of the "So What?" Report: A Look at Whether Integrating a Gender Focus into Programmes Makes a Difference to Outcomes*. Geneva: IGWG/WHO; 2005. Available at: www.prb.org/pdf05/So_What_Report_A_Look_at_Whether_Integrating_a_Gender_Focus.pdf.

Upadhyay UD. Informed choice in family planning: helping people decide. *Population Reports*. 2001;J(50):1–40. Available at: www.infoforhealth.org/pr/online.shtml.

van Kampen, J. *Dealing with Advocacy: A Practical Guide*. Hanover, Germany: RHI ComNet, EC/UNFPA Initiative for Reproductive Health in Asia (no date). Available at: www.asia-initiative.org/pdfs/advocacy_guide.pdf.

Vernon R, Foreit J. How to help clients obtain more reproductive health care. *International Family Planning Perspectives*. 1999;25(4):200–202. Available at: www.guttmacher.org/journals/ifpp.html.

Vietnam Center for Population Studies and Information and The Futures Group International (VCPSI). *Vietnam's Population and Family Planning Investments and Savings (1979–2010)*. Hanoi: The National Committee for Population and Family Planning and The Futures Group International; 1997.

Vogel CG, Vail J, Woodle D. *Issue Profiles: Lessons Learned from Five Countries*. Washington, DC: Interim Working Group on Reproductive Health Commodity Security (IWG); 2001. Meeting the Challenge: Securing Contraceptive Supplies series. Available at: www.populationaction.org/resources/publications/commodities/PDFs/PAI_07_Eng.pdf.

Walley J. The implementation of integrated mother and child health and family planning services. *Tropical Doctor*. 1997;27(2):69–72.

Waters H. *Reaching the Poor With Effective Health, Nutrition, and Population Services. What Works, What Doesn't, and Why?* Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2004. Available at: www1.worldbank.org/prem/poverty/health/rpp/files/remarks_waters.pdf.

Wells E. Involving men in reproductive health. *Outlook*. 1997;14(3):1–7. Available at: www.path.org/publications/pub.php?id=363.

Winikoff B, Mensch B, Measham D. Postpartum care and family planning services. In: *Reproductive Health Approach to Family Planning*. New York: Population Council; 1994:52–68. Available at: www.popcouncil.org/pdfs/ebert/rephapproachfamplanning.pdf.

World Bank. *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People*. Washington, DC: World Bank; 2003. Available at: <http://web.worldbank.org/external/default/main?menuPK=477704&pagePK=64167702&piPK=64167676&theSitePK=477688>.

World Health Organization (WHO). Burden of disease in disability-adjusted life years (DALYs) by cause, sex and mortality stratum in WHO Regions, 2001. GBD 2001 Estimates by Sub-Region page. WHO website. Available at: www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_estimates,burden_estimates_2001,burden_estimates_2001_subregion&language=english. Accessed May 15, 2006.

WHO. *Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections*. Geneva: WHO; 2003. Available

at: www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_01_10_mngt_stis/.

WHO. *Make Every Mother and Child Count. World Health Report 2005*. Geneva: WHO; 2005[a]. Available at: www.who.int/whr/2005/en/.

WHO. *Making Decisions about Contraceptive Introduction: A Guide for Conducting Assessments to Broaden Contraceptive Choice and Improve Quality of Care*. Geneva: WHO; 2002. Available at: www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_02_11_contraceptive_introduction/.

WHO. *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. 3rd ed. Geneva: WHO; 2004. Available at: www.who.int/reproductive-health/publications/mec/.

WHO. *Model List of Essential Medicines*. 14th ed. Geneva: WHO; 2005[c]. Available at: www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html.

WHO. *Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections—A Guide to Essential Practice*. Geneva: WHO; 2005[b]. Available at: www.who.int/reproductive-health/publications/rtis_gepl/.

WHO Department of Reproductive Health and Research (RHR). *Exploring Common Ground: STI and FP Activities*. Geneva: WHO; 2001. Available at: www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_20/index.html.

WHO RHR. *Reproductive Health Strategy to Accelerate Progress Towards the Attainment of International Development Goals and Targets*. Geneva: WHO; 2004. Available at www.who.int/reproductive-health/publications/strategy.pdf.

