ECO Consult
HEALTH FOCUS

Promotion de l'éducation de base

Santé de la reproduction et de la famille

pour le compte de
giz Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

INTEGRATION DU CONCEPT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE ET DE LA CONTRACEPTION DANS LES DOCUMENTS DU COUNSELLING VIH EN GUINEE

Enjeux et limites

1. **Rapport de mission**
2. **Note conceptuelle et orientations**
3. **Guide pour l'intégration**

Auteurs :

Flavien Tiokou Ndonko, Dr. Phil.
Foromo Guilavogui, M.D, M.PH Cand.

1

RAPPORT DE MISSION

Table des matières

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES ..... - 4 -

REMERCIEMENTS ..... - 5 -

I. INTRODUCTION ..... - 6 -

I.1 Objectifs de la mission ..... - 6 -

I.2 Objectifs spécifiques ..... - 6 -

I.3 Méthodologie ..... - 7 -

I.4 Résultats attendus ou livrables : ..... - 7 -

II. ACQUIS ET INITIATIVES BENEFIQUES EN TERMES DE PF/CONTRACEPTION ... - 8 -

III. BARRIERES POTENTIELLES A LA PF INHERENTES AU SYSTEME DE SANTE. - 10 -

IV. ATTITUDES DES POPULATIONS PAR RAPPORT A LA SR/PF ..... - 18 -

V. EXPLOITATION DES DONNEES STATISTIQUES ET LEÇONS APPRISES ..... - 25 -

VI. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS ..... - 28 -

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ..... - 33 -

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AC	Agents Communautaires ou Agents de Santé Communautaires
AGBEF	Agence Guinéenne pour le Bien Etre Familial
CDV	Counselling et Dépistage Volontaire
CECOJE	Centre d'Écoute, de Conseil et d'Orientation des Jeunes
CPN	Consultation Prénatale
DCIS	Dépistage et Conseil du VIH à l'Initiative du Soignant
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DRS	Direction Régionale de la Santé
DPS	Direction Préfectorale de la Santé
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
GIZ	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (Coopération internationale allemande)
GNF	Francs Guinéens
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IST	Infections Sexuellement transmissibles
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OSC	Organisation de la Société Civile
PF	Planification familiale
PSI	Populations Services International
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH/Sida
Sida	Syndrome de l'Immuno-déficience acquise
SR	Santé de la Reproduction
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities
USAID	United Stated Agency for International Development
VIH	Virus de l'Immuno-déficience Humaine

REMERCIEMENTS

Nous aimerions remercier le **Dr. Ralf Syring**, Chef de Projet Health Focus/ECO Consult à Mamou, Guinée et Mme **Ina Voigtlaender** du siège de Health Focus à Postdam en Allemagne pour la confiance qu'ils nous ont accordée en nous sollicitant pour réaliser cette mission sur l'intégration de la PF et de de la contraception dans le counselings VIH et pour des orientations claires qu'ils nous ont données sur le terrain. Nous voulons également remercier toute l'équipe de Health Focus/ECO Consult dans les quatre régions du projet pour leur appui à l'organisation des rencontres sur le terrain et les séances de travail très productives que nous avons eues. Ils sont de fins connaisseurs du système de santé en Guinée et leurs conseils nous ont été très utiles. Que les **Dr. Camille Tafsir SOUMAH de Kindia, Dr. Ibrahima BARRY de Mamou, Dr. Abdoulaye BAH de Faranah et Dr. Alpha Ibrahima Diallo de Labé** trouvent ici l'expression de notre grande admiration et reconnaissance.

Nous voulons aussi exprimer notre profonde gratitude à tous les officiels du Ministère de la Santé dont les **Dr. Mamady KOUROUMA**, Directeur de la Santé Familiale et de la Nutrition, et le **Dr. Robert Camara**, Directeur de la Prévention et de la Santé Communautaire ainsi que tous leurs collaborateurs dont les noms se trouvent dans la liste en annexe de ce document. Nous sommes particulièrement redevables à tous les DRS, DPS et les Directeurs d'Hôpitaux, les Chefs des Centres de Santé et l'ensemble des prestataires qui nous ont reçus et échangé d'une façon ouverte et franche avec nous. Nous remercions aussi toutes ces femmes appelées 'vieilles', les autres femmes adultes et plus jeunes, les vendeurs de produits contraceptifs, les membres d'association de PVVIH et les jeunes du réseau CECOJE qui ont partagé avec nous leurs connaissances ou leur expérience.

Nous sommes très reconnaissants à l'endroit des différents chauffeurs du Projet qui nous ont non seulement conduit dans les différentes régions, mais parfois assisté avec la traduction lorsqu'un certains de nos interlocuteurs avaient de la peine pour s'exprimer en français ou dans l'une des langues locales que le consultant national maîtrise. Nous avons également apprécié leur talent de conduite sur les routes serpentées que nous avons parcourues pendant pratiquement un mois, sans le moindre problème.

I. INTRODUCTION

Cette consultation s'est déroulée en quatre semaines entre le 27 avril et le 22 Mai 2017 et visait à explorer comment profiter du niveau plus ou moins élevé de l'acceptation du counselling et dépistage VIH pour introduire la thématique planification familiale/ contraception en vue d'accroître la sensibilisation et l'offre de service à cet effet. La mission s'est déroulée à Conakry et dans quatre régions couvertes par le programme Santé de la GIZ (Mamou, Kindia, Labé et Faranah) en vue de prendre en compte les réalités et spécificités de ces régions. Cette mission de consultation s'est voulue participative, car prenant en compte les avis de toutes les parties prenantes.

Nous tenons à prévenir les lecteurs de ce rapport qu'il n'est ni une analyse documentaire systématique, ni une étude approfondie de la problématique de la planification familiale, mais seulement une analyse rapide de la situation, une photographie instantanée de comment les choses se passent réellement sur le terrain en Guinée, et notamment dans les quatre régions du projet. Nous sommes donc conscients que le document peut contenir des imprécisions et ne peut aller au fond de l'analyse de certaines questions. Ce qui nous a préoccupé tout le long de la mission était de voir comment intégrer le plus efficacement possible la PF au counselling VIH, d'explorer les effets de cette intégration en nous basant sur les potentialités et les contraintes existantes sur le terrain, puis de proposer des adaptations ou une stratégie plus globale pouvant aider à rendre beaucoup plus consistante et durable l'augmentation de la prévalence contraceptive.

I.1 Objectifs de la mission

Proposer un texte conceptuel et directif sur la planification familiale et la possibilité de relations sexuelles coïtales sans conception pour son intégration au « Guide du formateur pour le dépistage et conseil du VIH à l'initiative du soignant » (DCIS) et autres documents qui orientent le processus de conseil autour du dépistage du VIH.

I.2 Objectifs spécifiques

De façon spécifique il s'agira de :

1. Développer les concepts clés de counselling en planification familiale et contraception à intégrer dans les documents qui orientent le counselling VIH : définitions importantes, principes et méthodes du counselling PF, habiletés d'un conseiller en PF, compétences essentielles en communication, méthodes modernes de PF et leurs effets secondaires, droits des clients en PF, et méthodes d'adaptation de l'approche de counselling PF ;
2. Adapter selon le contexte actuel de mise en œuvre des activités de planification familiale les concepts développés au module de formation en counselling VIH pour une application efficiente de l'approche par les formateurs des prestataires des centres de santé ;
3. Intégrer dans la proposition des considérations culturelles et religieuses spécifiques pour les quatre régions dans lesquelles on travaille en Guinée sur la planification familiale et la contraception.

4. Rédiger et soumettre le texte d'orientation adapté en counselling VIH et PF/contraception au consortium ECO Consult/Health Focus ;
5. Organiser et réaliser un atelier de présentation et débat du texte proposé à toutes les parties prenantes ;
6. Produire un rapport de consultation en format dur et format électronique à soumettre à ECO Consult/Health Focus.