WHO Division of Family Health. *Health Benefits of Family Planning*. Geneva: WHO; 1994.

WHO and Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP). WHO statement on carcinogenicity of combined hormonal contraceptives and combined menopausal treatment. Geneva: WHO and HRP; 2005[b]. Available at: www.who.int/reproductive-health/family_planning/docs/cocs_hrt_statement.pdf.

WHO and HRP. WHO statement on hormonal contraception and bone health. Geneva: WHO/HRP; 2005[a]. Available at: www.who.int/reproductive-health/family_planning/bone_health.html.

WHO and HRP. WHO statement on hormonal contraception and risk of HIV acquisition. Geneva: WHO/HRP; 2005[c]. Available at: www.who.int/reproductive-health/family_planning/docs/hormonal_contraception_sti_acquisition.pdf.

WHO and International Pharmaceutical Federation (FIP). The role of the pharmacist in the fight against the HIV-AIDS pandemic. The Hague: FIP; 1997. Available at: www.fip.org/pdf/aidseng.pdf.

WHO RHR and INFO Project at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs (JHU CCP). *Decision-Making Tool for Family Planning Clients and Providers* [PowerPoint presentation]. Geneva: WHO and Baltimore: JHU CCP; 2005. Available at: www.who.int/reproductive-health/family_planning/tool.html.

WHO, UNFPA, UNAIDS, and IPPF. *Sexual and Reproductive Health & HIV/AIDS: A Framework for Priority Linkages*. Geneva, New York, and London: WHO, UNFPA, UNAIDS, and IPPF; 2005. Available at: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=250&filterListType.

WHO, UNFPA, and United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). *Reproductive Health in Refugee Situations: An Interagency Field Manual*. Geneva: UNHCR; 1999. Available at: www.unfpa.org/emergencies/manual/.

WHO, UNFPA, and UNICEF Study Group of Programming for Adolescent Health. *Programming for Adolescent Health and Development*. Geneva: WHO; 1999. WHO Technical Report Series, No. 886. Available at: www.who.int/child-adolescent-health/publications/publist.htm.

WHO and UNHCR. *Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for Use with Refugees and Internally Displaced Persons, Revised Edition*. Geneva: WHO; 2005. Available at: www.who.int/reproductive-health/publications/clinical_mngt_survivors_of_rape/.

Zhu B-P. Effect of interpregnancy interval on birth outcomes: findings from three recent US studies. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2005;89:S25–S33. Available at: http://www.womenshealth-elsevier.com/doc/journals/ijgo_si_89-1/03.pdf.

Ressources supplémentaires

Ci-après se trouve une compilation d'outils pratiques, de manuels et d'autres ressources qui peuvent aider les responsables de programme à s'assurer que les services sont accessibles, disponibles, abordables sur le plan financier et de bonne qualité.

1

Réforme du secteur de la santé et OMD

Management Sciences for Health. Reforming Health Systems and Programs section. The Manager's Electronic Resource Center website. Available at: <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=1.0.htm&module=health&language=English>. Accessed February 23, 2006.

United Nations Development Group. *Millennium Development Goals Toolkit*. Available online only at: <http://mdgtoolkit.undg.org/>. Accessed February 23, 2006.

2

Le Plaidoyer

Manuels

Aradeon SB. *Advocacy for Population and Reproductive Health: A Introductory Manual for Advocates and Trainers, Part 1: Preparing the Ground Work*. New York: UNFPA; 2000. Available at: www.un.org/popin/regional/asiapac/fiji/advocacy.htm.

Center for Development and Population Activities (CEDPA). *Advocacy: Building Skills for NGO Leaders*. Washington, DC: CEDPA; 1999. CEDPA Training

Manual Series, Vol. IX. Available at: www.cedpa.org/publications/pdf/advocacy.htm.

International Planned Parenthood Federation (IPPF). *Advocacy Guide for Sexual and Reproductive Health and Rights*. London: IPPF; 2001.

POLICY Project. *Networking for Change: An Advocacy Training Manual*. Washington, DC: The Futures Group, 1999. Available at: www.policyproject.com/pubs/AdvocacyManual.pdf.

Sharma RR. *An Introduction to Advocacy: Training Guide*. Washington, DC: Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project, Academy for Educational Development; (no date). Available at: www.dec.org/pdf_docs/PNABZ919.pdf. Accessed February 23, 2006.

Sprechmann S, Pelton E. *Advocacy Tools and Guidelines*. Atlanta: CARE; 2001. Available at: www.careusa.org/get-involved/advocacy/tools.asp.

van Kampen, J. *Dealing with Advocacy: A Practical Guide*. Hanover, Germany: RHI ComNet, EC/UNFPA Initiative for Reproductive Health in Asia; (no date). Available at: www.asia-initiative.org/pdfs/advocacy_guide.pdf. Accessed February 23, 2006.

Matériel

Daulaire N, Leidl P, Mackin L, Murphy C, Stark L. *Promises to Keep: The Toll of Unintended Pregnancies on Women's Lives in the Developing World*. Washington, DC: Global Health Council; 2002. Available at: www.global-health.org/assets/publications/PromisesToKeep.pdf.

POLICY Project. *Strengthening Family Planning Policies and Programs in Developing Countries: An Advocacy Toolkit*. Washington, DC: POLICY Project; 2005.

Population Action International. How access to sexual & reproductive health services is key to the MDGs [factsheet 31]. Washington, DC: Population Action International; 2005. Available at: www.populationaction.org/resources/factsheets/factsheet_31.htm.

Ross J, Stover J, Adelaja D. *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs in 116 Countries*. 2nd ed. Glastonbury: Futures Group; 2005.

Singh S, Darroch JE, Vlassof M, Nadeau J. *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*. New York: The Alan Guttmacher Institute/UNFPA; 2003. Available at: www.guttmacher.org/pubs/covers/addingitup.html.

United Nations Development Group. *MDG Toolkit, Module 4: Advocacy and Campaigning* [series of professional development tools and materials]. Available at: <http://mdgtoolkit.undg.org/course/view.php?id=30>. Accessed February 24, 2006.

United Nations Development Programme (UNDP). *The Blue Book: A Hands-on Approach to Advocating for the Millennium Development Goals*. New York: UNDP; 2004. Available at: www.un-ngls.org/MDG/blue-book.pdf.

United Nations Population Fund (UNFPA). *Reducing Poverty and Achieving the Millennium Development Goals: Arguments for Investing in Reproductive Health & Rights*. New York: UNFPA; 2005[a]. Available at: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=243.

Upadhyay UD, Robey B. Why family planning matters. *Population Reports*. 1999;J(49):1–32. Available at: www.infoforhealth.org/pr/online.shtml.

World Health Organization (WHO). *Communicating Family Planning in Reproductive Health: Key Messages for Communicators*. Geneva: WHO; 1997. Available at: www.who.int/reproductive-health/publications/fpp_97_33/fpp_97_33_abstract.en.html.

Sites Web d'information

Center for Reproductive Rights: www.crlp.org

PLANetWIRE: www.planetwire.org

Population Action International: www.populationaction.org

Population Reference Bureau: www.phishare.org

UNFPA: www.unfpa.org/issues/index.htm

WHO: www.who.int/reproductive-health/family_planning/index.html

3 Services intégrés

Management Sciences for Health. Managing integrated services. *The Manager*. 1994;3(3). Available at: <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.2.5.htm&module=health&language=English>. Accessed February 27, 2006.

United States Agency for International Development (USAID). *Family Planning/HIV Integration: Technical Guidance for USAID-Supported Field Programs*. Washington, DC: USAID; 2003. Available at: www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/publications/docs/fphiv.pdf.

Questions liées au genre

International Planned Parenthood Federation (IPPF). *Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries*. London: IPPF; 2004. Available at: www.ippfwhr.org/publications/publication_detail_e.asp?PubID=63.

IPPF/Western Hemisphere Region. *Gender-based Violence: Guidelines and Tools for Managers and Providers*. Available at: www.ippfwhr.org/publications/publications_by_topic_e.asp?CategoryID=5&CategoryName=violence.