I.3 Méthodologie

La méthodologie proposée qui se résume dans les étapes ci-après a consisté en la revue documentaire (rapports et documents divers, données statistiques), des entretiens avec les responsables du Ministère de la Santé aussi bien au niveau central que régional et préfectoral ainsi que les prestataires dans les formations sanitaires et les personnes ressources dans les associations et la communauté. Voici les étapes suivies à cet effet en vue de parvenir aux produits attendus :

1. Revue documentaire des outils de prestations et de counselling existants en VIH et PF ;
2. Présentation d'une note technique et méthodologique définissant l'approche et les séquences de mise en œuvre de la consultation ;
3. Recueil d'informations clés auprès des services concernés et les acteurs impliqués dans la mise en œuvre des activités de santé reproductive à travers des entretiens à Conakry et dans les régions ;
4. Analyse et croisement des informations recueillies ;
5. Rédaction d'un premier brouillon du texte conceptuel et directif selon l'objectif général et sa présentation au consortium ECO Consult/Health Focus en session interne
6. Rédaction d'un deuxième brouillon du texte prenant en compte les commentaires et amendements
7. Réalisation d'un atelier de présentation et débat d'un jour du texte proposé (deuxième brouillon) avec les parties prenantes (Direction Nationale de la Santé Familiale et la Nutrition, Comité National de Lutte contre le SIDA, Directions Régionales de la Santé de Kindia, Mamou, Labé et Faranah, Association Guinéenne pour le Bienêtre Familiale, Association de Personnes Vivant avec le VIH, FNUAP, collègues d'ECO Consult/Health Focus et GIZ, autres);
8. Rédaction du texte conceptuel et directif final.

I.4 Résultats attendus ou livrables :

A la suite des échanges avec les responsables Health Focus, nous avons convenus de recentrer les résultats attendus sur les livrables suivants :

- Une note technique pour l'intégration de la PF au counselling VIH
- Un Guide pour l'intégration de la PF au counselling VIH
- Une présentation Powerpoint des principaux résultats de la mission
- Un rapport détaillé de la mission

II. ACQUIS ET INITIATIVES BENEFIQUES EN TERMES DE PF/CONTRACEPTION

Volonté politique pour la promotion de la PF et par rapport à son intégration aux autres services

L'ensemble des officiels rencontré au Ministère de la Santé a affirmé la volonté du gouvernement de promouvoir l'offre de services de la planification familiale et d'accélérer la mise en œuvre des projets sur le terrain. Cette volonté est d'ailleurs soutenue par de nombreux partenaires techniques et financiers qui s'engagent dans l'accompagnement du Ministère de la Santé en matière de Santé de la reproduction / planification familiale sur le terrain. Au nombre de ces partenaires, on compte : UNFPA, USAID/JHPIEGO, PSI, UNICEF, IPPF/AGBEF, OMS, etc.

Les responsables au Ministère de la Santé appellent de tous leurs vœux les différents services sur le terrain pour une plus grande collaboration et le développement des stratégies novatrices pouvant aider à améliorer les indicateurs de la PF sur le terrain. Aussi au niveau central, une réunion de coordination spécialement dédiée à la PF a été instaurée en vue d'assurer le suivi global des partenariats et la mise en œuvre globale du programme.

Système national de rapportage des données et disponibilité des données

D'après différents responsables au Ministère de la Santé, le système national de rapportage des données a été fortement amélioré au cours des dernières années et permet une plus grande complétude et promptitude des rapports. Aussi des données sont obtenues systématiquement et consolidés tous les mois. La réorganisation du système national de collecte des informations et le renforcement de l'unité chargée de Suivi-Evaluation à la Direction de la Santé Familiale ont fortement contribué à ces améliorations.

Amélioration de la disponibilité en contraceptifs sur le plan national

Le Ministère a également pris des mesures pour renforcer l'approvisionnement en produits contraceptifs sur le terrain en vue de limiter les problèmes de rupture de stock des intrants. Une gamme complète de méthodes de contraception constituée de contraceptifs oraux, d'implants, de condoms masculin et féminin ainsi que du dispositif intra-utérin sont régulièrement mis à la disposition des formations sanitaires.

Expérience positive d'intégration et polyvalence des agents

Dans diverses régions, il y a un effort réel d'intégration des services, notamment au niveau des hôpitaux et de certains centres de santé urbain. Le Centre de Santé Manquepas situé au cœur de la ville de Kindia est un bel exemple d'intégration des services. Le Service de maternité offre de façon intégrée la CPN, la PTME et la PF. Trois

sages-femmes assistées de plusieurs stagiaires se relayent à cet effet pour faire des causeries éducatives, le counselling individuel au cours desquels la gamme des services est proposée aux clientes. Avec un certain succès, elles touchent de nombreuses femmes et recherchent aussi activement celles qui n'ont pas pu honorer leur rendez-vous. Elles peuvent distinguer entre une femme qui a pris part à la causerie éducative et le counselling et a sollicité discuter avec son mari pour prendre une méthode, celle qui a choisi une méthode et ne l'a pas encore prise et celle qui a visité le centre et n'a pas pris part ou a refusé le counselling PF. Toutefois, la MAMA compte parmi l'une des méthodes couramment utilisées mais qui n'offre pas toujours suffisamment de garantie en termes de fiabilité.

A Mamou, Faranah et Labé on compte également de nombreux centres de santé ou hôpitaux qui ont intégré différents services et disposent des fiches et registres à cet effet. Mais certaines prestataires PF ne sont pas suffisamment informés ou formées sur l'ensemble de la gamme des méthodes PF offertes. La structure d'accueil, notamment pour les formations sanitaires qui offrent la PF directement dans le bloc de la maternité, est également susceptible d'y éloigner les jeunes filles, voire les autres femmes (mariées ou non mariées) dans la mesure où les autres clientes posent un regard interrogateur sur elles et même les suspectent de mener une vie de débauche.

Il se pourrait aussi que lorsque les clientes se présentent dans les centres de santé pour la PF, on ne leur propose pas le dépistage VIH, alors que pour les autres motifs de consultations (CPN ou PTME) dans les structures où l'intégration est déjà effective, on propose le dépistage VIH et même la PF.

III. BARRIERES POTENTIELLES A LA PF INHERENTES AU SYSTEME DE SANTE

Attitudes du personnel de santé par rapport à la contraception

On retrouve bien de personnel de santé qui pensent que la planification familiale/contraception est destinée exclusivement aux femmes mariées ou qui ne s'empêchent pas à dicter aux clients ce qui est convenable de faire, comme par exemple l'abstinence pour les jeunes. On entend beaucoup parler de 'se planifier' ou 'planification familiale' comme si tous les clients étaient dans ce besoin alors que certains comme les jeunes et adolescents voudraient plutôt éviter la moindre grossesse. On conçoit difficilement que les besoins varient en fonction des cibles et qu'il est important de les laisser s'exprimer ou exprimer leurs désirs. C'est peut-être ce qui explique la difficulté du personnel de santé à comprendre que les jeunes filles et même certaines femmes non mariées ou non enceintes sont fortement gênées de se pointer à la maternité où elles doivent prendre place à côté des femmes enceintes pour attendre de se voir offrir une méthode de contraception. Ces jeunes filles et femmes préfèreront s'orienter vers les circuits parallèles ou informels où elles auront une plus grande discrétion, mais souvent à un prix bien élevé, comme nous le verrons un peu plus loin.

Problèmes d'accueil et de stigmatisation des jeunes

Peu des jeunes recourent aux services de PF de peur d'être stigmatisés par le personnel qui pourraient alors les dénoncer à leurs parents ou simplement par peur d'y croiser d'autres adultes qu'ils connaissent. La discrétion est vraiment une condition importante pour ces jeunes et c'est d'ailleurs ce qui pousse la plupart d'entre eux à s'orienter plutôt vers des circuits informels ou d'aller discrètement au domicile de certains agents de santé pour obtenir la contraception.

Les adolescents commencent parfois précocement des rapports sexuels, à l'insu des adultes ou parents qui les prennent toujours pour des petits enfants. D'après le témoignage de plusieurs personnes rencontrées, on dénombre des cas de grossesses non désirées dans les écoles primaires de différentes régions, ce qui pourrait être une cause de déscolarisation ou de l'abandon scolaire chez ces jeunes filles. Beaucoup de jeunes à cet âge manquent d'information sur la sexualité et certains nous ont d'ailleurs expliqué que bien d'adolescentes croient qu'elles ne peuvent pas tomber enceinte parce qu'elles ne sont pas mariées ou si elles n'entretiennent qu'un seul rapport sexuel.

Il y a un réel besoin d'information pour les adolescents qui veulent de plus en plus s'émanciper de la tutelle des parents et ont aussi recours aux réseaux sociaux pour s'informer sur certaines questions. On peut voir certaines de ces adolescentes dans différentes villes aller à l'école le matin bien maquillées et coiffées avec un téléphone androïde en main. Leur corps parait être un objet d'attention particulière et d'investissement, d'où la nécessité de les encadrer sur la santé sexuelle et l'estime de soi, surtout qu'ils représentent plus du tiers de la population (les 10-24 ans).

Les jeunes du CECOJE:

Le CECOJ regroupe de nombreux jeunes filles et garçons qui sont des leaders d'associations au niveau de la communauté. Leur rôle est de préparer les jeunes et adolescents à être des adultes responsables par l'adoption d'un comportement responsable. Ils sont formés comme pairs éducateurs pour lever le tabou autour de la sexualité. Ils encouragent leurs pairs à s'abstenir ou à se protéger en utilisant les préservatifs qu'ils distribuent dans la communauté ou lors des campagnes de dépistage sur le VIH. Ils mènent également des interventions à la radio communautaire. La sexualité reste un sujet tabou, de l'avis de nombreux jeunes et notamment des jeunes filles qui évitent de parler de rapport sexuel ou de toucher/prendre le condom. Certains jeunes ont entendu que des filles ont perdu la vie en tentant de faire un avortement ou que d'autres ont accouché et se sont débarrassés de l'enfant en l'abandonnant devant la maison d'un pair éducateur. Les jeunes membres du réseau CECOJE ne sont pas formés sur la planification familiale et les méthodes de contraception et éprouvent des difficultés à encadrer ou orienter d'autres jeunes ou adolescents à cet effet.

A propos du personnel : la question de la formation et de la certification

Beaucoup de responsables ont remarqué que cela fait bien longtemps que la formation en PF de bonne qualité ne s'est pas faite. La plupart des prestataires PF en région ont été formés sur le tas. Ils ne sont pas accompagnés ou suivis pour acquérir les compétences souhaitées en vue d'une certification par exemple. On trouve dans les unités PF des prestataires qui reconnaissent qu'elles ne sont pas formées à l'insertion ou l'offre de toutes les méthodes de contraception : l'une va dire qu'elle n'a pas encore été formée à l'insertion du DIU et l'autre, qu'elle ne sait pas comment expliquer la méthode du collier aux femmes, bien qu'elle ait cette méthode dans la gamme fixée sur son panier de contraception (photo ci-dessous). Etonnamment, nous avons même constaté sur l'un des sites que sur six prestataires regroupés, personne ne savait comment on utilise le préservatif féminin et ils ont laissé entendre qu'ils n'ont pas été formés à cela.

"Le préservatif féminin, c'est très contraignant, il faut tenir le cerceau là tout le temps, pendant les rapports sexuels"
(Propos d'une infirmière chargée de la PF).

Malheureusement, ils véhiculaient tellement d'idées négatives à propos du préservatif féminin, de nature à décourager la moindre utilisatrice potentielle.

C'est donc peu de prestataires qui sont capables d'assurer une bonne causerie éducative, le counselling PF/Contraception et offrir toute la gamme de produits contraceptifs. Et pourtant toutes les 'blouses blanches' sont sollicités dans les quartiers

pour injecter le dépo-provera ou l'Equilibre. Il y a donc beaucoup de personnel de santé non formé à la PF, y compris des laborantins, qui offrent certaines méthodes dans la communauté ou en privé sans que cela soit notifié nulle part, car c'est la discrétion qui caractérise cette offre parallèle (en dehors des circuits officiels) de la PF. Ce manque de formation ou de formation suffisante se ressent aussi à leur faible capacité d'analyser ou de comprendre des problèmes, à leur manque de curiosité ou d'intérêt : on ne sait pas utiliser le préservatif féminin, on attend au lieu de demander ou faire une petite recherche sur comment l'utiliser ; des clientes qui viennent pour la PF montrent ostensiblement qu'elles ne veulent pas s'asseoir sur le banc d'attente à la maternité ou cherchent à rencontrer les prestataires secrètement à l'hôpital sans que cela ne donne lieu à des recommandations à la hiérarchie pour améliorer la situation afin de garantir une certaine discrétion et la confidentialité des services de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR). Il est donc important d'assurer une formation des prestataires, de les accompagner vers la certification en vue de garantir une offre des services PF de qualité.

Photo 1 : Une prestataire présentant le panier des méthodes de contraception et le panier avec les différentes méthodes contraceptives

Organisation des services et gestion du personnel

Les centres de santé en zone rurale et semi-urbaine notamment n'ont pas toujours le nombre de personnel souhaité et il est difficile dans ce cas de parler de l'organisation des services ou de la gestion du personnel parce que c'est parfois une seule et même personne qui fait pratiquement tout. Mais, il est aussi arrivé dans certaines formations sanitaires confortablement dotées en ressources humaines que les tâches ne soient pas bien réparties entre le personnel. La personne formée à la PF s'occupe de plusieurs autres choses comme la CPN ou la PTME alors que des collaboratrices pourraient s'occuper de ces tâches pour éviter justement que les femmes venues pour la PF s'impatientent et repartent entretemps. Il est d'ailleurs fortement probable qu'après le tri des clients ou malades, on fasse attendre celles qui sont venues pour la PF le temps qu'un prestataire se libère pour les recevoir.

Insuffisance dans la chaîne d'approvisionnement et coût des produits contraceptifs

Tout le monde reconnaît que des efforts sont faits en vue de rendre les intrants pour la PF disponibles dans les différentes régions du pays. Sur le terrain toutefois, on déplore

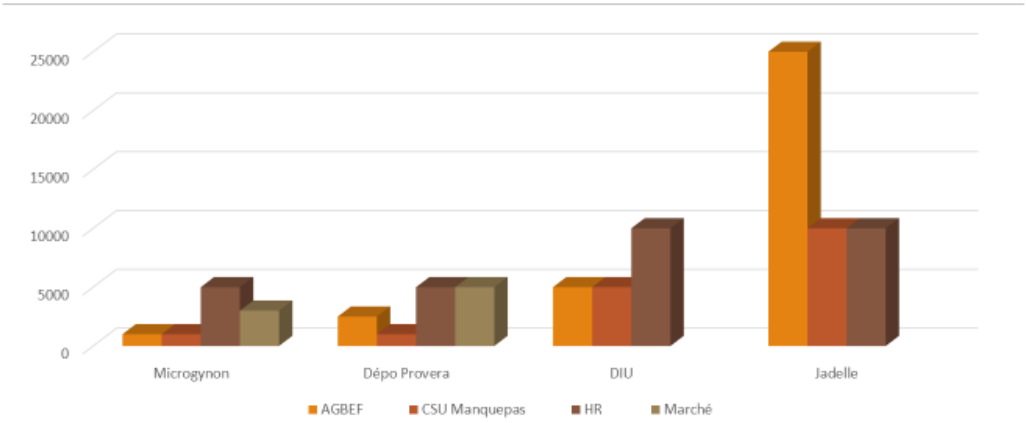
bien le fait que le stock d'intrants envoyé soit souvent assez proche de la date de péremption, d'où le risque de voir les produits contraceptifs se périmer.

Par endroit, nous avons également noté les ruptures de stocks de certains produits contraceptifs (DIU, pilules). Un prestataire de Kindia nous a par exemple parlé d'une utilisatrice régulière du Microgynon qui a reçu un autre contraceptif oral parce que celui utilisé habituellement était en rupture de stock. Mais après un mois, elle a préféré arrêter avec ce produit se plaignant des effets secondaires et exigeait seulement le Microgynon qui est encore en rupture de stock. On voit ainsi comment les ruptures de stock peuvent décourager les utilisatrices et les exposer aux risques de grossesses non désirées.

Au niveau des Directions Régionales de la Santé, il est aussi souvent avancé que les centres de santé ne viennent pas chercher les intrants PF. Là où le staff est réduit ou pas formé, le personnel du centre de santé n'accorde pas une priorité à la PF.

Pour ce qui est du prix des méthodes pratiqués par les formations sanitaires, celui-ci est très variable : pendant les campagnes ou à l'occasion de la planification postpartum, les formations sanitaires publiques offrent gratuitement les différentes méthodes PF. Dans les autres cas, le prix varie parfois du simple au double dans les formations sanitaires, y compris de la même ville et peuvent être encore plus élevés dans les circuits informels ou parallèles, comme on peut le voir dans le graphique suivant. Notons d'ailleurs aussi qu'il nous a été signalé qu'il peut arriver dans certaines villes que le DIU ou le Jadelles coûtent respectivement jusqu'à 150 000 ou 200 000 GNF. On pourrait donc se demander qu'est-ce qui peut pousser une femme à dépenser autant pour avoir une méthode de contraception. Vu l'environnement peu favorable et la forte stigmatisation de la contraception, ces femmes payent ainsi le prix le plus fort pour bénéficier d'un service dans la plus grande discrétion et en toute confidentialité.