South African AIDS Trust (SAT). *Counselling Guidelines on Domestic Violence*. Harare: SAT and Canadian International Development Agency (CIDA); 2004. HIV Counselling Series, No. 4. Available at: www.satregional.org/attachments/Publications/Skills_percent20Training_percent20E/Domestic_percent20Violence.pdf.

United Nations Population Fund (UNFPA). *A Practical Approach to Gender-Based Violence: A Programme Guide for Health Care Providers and Managers*. New York: UNFPA; 2001. Available at: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=69&filterListType=.

USAID Interagency Gender Working Group (IGWG) and World Health Organization (WHO) Department of

Gender, Women and Health. *A Summary of the "So What?" Report: A Look at Whether Integrating a Gender Focus into Programmes Makes a Difference to Outcomes*. Geneva: IGWG/WHO; 2005. Available at: www.prb.org/pdf05/So_What_Report_A_Look_at_Whether_Integrating_a_Gender_Focus.pdf.

Soins après avortement

Herrick J, Turner K, McInerney T, Castleman L. *Woman-centered Postabortion Care: Reference Manual*. Chapel Hill, NC: Ipas; 2004.

VIH/IST

Eldis. *HIV and AIDS Resource Guide to Sexual and Reproductive Health: The Relationship with HIV and AIDS*. Available online only at: www.eldis.org/hivaids/sexualreprohealth.htm.

EngenderHealth. *Sexually Transmitted Infections and HIV and AIDS* [online minicourses]. Available online only at: www.engenderhealth.org/res/onc/index.html.

International Planned Parenthood Federation (IPPF) South Asia Regional Office and United Nations Population Fund. *Integrating HIV Voluntary Counseling and Testing Services into Reproductive Health Settings: Stepwise Guidelines for Programme Planners, Managers and Service Providers*. New York: UNFPA; 2004. Available at: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/245_filename_hiv_publication.pdf.

IPPF/Western Hemisphere Region (WHR). *Have You Integrated STI/HIV Prevention into your Sexual and Reproductive Health Services?* [checklist]. New York: IPPF/WHR; 2002. Available at: www.ippfwhr.org/publications/publication_detail_e.asp?PubID=39.

Morrison C, Best K. *Hormonal Contraception and HIV: An Update*. Research Triangle Park, NC: Family Health International; 2004. Available at: www.fhi.org/en/RH/Pubs/booksReports/hcandhiv.htm.

Vail J, Nguyen T, Sherris J, Wittet S. *A Tool to Assess Program Capacity: Adding Services to Manage Reproductive Tract Infections*. Seattle: PATH; 1999. Reproductive Health Reports, No. 3.

World Health Organization. *Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections*. Geneva: WHO; 2003. Available at: www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_01_10_mngt_stis/.

WHO. *Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections—A Guide to Essential Practice*. Geneva: WHO; 2005. Available at: www.who.int/reproductive-health/publications/rtis_gep/.

4

Sécurité des fournitures contraceptives

Management Sciences for Health. Managing Drugs and Supplies section. The Manager's Electronic Resource Center website. Available at: <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=1.0.htm&module=drugs&language=English>. Accessed February 23, 2006.

World Health Organization (WHO) and United Nations Population Fund (UNFPA). *Essential Drugs and Other Commodities for Reproductive Health Services* [draft discussion document]. Geneva: WHO; 2003. Available at: www.who.int/reproductive-health/publications/essential_drugs/text.pdf.

Outils de directives et de gestion

DELIVER: <http://deliver.jsi.com>

The Supply Initiative: www.rhsupplies.org/

Hare L, Hart C, Scribner S, Shepherd C, Pandit T (ed.), Bornbusch A (ed.). *SPARHCS: Strategic Pathway to Reproductive Health Commodity Security. A Tool for Assessment, Planning, and Implementation*. Baltimore, MD: INFO Project/Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2004. Available at: www.rhsupplies.org/resources/doc/SPARHCS_publication.pdf.

United Nations Population Fund (UNFPA). Tools to help countries manage their own supplies page. UNFPA website. Available at: www.unfpa.org/supplies/tools.htm.