Graphique: Variabilité des prix de la contraception dans la ville de Kindia (GNF)



Inadéquation des infrastructures

Dans la plupart des formations sanitaires, toutes les activités se font dans la même salle (CPN, PF, PTME). Toutes les clientes sont assises dans la même salle et parfois la causerie éducative n'est pas faite. Il arrive dans certains cas que la causerie éducative se fasse aux femmes par petits groupes de 4 à 6 personnes. Elles sont prises par ordre d'arrivée sur le banc d'attente et orientées vers la salle de consultation à cet effet. Là, aussi le prestataire et obligé de répéter ces généralités à tous les groupes de femmes qui viennent, ce qui peut être très fatigant. Et il n'est pas certain non plus qu'après cet exercice, le prestataire puisse s'accorder suffisamment de temps pour le counselling individuel et l'écoute patiente de la cliente.

Dans d'autres cas, les clientes sont orientées individuellement vers la salle de consultation où le prestataire lui fait le counselling individuel, ce qui prend beaucoup de temps puisque les bases ou généralités n'ont pas été préalablement discutées pour permettre aux femmes de poser des questions, voire d'interagir entre elles. De cette salle de consultation, la cliente est envoyée vers une salle pour la PF ou la salle de la PTME ou salle d'accouchement quand des salles sont disponibles à cet effet. A défaut, on la réfère à la salle d'accouchement si celle-ci n'est pas occupée, pour la PF. Assez souvent et notamment dans les centres de santé, il existe une seule salle unique où toutes les femmes qui viennent pour la CPN, la PF ou la PTME sont reçues. Les clientes qui viennent pour la PF sont obligées d'attendre que les autres femmes soient reçues, le temps qu'un personnel se libère ou que l'espace soit libéré pour les recevoir, ce qui est susceptible de les rendre impatientes, voire les pousser à repartir sans avoir obtenu le service pour lequel elles sont venues. Et dire que parfois, on souhaite même que les hommes viennent accompagner leurs épouses dans un tel cadre. Il faut être très courageux, même comme femme, pour naviguer dans un tel environnement.

Nous avons pu constater que l'infrastructure ne s'y prête souvent pas car tout se fait dans une même salle, ce qui ne permet pas toujours de garantir la confidentialité et fait que certaines clientes qui sont venues pour la PF se lassent et repartent vers les circuits informels (marché, cabinets médicaux non conventionnels, domicile de certains prestataires, etc.). Malheureusement certaines formations sanitaires sont construites comme des maisons d'habitation et offrent peu de possibilité de remodelage pour établir un circuit du client respectant strictement les normes en termes de discrétion ou confidentialité.

Faible appropriation du plan de repositionnement de la PF

Un plan de repositionnement de la PF a été conçu et validé en 2013. Beaucoup sur le terrain ne savent pas comment ce plan est exécuté, ni le niveau de mise en œuvre des activités y relatives. On pourrait penser qu'il y a eu une faible appropriation de ce plan de repositionnement qui n'a pas été suffisamment disséminé, ni mis en œuvre. Pourtant ce plan était basé sur une approche beaucoup plus globale pour relancer les activités de PF de façon consistante, avec une budgétisation conséquente et désagrégée par région. On

y retrouvait déjà des propositions d'activités assez pertinentes comme par exemple : l'intégration de la PF aux services SR, le renforcement des capacités du personnel aux techniques de supervision formative, l'enseignement de la PF dans les écoles de santé et à la faculté de médecine, l'amélioration des services PF aux jeunes et adolescents, la promotion de la franchise sociale par la contractualisation avec les OSC et les formations sanitaires privés, l'offre des services PF aux PVVIH et autres populations clés et même il a été prévu de réaliser une documentation des meilleures pratiques et cas de succès sur une base trimestrielle et de faire une revue des activités PF sous le haut patronage du Président de la République ou du Premier Ministre au cours de la semaine nationale de la Santé de la Reproduction, etc.

Faible collaboration entre le secteur public et les acteurs privés

Les acteurs du Secteur privé ou paraétatique se plaignent de ne pas être suffisamment associés à l'offre des services PF. Leurs personnels ne sont jamais sollicités pendant les formations et leurs données concernant l'offre de la PF/contraception ne sont pas toujours prises en compte, d'où un risque réel de sous notification ou de rapportage. Il y a toutefois des directions préfectorales de la santé qui sont actives dans la collecte des données et contactent tous les prestataires connus pour avoir leurs données sur l'offre des méthodes contraceptives. Mais tel n'est pas le cas dans toutes les régions où les informations sur les prestations offertes en matière de PF par le secteur privé, la qualité des services offerts, les compétences des prestataires n'existent pas ou ne sont pas collectées.

Il existerait également un vaste programme de services à base communautaire avec des AC qui vendent des pilules et des condoms dans diverses régions sans que leurs données soient intégrées dans les statistiques des centres de santé autour desquels ils opèrent. Il n'existe pas de réunion ou une plate-forme de collaboration avec ces AC.

Offre secrète des méthodes de contraception par les agents du secteur public

De même qu'il existe un circuit parallèle ou informel dynamique dans l'offre de certaines méthodes de contraception, notamment la pilule et le dépo-provera, il existe un système d'offre secrète de méthodes contraceptives par les agents du secteur public à leur domicile. Ils sont ainsi discrètement sollicités en tant qu'agents travaillant dans une structure de santé pour injecter surtout le dépo-provera. Aussi bien le personnel formé à la PF que les autres, non formés (infirmiers, laborantins) sont sollicités pour injecter le dépo-provera, certainement contre une petite rétribution. Les chiffres relatifs à ces prestations secrètes ne sont comptabilisés par personne et reportés nulle part. On trouve une situation similaire avec les accouchements à domicile où assez souvent le personnel de santé est sollicité mais n'utilise pas le partogramme à cet effet, parce qu'on croit que c'est un business privé. Mais vu le nombre d'accouchements à domicile effectués dans certaines régions, il est même recommandé au personnel de se servir du partogramme si l'accouchement est intervenu en privé.

Dans ce cas au moins, l'accouchement est maîtrisé par les agents de santé en question parce qu'ils ont été formés à cela et sont aussi capables d'utiliser le partogramme. On ne

peut pas en dire autant de ceux qui injectent le dépo-provera parce qu'en cas d'échec, c'est un coup dur qui est porté à la PF et à la contraception en général, car il n'y a pas d'explications sur les effets secondaires. La tendance serait de 'dorer la pilule'.

Quelques soucis relatifs au counselling de dépistage VIH

Comme nous l'avons fait remarquer dans les acquis, de plus en plus de formations sanitaires intègrent le counselling pour le dépistage VIH au niveau des autres services et offrent le dépistage à différents points d'entrée, notamment dans les hôpitaux. On a donc du staff formé pour assurer le counselling VIH. L'intégration est une excellente chose, mais lorsqu'on ne dispose pas de suffisamment de personnel et qu'il y a une grande affluence des malades ou de clients à la formation sanitaire, les agents ont tendance à faire vite, très vite même ou à sous-traiter des tâches importantes, mais jugées non essentielles, aux stagiaires ou aux agents communautaires qui n'ont parfois pas la base nécessaire pour les assurer d'une façon correcte. Aussi, le cadre ou les espaces dédiés ne permettent pas toujours de garantir la confidentialité (table avec plusieurs prestataires, salle étroite et pas suffisamment isolée avec d'autres clients sur le banc d'attente à la porte qui peuvent écouter les échanges, ou portes qui ne ferment pas de l'intérieur et reste entr'ouverte pendant que les clients qui attendent à l'extérieur peuvent voir la personne qui est à l'intérieur et même suivre les échanges avec le prestataire).

Les infirmiers ou médecins impliqués dans le counselling ont tendance à être très directifs, ne discutent pas avec les clients, ne posent pas de questions, n'écoutent pas et donnent surtout des instructions. Même le vocabulaire utilisé n'est pas toujours approprié. Dans un post test à un homme et une femme qui se sont présentés comme un couple, nous avons entendu des propos comme :

- 'Ce n'est pas grave'
- 'Vous devez vous soumettre au traitement, c'est long mais c'est gratuit'
- 'Vous n'êtes pas seuls'
- 'Vous êtes un couple. Vous pouvez faire des enfants'
- 'Je vais vous donner les médicaments et vous allez revenir ici le mois prochain', etc.

Le prestataire ne regardait même pas le couple et parlait étant concentré sur ses fiches et avait tout expédié en moins de 5 mn. Il aurait facilement constaté que la femme regardait 'méchamment' cet homme et que ces deux avaient des choses à lui dire. Mais l'homme a répondu 'Oui, Docteur' à toutes les 'injonctions' du prestataire. Il se trouvait que la femme venait d'un pays voisin et ne comprenait pas du tout le français. Qu'elle voulait retourner dans son pays, que ces deux n'étaient pas mariés. Or en demandant simplement dès le départ à chacun d'eux : comment ça va ? Qu'est-ce qui vous amène ici aujourd'hui ? Et vous Madame ? etc. le prestataire se serait vite aperçu que la femme ne parle pas français et ils auraient communiqué dans une des langues locales.