5

La Qualité des soins

EngenderHealth. *COPE® Handbook: A Process for Improving Quality in Health Services, Revised Edition*. New York: EngenderHealth; 2003. Available at: www.engenderhealth.org/res/offc/qi/cope/handbook/index.html.

Management Sciences for Health. Managing for Quality section. The Manager's Electronic Resource Center website. Available at: <http://erc.msh.org/quality/>. Accessed February 24, 2006.

Management Sciences for Health. Managing Quality & Clinical Services section. The Manager's Electronic Resource Center website. Available at: <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=1.0.htm&module=quality&language=English>. Accessed February 24, 2006.

Pathfinder International. Comprehensive Reproductive Health and Family Planning Training Curriculum [series

of training modules]. Available at: www.pathfind.org/site/PageServer?pagename=Publications_Training_and_Capacity_Building_CRHFP. Accessed February 24, 2006.

Population Council. *Quality/Calidad/Qualité* [quarterly publication series]. Available at: www.populationcouncil.org/publications/qcq/default.htm. Accessed February 24, 2006.

PRIME II and JHPIEGO Corporation. *Transfer of Learning: A Guide for Strengthening the Performance of Health Care Workers*. Chapel Hill, NC: PRIME II; 2002.

Reerink L, Campbell B. *Improving Reproductive Health Care Within the Context of District Health Services: A Hands-on Manual for Planners and Managers*. Amsterdam: Royal Tropical Institute; 2004. Available at: www.kit.nl/publishers/assets/images/bw._SRH_Final.pdf.

6 Counseling en matière de choix informé et de contraception

International Consortium for Emergency Contraception: www.cecinfo.org/

EngenderHealth. *Choices in Family Planning: Informed and Voluntary Decision Making*. New York: EngenderHealth; 2003. Available at: www.engenderhealth.org/res/offc/ic/choices/.

EngenderHealth. *Comprehensive Counseling for Reproductive Health: An Integrated Curriculum*. New York: EngenderHealth; 2003. Available at: www.engenderhealth.org/res/offc/counsel/ccrh/index.html.

Family Health International (FHI). *FHI's Quick Reference Chart for the WHO Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. Research Triangle Park, NC: FHI; 2004. Available at: www.fhi.org/NR/rdonlyres/eozy2edy6g34hjicrq3qesqgo6yhrkxfv4wdmn-vdt7v4lhnfgro7f5tjpbdt6m4qaypo7fa4hj7kfp/EnglishMECFINAL1.pdf.

FHI. *Provider Checklists for Reproductive Health Services: Reference Guide*. Research Triangle Park, NC: FHI; 2002. Available at: www.fhi.org/en/RH/Pubs/servdelivery/checklists/index.htm.

PATH. *Resources for Emergency Contraceptive Pill Programming: A Toolkit*. Seattle: PATH; 2004. Available at: www.path.org/publications/pub.php?id=828.

World Health Organization (WHO). *Making Decisions about Contraceptive Introduction: A Guide for Conducting*

Assessments to Broaden Contraceptive Choice and Improve Quality of Care. Geneva: WHO; 2002. Available at: www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_02_11_contraceptive_introduction/.

WHO. *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. 3rd ed. Geneva: WHO; 2004. Available at: www.who.int/reproductive-health/publications/mec/.

WHO. *Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use*. 2nd ed. Geneva: WHO; 2004. Available at: www.who.int/reproductive-health/publications/spr/index.htm.

WHO Department of Reproductive Health Research (RHR) and INFO Project at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (JHU CCP). *Decision-Making Tool for Family Planning Clients and Providers* [PowerPoint presentation]. Geneva: WHO and Baltimore: JHU CCP; 2005. Available at: www.who.int/reproductive-health/family_planning/tool.html.

7 Surmonter les barrières pour atteindre les groupes peu desservis

Adolescents

EngenderHealth. *Youth-Friendly Services: A Manual for Service Providers*. New York: EngenderHealth; 2002. Available at: www.engenderhealth.org/res/offc/qi/yfs/index.html.

Family Health International (FHI). *Meeting the Needs of Young Clients: A Guide to Providing Reproductive Health Services to Adolescents*. Arlington, VA: FHI; 2000. Available at: www.fhi.org/en/RH/Pubs/servdelivery/adolguide/index.htm.