Nous relevons ces quelques points pour montrer que le CDV n'est pas parfait, et qu'il ne faudrait pas s'attendre à un changement spectaculaire ou miraculeux pour les indicateurs PF du simple fait que cela a été intégré au counselling VIH. Autant pour le counselling PF que pour le counselling VIH, il faut laisser les clients s'exprimer, les écouter et leur laisser faire des choix. En un mot, il faut leur accorder du temps et on n'est encore loin du compte pour ce qui est du counselling VIH.

IV. ATTITUDES DES POPULATIONS PAR RAPPORT A LA SR/PF

Les populations nourrissent une attitude fort ambivalente à l'égard de la PF selon leur niveau d'éducation, leur sexe ou leur conviction religieuse. Beaucoup disent que Dieu condamne la contraception mais reconnaissent que c'est important de préserver la santé de la mère et de garantir celle de l'enfant.

Contraception : risque d'infidélité de la femme

Il faut le dire, ce que la plupart d'hommes voient dans la PF n'est pas simplement un espacement de naissance mais plutôt la possibilité donnée à la femme d'avoir un comportement licencieux : on craint alors qu'elle pourrait entretenir des relations sexuelles à gauche et à droite si elle a des connaissances ou un moyen pour ne pas tomber enceinte. C'est un peu à penser que la fidélité de la femme est garantie par son ignorance de toute notion de contraception. Ceci peut paraître bien surprenant dans une société où l'argument de l'excision a souvent été justement de contrôler le désir de la femme et l'apprivoiser ainsi. De l'avis de certains hommes, la femme doit d'ailleurs 'toujours être en grossesse' pour ne pas avoir la possibilité de 'tricher'. Ces derniers sont si fermés à toute idée de planification familiale que lorsqu'il arrive à leurs épouses de solliciter un tel service, elles le font en toute cachette et auront même tendance à laisser leur carnet ou carte de rendez-vous à l'hôpital de peur que leurs maris le découvrent.

"Nos parents pensent qu'il faut faire beaucoup d'enfants. Ils pensent que les enfants c'est un trésor, c'est encore dans la culture. Beaucoup de maris pensent que si leurs femmes sont planifiées, elles vont faire la bêtise" (propos d'un cadre de la Santé)

Il sera nécessaire que les prestataires de santé expliquent bien l'importance de la PF et insistent sur le fait que cela n'a rien à voir avec la fidélité ou la docilité d'une épouse, mais que cela l'aide à se reposer, pour préserver sa santé et bien s'occuper des enfants. Certains responsables de la Santé ont même cité l'exemple d'un projet qui a eu cours au Ministère des Affaires Sociales à un moment donné, appelé « l'école des maris » où on aurait organisé des comités de maris pour soutenir leurs femmes en matière de recours à la PF. Mais nous n'avons pas pu avoir plus de précisions sur l'effectivité de ce projet sur le terrain. Si une telle expérience a eu lieu, il serait important de l'évaluer pour déterminer le type d'effets créés avant de chercher à la répliquer ou la généraliser car dans bien de cas des femmes essayent de recourir à la contraception à l'insu de leur mari.

Besoin de discrétion totale

Il y a également beaucoup de femmes qui réfléchissent à la manière des hommes et pensent qu'on ne doit pas agir sur ce que Dieu donne, mais du même coup n'hésitent pas à recourir à toutes sortes de pratiques traditionnelles pour éviter de tomber enceinte, soit parce qu'elles sont fatiguées par de nombreuses grossesses, soit parce qu'elles voudraient se reposer un moment. Nous revenons en détails sur quelques-unes de ces pratiques traditionnelles dans les pages suivantes. Une minorité de femmes recourt tout de même aux services de planification familiale pour avoir une méthode moderne de contraception et certaines peuvent même payer bien cher pour cela. Ces femmes souhaitent la discrétion et la plupart vient même à l'insu de leur conjoint pour prendre une méthode de contraception.

Certains personnels de santé argumenteraient même que le Jadelles marcherait mieux par rapport au DIU parce que les femmes ne veulent pas s'ouvrir devant les hommes car protègent leur intimité. Dans la même logique on explique que c'est pourquoi certaines de ces femmes préfèrent accoucher à la maison. Cet argument ne tient pas toujours parce que dans la plupart des unités PF visitées, il y a très peu d'hommes qui y exercent. Toutefois, de plus en plus de femmes consultent pour l'une ou l'autre méthode de contraception, y compris de le DIU. Il serait nécessaire de mener une enquête de satisfaction auprès des utilisatrices ou clients actuels de la PF, si possible ceux des secteurs ou circuits informels et parallèles en vue de déterminer ce qui les motive et leurs idées en vue de l'amélioration de la qualité des prestations ou de l'offre de façon plus générale.

Fort recours au secteur informel (commerçants et pharmacies parallèles)

Vu qu'il existe encore cette croyance collective qu'une femme qui prend la contraception est une femme 'légère', une 'prostituée' bien de femmes et filles qui sont dans le besoin préfèrent recourir au secteur qui leur offre un maximum de discrétion. L'hôpital ne correspond pas toujours à leur souhait et besoin de discrétion parce qu'on peut y rencontrer des proches, des voisines qui s'interrogeront certainement sur ce qu'on fait dans une maternité, alors qu'on n'est pas enceinte. Les gens se préoccupent

> *"Ce qui passe bien ici, ce sont les tests de grossesse. On a beaucoup d'étudiantes dans la ville et c'est cela qu'elles achètent le plus" (Propos d'un commerçant, Faranah)*

beaucoup des autres et il semble y avoir une forme de contrôle social strict sur la vie des individus. C'est cette recherche de discrétion qui pousse bien de femmes à aller se ravitailler en produits contraceptifs sur le marché où on n'est ni vue, ni connue. On se rend aussi dans des 'cases santé' où on peut se faire discrètement injecter le dépo-provera. A ces endroits, les clientes payent souvent plus cher pour un service de moindre qualité et sans aucun contrôle. Pratiquement sur tous les marchés dans les

différentes régions, nous avons pu sans aucune peine nous procurer des pilules ou du dépo-provera auprès des commerçants dans les marchés, parfois à l'entrée même de l'hôpital. Nous avons demandé à l'un de ces commerçants à Faranah quelle est la méthode de contraception la plus vendue par lui et sa réponse était plutôt surprenante :

Vu cet important recours aux tests de grossesse, tel que l'a relevé ce commerçant, on pourrait bien se poser la question de ce que font ces filles après le test, puisqu'il doit bien y avoir un certain nombre qui tombe enceinte. On pourrait donc s'attendre à ce que la pratique de l'interruption volontaire des grossesses soit bien réelle dans ces milieux.

Influences de la culture et de la religion

- **Pratiques traditionnelles en vue de contrôler les naissances**

Il existe dans diverses régions du pays des pratiques traditionnelles visant à prévenir les grossesses ou les naissances. Des femmes portent même visiblement des amulettes autour des reins sans que le personnel de santé, notamment les prestataires qui sont en contact avec elles à la maternité ne s'en offusquent ou ne leur posent des questions à propos. On peut ainsi s'étonner du manque de curiosité de ces prestataires et de leur attitude plus ou moins condescendante à l'égard des croyances et connaissances de ces femmes. Ces pratiques considérées comme traditionnelles apparaissent pourtant comme un véritable atout pour amener ces femmes à accepter et intégrer les méthodes modernes de contraception dans leurs perspectives. Au nombre des pratiques traditionnelles recensées, nous comptons :

  - **La 'migration' postpartum ou l'éloignement du conjoint** :

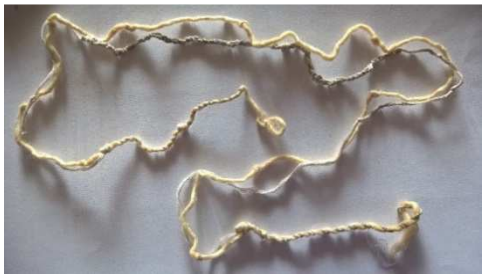
Cette pratique autrefois répandue est essentiellement applicable aux femmes en union. Elle consiste pour la femme qui vient d'accoucher de quitter son domicile pour une durée plus ou moins longue pour se rendre dans sa famille ou sa belle-famille. Cet éloignement pouvait durer jusqu'à quatre ans autrefois. On disait que l'enfant marche avant que l'épouse revienne chez elle. On considérait en fait qu'étant dans sa famille ou sa belle-famille, il était difficile qu'elle entretint des rapports sexuels car il serait mal vue qu'un homme aille dans la case familiale entretenir des rapports sexuels, fût-t-il avec son épouse. Il faut faire remarquer qu'auparavant un tel éloignement ne posait pas vraiment problème parce que les ménages étaient pour la plupart dans les unions polygyniques et qu'une autre femme reprenait la place et les responsabilités de l'épouse absente, notamment auprès du mari. Parfois c'est à la suite de l'accouchement qu'une nouvelle épouse faisait son entrée dans le foyer. Ainsi, la femme avait tout le temps de se reposer et d'avoir un espacement plus ou moins long entre les naissances. Aujourd'hui la plupart de foyers en zone urbaine ou semi-urbaine sont dans une union monogamique et aussi vu des contraintes professionnelles dans d'autres cas, la femme ne peut plus se permettre un tel éloignement, surtout de longue durée. Une minorité de femmes continue à bouger, notamment les primipares, pour une durée plus ou moins courte et on explique que c'est pour se faire aider des parents. Assez souvent, c'est plutôt les parents ou d'autres collatéraux qui défilent chez la nouvelle maman pour l'assister directement dans

son foyer. Le cas échéant, elle ne quitte donc pas son domicile, même si cela peut arriver qu'elle 'migre' dans une autre chambre, quand cela est possible. Le risque n'est pas nul tant qu'elle est à côté, de voir le mari la solliciter ou l'inverse. Et si l'acte sexuel se passe, les gens croient que cela va abimer la qualité du lait maternel et l'enfant ne pourra pas se développer normalement. On aura d'ailleurs tendance à ne plus l'allaiter ou à le sevrer précocement :

> « Quand le lait n'est pas bon, il ne faut pas le donner à l'enfant. Pour savoir que le lait de la mère est gâté, on prend une cuillère, on presse le sein et on y recueille le lait maternel. On ramasse deux fourmis et on met dans le lait sur la cuillère, si les fourmis meurent cela veut dire que le lait n'est pas bon. Et si les fourmis ne meurent pas, c'est que le lait est bon et on peut donc le donner à l'enfant sans risque » (Femme, interviewée devant le poste de consultation de la maternité à l'Hôpital Régional de Faranah, 08 Mai 2017)

- **La cordelette 'blindée' (ou corde à nouer autour des reins) :**

C'est une mince corde à base de fil de tricotage qui est apprêtée par des 'vieilles' femmes. Elle fait deux nœuds sur la corde, le premier en prononçant le nom de la femme qui doit nouer la corde autour de ses reins et le deuxième en prononçant le nom de son mari ou partenaire. Après avoir prononcé ces noms, elle fait une petite prière à voix basse en récitant un verset de coran puis souffle un peu de salive sur le nœud. La femme portera la corde autour des reins et tant qu'elle aura cette corde, jamais elle ne pourra tomber enceinte, croit-on. Mais si elle l'enlève, elle va concevoir immédiatement, rassure-t-on aussi. Cette corde n'a donc d'effets que tant qu'elle est portée autour des reins. Certains prestataires de la PF ont aussi relevé que des femmes leur disent souvent être tombées enceinte alors qu'elles utilisaient la corde. Mais ces femmes ne mettront pas en doute l'efficacité de la corde si elles tombent enceinte, elles reconnaîtront ou penseront plutôt qu'elles n'ont pas eu de chance ou que la vielle qui a fait la corde était une faussaire. Puis, on réessayera plutôt avec une autre 'vielle' plus tard, en cas de besoin.



De même qu'on a des cordelettes pour se protéger des grossesses, il en existe pour protéger ou maintenir la grossesse, afin d'éviter un avortement spontané ou une fausses-couche. On consulte à cet effet ces 'vieilles' qui vont investir la corde (parfois de couleur rouge et blanche), du pouvoir de protéger la grossesse contre un avortement ou une fausse couche considérés parfois comme l'œuvre d'esprit maléfique. Certaines femmes expliquent que tant qu'on n'aura pas détaché cette corde autour des reins,

l'accouchement retardera aussi longtemps que celle-ci restera nouée autour des reins de la femme enceinte.

- **Le 'kanii' au miel :**

Le 'kanii' se présente sous forme de graines séchées, ressemblant au clou de girofle. Il est abondamment vendu sur le marché et utilisé aussi dans la cuisine locale. On brûle des graines de 'kanii' qu'on met dans un bol puis y ajoute du miel et un peu d'eau puis on laisse macérer la solution et la filtre pour boire en petite quantité ('petit à petit, dit-on). On boit ceci lorsqu'on a eu des rapports douteux pour éviter de tomber enceinte. Le 'kanii' est aussi considérée comme ayant des propriétés anti-inflammatoires, antalgiques, et même aphrodisiaque.

Nous avons pu acheter le kani et le miel et même commandé une cordelette qui nous a été livrée le lendemain et ceci, tout juste à l'entrée de l'Hôpital Régional de Faranah où se trouve un petit marché.

- **L'abstinence de 40 jours :**

Cette forme d'abstinence consiste pour une femme de s'abstenir de tout contact sexuel pendant 40 jours après l'accouchement, d'autres parlent de 4 mois et certains même de 4 ans. Elle serait inspirée de la religion musulmane et est de plus en plus vécue comme une tradition locale car tellement répandue.

- **Le coït interrompu :**

Cette pratique a été évoquée par une femme âgée (plus de la soixantaine) pour expliquer comment éviter la grossesse, ce qui est tout à fait inhabituel vu la réserve habituelle des gens pour tout ce qui a trait à la sexualité dans ces régions. Il est probable que la pratique du coït interrompue soit bien connue et depuis bien longtemps par certains groupes de population.

- **Le canari renversé sous le lit :**

Une autre façon traditionnelle d'éviter de tomber enceinte consiste à retourner un canari sous son lit, en disant une prière pour exprimer sa demande de ne pas concevoir à Dieu. On croit que tant que le canari restera ainsi retourné sous le lit, il ne sera pas possible de

tomber enceinte. Et comme pour la cordelette, lorsque des cas d'échec surviennent parce que la femme est tombée enceinte, elle ne remet pas en doute la pratique mais pensera plutôt que Dieu ne l'a pas voulu cette fois-ci et elle recommencera une autre fois si besoin est. Cette pratique est bien connue par beaucoup de femmes dans toutes régions du pays. Et il est tellement aisé de se procurer un canari sur les marchés locaux, et parfois le marché se trouve tout juste à l'entrée de l'hôpital.

- **L'abandon des bébés à la naissance :**

Plutôt qu'une méthode ou pratique de contraception, celle-ci est une conséquence évidente de la non utilisation de la contraception mais d'une sexualité active chez les jeunes et adolescents. Certaines jeunes filles qui ont eu une grossesse non désirée font tout pour dissimuler la grossesse et après l'accouchement vont abandonner l'enfant devant la porte de quelqu'un dans la communauté. Un membre du CECOJE de Mamou a dû recueillir un bébé devant leur porte et l'enfant est aujourd'hui âgé de 4 ans. Cette pratique est ressortie aussi dans l'entretien avec l'Imam qui l'a noté pour déplorer l'attitude des filles qui abandonnent ainsi les enfants, tout en reconnaissant qu'elles auraient dû s'abstenir plutôt que de chercher à refuser la responsabilité de leur acte en portant atteinte à la vie de leur enfant ou du fœtus.

Il est difficile de dire à quel degré ces pratiques ont encore cours ou dans quelle proportion des femmes les utilisent véritablement. Il serait important qu'une étude CAP sur la planification familiale et la contraception puisse prendre en compte ces pratiques traditionnelles et même mesurer leur niveau d'utilisation dans les différentes régions du pays. Nul doute qu'elles sont toutes, pratiquement, d'une efficacité douteuse en matière de contraception, mais elles démontrent au moins l'intérêt porté depuis de longues dates par ces populations pour la prévention des grossesses ou le contrôle voire le désir de maîtriser les naissances ou de n'avoir une progéniture qu'en temps voulu.

- **Faible implication des leaders religieux et des élites locales**

L'islam n'est pas opposé au bien-être de la mère, ni à celui de l'enfant. Au contraire, il recommande vivement que chaque homme puisse prendre bon soin de son ou ses épouse(s) et de ses enfants. Les leaders religieux souhaiteraient participer à la

sensibilisation de leurs fidèles sur la question de la population mais reconnaissent qu'ils n'ont pas d'expertise ou d'expérience à ce sujet. Malheureusement, lorsqu'on sollicite ces leaders religieux ou les élites locales dans les campagnes de planification familiale, c'est surtout pour obtenir d'eux de demander aux femmes d'aller à l'hôpital. On pourrait bien imaginer de les sensibiliser ou encore mieux les former sur les questions de la population, les enjeux de l'accroissement démographique non maîtrisé comme obstacle au développement et les encourager à communiquer ou prêcher dessus.