Senderowitz J, Solter C, Hainsworth G. *Clinic Assessment of Youth-Friendly Services: A Tool for Improving Reproductive Health Services for Youth*. Watertown, MA: Pathfinder International; 2003. Available at: www.pathfind.org/site/DocServer/mergedYFStool.pdf?docID=521.

WHO, UNFPA, and UNICEF Study Group of Programming for Adolescent Health. *Programming for Adolescent Health and Development*. Geneva: WHO; 1999. WHO Technical Report Series, No. 886. Available at: www.who.int/child-adolescent-health/publications/publist.htm.

Réfugiés

CARE. *Moving from Emergency Response to Comprehensive Reproductive Health Programs. A Modular Training Series*. Washington, DC: CARE; 2002. Available at: www.rhrc.org/pdf/FinManual.pdf.

Dixon G. *Contraceptive Logistics Guidelines for Refugee Settings*. Arlington, VA: Family Planning Logistics Management Project; 1999. Available at: www.jsi.com/JSIInternet/Publications/familyplanning.cfm.

Reproductive Health Response in Conflict (RHRC) Consortium. *Field Tools/Guidelines* [collection of documents]. Available at: www.rhrc.org/resources/index.cfm?type=guideline.

World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund (UNFPA), and United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). *Reproductive Health in Refugee Situations: An Interagency Field Manual*. Geneva: UNHCR; 1999. Available at: www.unfpa.org/emergencies/manual/.

Hommes

EngenderHealth. *Men's Reproductive Health Curriculum*. New York: EngenderHealth; 2003. Available at: www.engenderhealth.org/res/offc/map/mrhc/index.html.

EngenderHealth. Men's reproductive health services model page. EngenderHealth website. Available at: www.engenderhealth.org/ia/www/emrh0.html. Accessed February 24, 2006.

EngenderHealth. *Programming for Male Involvement in Reproductive Health: A Practical Guide for Managers*. New York: EngenderHealth; 1997. Available at: www.engenderhealth.org/ia/www/wmpfmirh.html.

8

La communication pour le changement de comportement

AIDSCAP. *How to Create an Effective Communication Project*. Research Triangle Park, NC: Family Health International; (no date). Available at: www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/guide/BCC+Handbooks/effectivecommunication.htm.

O'Sullivan GA, Yonkier JA, Morgan W, Merritt AP. *A Field Guide to Designing a Health Communication Strategy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs;

2003. Available at: www.jhuccp.org/pubs/fg/02/index.shtml.

World Health Organization (WHO). *Communicating Family Planning in Reproductive Health: Key Messages for Communicators*. Geneva: WHO; 1997. Available at: www.who.int/reproductive-health/publications/fpp_97_33/fpp_97_33_abstract.en.html.

9

Baisser les barrières économiques

Day LM. *Designing a Family Planning User Fee System: A Handbook for Program Managers*. Boston: John Snow International/SEATS; 1993. Available at: http://seats.jsi.com/publications/pub21_24.html.

Management Sciences for Health. Charging fees for family planning services. *The Manager*. Available at: <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.1.3.htm&module=finance&language=English>. Accessed February 24, 2006.

10

Viabilité

Janowitz B, Bratt JH. *Methods for Costing Family Planning Services*. New York: UNFPA and Family Health International; 1994. Available at: www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/Capacity_Bldg/unpf0050.pdf.

Management Sciences for Health. Using cost and revenue analysis tools. *The Manager*. 1993;2(1). Available at: <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.1.1.htm&module=finance&language=English>. Accessed February 27, 2006.

Management Sciences for Health. *Financial Sustainability* [collection of documents and tools]. Available at: <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.1.0.htm&module=Finance&language=English>. Accessed February 24, 2006.

Management Sciences for Health. Keeping Your Organization Sustainable section. The Manager's Electronic Resource Center website. Available at: <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=1.0.htm&module=sustainable&language=English>. Accessed February 24, 2006.

United Nations Millennium Project. *MDG Needs Assessments: Excel Tools and User Guides for Maternal & Reproductive Health* [collection of documents]. Available at: www.unmillenniumproject.org/policy/needs03.htm.