Bien de personnes ont aussi noté que les femmes voilées sont parfois radicalement opposées à la PF et prétendent qu'il n'y a pas cela dans le coran. Mais on a aussi eu des témoignages que certaines de ces femmes voilées se cachent pour venir chercher une méthode de contraception.

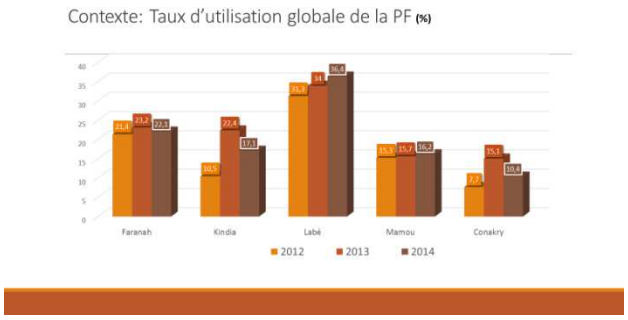
- **Faible implication des Agents Communautaires**

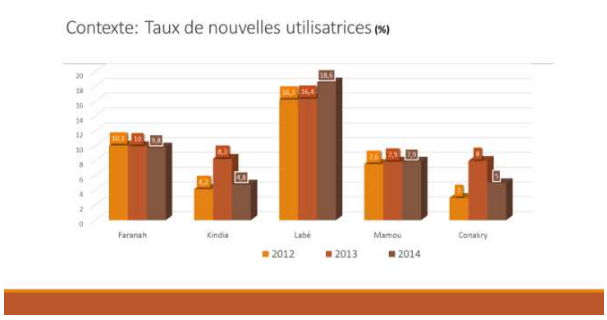
Les AC ne sont pas formés sur la PF et participent peu à ces activités, contrairement aux autres problèmes de santé comme le paludisme, la malnutrition, le VIH/Sida ou l'hygiène par exemple au sujet desquels ils ont quelques informations de base pour conduire la communication interpersonnelle avec des individus dans leurs aires de santé. On compte plus de 750 AC (dans la région de Kindia, par exemple), d'après le témoignage de Directeur Régional de la Santé. Ce serait une opportunité d'introduire une sensibilisation sur l'importance de la PF et les différentes méthodes de contraception au cours de leur réunion en vue de contribuer à distiller l'information sur cette question dans les communautés. Il faut aussi bien noter que l'implication de ces AC participera plutôt à l'accroissement de la demande des services PF/Contraception et non de l'offre ou de la qualité de cette offre.

Il faut toutefois noter qu'à certains endroits, les AC vont poser des problèmes de moyens de déplacement, voire de primes. Et si un système à base de performance est mis sur pied pour le recrutement des femmes pour la PF, il serait peut-être envisageable de les considérer comme mobilisateurs pour la PF et les rétribuer au prorata de leurs efforts.

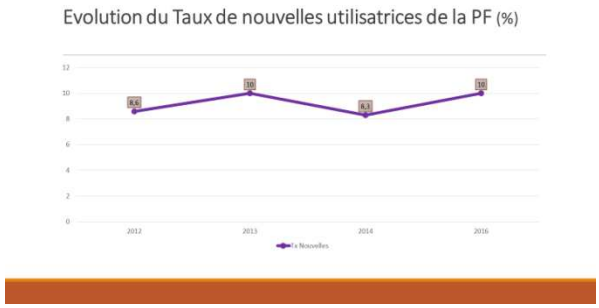
V. EXPLOITATION DES DONNEES STATISTIQUES ET LEÇONS APPRISES

Les graphiques suivants font partie d'un ensemble ayant constitué la présentation de la restitution de la mission, qui est un des produits pouvant être obtenus près de Health Focus.

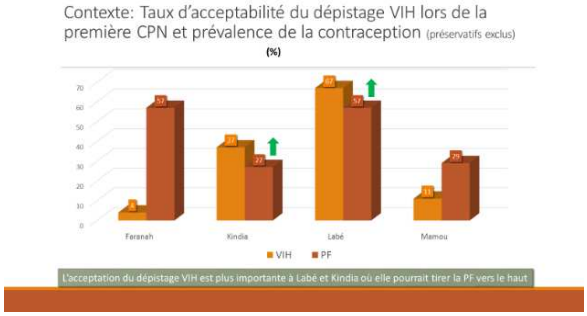


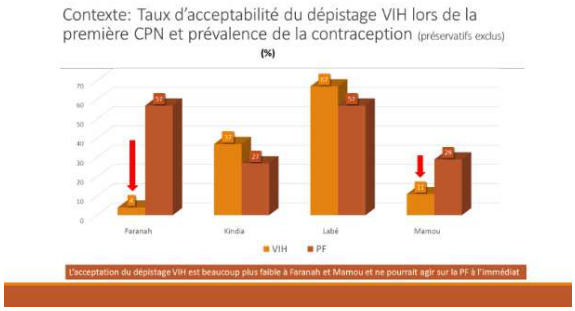


Le taux d'utilisation globale et nouvelles utilisatrices de la PF connaît au fil des années entre 2012 et 2014 une légère progression à Labé, mais monte et baisse à Kindia. A Mamou et Faranah ces taux sont plutôt stagnants sinon décroissants.



Le taux global a plutôt tendance à fluctuer et celui des nouvelles utilisatrices tend à se stabiliser autour de 10%, ce qui reste bien faible.



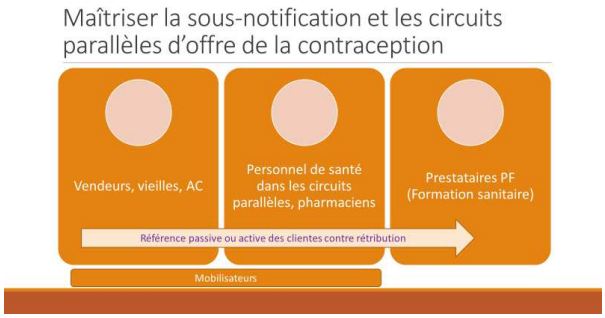


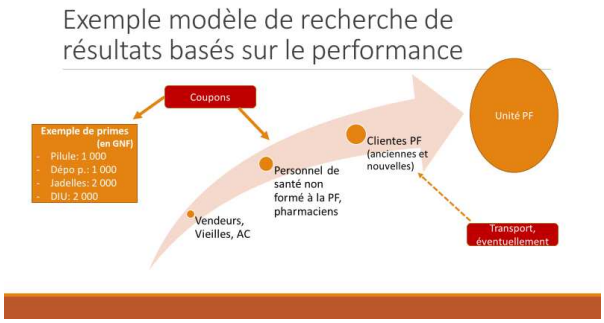
Les taux d'acceptabilité du dépistage VIH lors de la première CPN sont relativement élevés à Labé et à Kindia, contrairement à Faranah et Mamou où ces taux sont beaucoup plus bas que ceux de la PF. Il est fort probable que l'intégration de la PF au counselling VIH va tirer les données de la PF vers le haut à Labé et Kindia, mais pas Faranah et Mamou où en attendant l'intégration des services, on devrait penser à une approche différenciée : soit renforcer d'abord le counselling VIH avant d'intégrer la PF, soit faire les deux au même moment. On devrait par ailleurs explorer y aussi les autres facteurs qui freinent l'offre des services PF (attitudes et aptitudes des prestataires, modèle de supervision et de renforcement des capacités, certification des prestataires, disponibilité des intrants, attitudes et perception de la PF et des méthodes contraceptives par les populations et notamment des jeunes, etc.).

Il serait contre-productif d'appliquer le même modèle d'offre de services PF dans toutes les quatre régions, car le niveau de performance est différent et ceci pourrait aussi être un indicateur de la diversité des besoins ou de l'acceptabilité de l'offre des services PF. Bien de femmes qui consultent pour la PF veulent entrer directement quelque part où elles ne doivent pas se frotter aux femmes enceintes ou aux mères d'enfants. Elles veulent avoir le contact avec le moins de gens possible et parfois se dirigent directement vers un prestataire pour lui parler à l'oreille. L'intégration ne doit pas être un seul besoin de rassembler les services au même endroit (CPN, PTME, PF), parce que visiblement la configuration des bâtiments et les circuits des clients en place n'offrent pas suffisamment de garantie en termes de discrétion ou confidentialité.

En l'absence d'infrastructures adéquates, peut-on mettre l'accent sur l'intégration des services, à savoir qu'une cliente qui rentre par n'importe quel point d'entrée bénéficie d'une sensibilisation sur les offres de services ? Il n'existe malheureusement pas d'enquête auprès des clients PF pour mesurer leur degré de satisfaction et recueillir leurs propositions sur l'amélioration des services.

Les prix des méthodes de contraception ne sont pas harmonisés et dans la même ville un produit peut coûter entre le simple et le double selon la formation sanitaire. Les femmes recourent aussi à divers types de méthodes traditionnelles pour éviter les grossesses, mais dont l'efficacité est douteuse. Il existe aussi un secteur informel ou parallèle dynamique qui offre certaines méthodes de contraception et semble attirer bien de femmes du fait de la discrétion qui les caractérise, malgré que les coûts soient parfois plus élevés que dans les formations sanitaires.





Il est difficile de contrôler ce qui se passe dans les circuits parallèles ou informels, mais l'un des moyens de lutter contre la sous notification de l'offre de la PF par ces secteurs qui sont très dynamiques pourraient consister par exemple à les intégrer dans un système formel sur la base de la performance et former et utiliser les acteurs impliqués comme mobilisateurs contre rétribution. De cette manière, on les amènerait à référer, de façon passive ou active, les clients PF vers les unités PF qu'on rendrait plus accessible et beaucoup plus discrètes pour faciliter la circulation des clients.

VI. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Réalités différentes dans les régions et approche différenciée

- ✓ Le taux d'acceptabilité du dépistage VIH est variable selon les régions. A Kindia et Labé ces taux sont plus élevés que ceux de la PF, alors qu'à Mamou et Faranah, ils sont beaucoup plus bas. L'intégration des services PTME est encore en cours à Mamou et Faranah.
- ➢ Du fait de ces différences, le projet pourrait envisager une intégration immédiate à Kindia et Labé et espérer que celle-ci aidera sans contredit à tirer les données de la PF vers le haut. De ce fait, les prestataires impliqués dans la proposition du dépistage aux clients ou ceux encore en charge du CDV pourront être formés au counselling PF. A Mamou et Faranah, il faudrait espérer la mise en place rapide de l'intégration de la chargée de la CPN/PTME/PF ou à défaut identifier les prestataires à former ou recycler en counselling VIH pour les initier directement aussi à l'intégration de la PF dans leur paquet de service.

Prise en compte des connaissances et logiques traditionnelles en faveur de la contraception :

- ✓ Dans toutes les régions, les femmes recourent à diverses pratiques traditionnelles visant à prévenir la grossesse ou à maîtriser la sexualité pour ne concevoir qu'en temps voulu. Ces pratiques sont certes d'une efficacité douteuse en matière de planification familiale/ contraception, mais leur simple existence dénote tout de même un intérêt certain des populations et notamment des femmes pour la contraception. Il ne faut pas leur prêcher la contraception, comme aux ignorantes parce qu'elles ont tout de même des connaissances à cet effet ou ont des proches qui ont connaissance de ces pratiques traditionnelles et les leur conseillent.

- ➢ Il est important d'évoquer ces exemples de pratiques traditionnelles visant à maitriser la sexualité au cours des causeries éducatives de groupe ou du counselling individuel sur la planification familiale et la contraception. Ceci permettra de montrer ou démontrer que l'intérêt pour la PF est bien ancré dans la culture ou les traditions et que des femmes ont essayé depuis de nombreuses années à avoir un certain contrôle sur leurs capacités de reproduction. Et pourquoi pas oser un peu plus en plaçant les accessoires de ces méthodes traditionnelles dans les unités de PF/Contraception pour déclencher les échanges sur la PF à partir de cela, ce qui animerait et réjouirait beaucoup de femmes.
- ➢ Il serait important qu'une étude CAP sur la planification familiale et la contraception puisse prendre en compte ces pratiques traditionnelles et même mesurer leur niveau d'utilisation dans les différentes régions du pays de nos jours.

Limites de l'intégration

- ✓ Le projet doit bien garder à l'esprit que même en intégrant le counselling PF au counselling VIH, la situation de la PF ne va pas changer de façon spectaculaire à l'immédiat pour deux raisons principales : le fait que la pratique du counselling VIH est souvent très directive sans que les clients soient réellement beaucoup écoutés par les prestataires, or l'offre des méthodes de la contraception nécessite une grande écoute du clients, beaucoup de négociations et une grande liberté de décision du client plutôt que du prestataire. La deuxième raison est que la demande en produits contraceptifs est encore fortement entourée de tabou et l'offre se fait parfois dans les circuits informels ou parallèles du fait de la recherche de la discrétion, ce qui contribue à une probable sous notification dans le taux de la prévalence contraceptive. Le problème est donc beaucoup plus profond et ne saurait être remédié de façon parcellaire ou par un traitement homéopathique.

- ➢ Le projet doit faire le plaidoyer auprès du Ministère de la Santé et notamment auprès de la Direction nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition pour appliquer une stratégie beaucoup plus globalisante visant une réorganisation profonde de l'offre et de la demande des services PF/Contraception. Le plus simple serait de ressusciter le plan de repositionnement de la PF conçu en 2013, mais qui n'a pas été mis en œuvre dans sa globalité. A la limite, on pourrait aussi imaginer une approche séquentielle de mise en œuvre en focalisant l'ensemble des interventions dans une région pouvant servir de site pilote puis les étendre aux autres régions au fur et à mesure de la disponibilité des ressources.

D'autres questions qu'on pourrait essayer de résoudre dans une logique parcellaire sont les suivantes :

Inadéquation des infrastructures :

- ✓ La CPN, la PF, la PTME se font dans une même salle. L'infrastructure ne s'y prête pas, ce qui ne permet pas toujours de garantir la confidentialité et fait que certaines clientes qui sont venues pour la PF se lassent et repartent vers les circuits informels (marché, cabinets médicaux non conventionnels, domicile de certains prestataires, etc.).
- ➢ Il serait important que les hôpitaux réorganisent les services là où les salles sont disponibles, mais quel que soit le cas, assurer la causerie éducative PF aux clientes avant de les prendre dans un counselling individuel pour ne pas perdre son temps, en tant que prestataire, et celui des autres clientes obligées d'attendre que les informations générales ou de base soient communiquées individuellement et à tour de rôle à chacune des clientes venues pour la PF.

Vente des produits contraceptifs dans les circuits parallèles

- ✓ On retrouve des réseaux actifs de vente des produits contraceptifs sur le marché de différentes villes, notamment les plaquettes de pilule et le dépo-provera.

- ✓ Une plaquette de pilules est vendue entre 3 000 et 5 000 GNF et une ampoule de dépo-provera avec seringue à 5 000 GNF. Il faut signaler qu'aucun conseil n'est donné à l'acheteur puisqu'aussi bien l'acheteur que le vendeur privilégient la discrétion. On pourrait s'imaginer que bien de clientes de la PF utilisent des méthodes qui ne leur conviennent pas dans ces circuits parallèles, ce qui pourrait contribuer à jeter du discrédit sur les méthodes contraceptives de façon globale.
- ✓ L'existence d'un circuit parallèle actif avec très probablement de nombreuses femmes qui recourent à cette offre contribue à la sous-estimation du nombre d'utilisatrices de la contraception parce que leur nombre n'est ni notifié, ni connu par le système de santé.

- ➢ Il est difficile d'engager un combat contre ces réseaux tant qu'on ne peut pas couper leurs sources d'approvisionnement. C'est l'intensification de la sensibilisation dans la communauté, des initiatives visant à assurer la discrétion aux clients dans les formations sanitaires, la déstigmatisation de la contraception avec le lancement des mini-campagnes gratuites pour la promotion de la PF/contraception qui aideront à réduire le recours aux circuits parallèles.

- ➢ A cela, coupler une stratégie en vue de rallier tous ces acteurs qui opèrent contre le système de santé ou dans l'informel. A cet effet, on pourrait envisager de recenser les vendeurs de médicaments sur les marchés, les 'vieilles' femmes et autres tradi-thérapeutes, les infirmiers non employés par le système de santé qui opèrent dans l'informel, puis les former sur les différentes méthodes contraceptives et notamment comment mener une causerie éducative ou une communication interpersonnelle visant à promouvoir la gamme existante des méthodes de contraception. A la suite de cette formation, établir un système de motivation sur la base de la performance pour les encourager à assurer des références (passives ou actives) des clients potentiels vers les formations sanitaires où on s'assurera qu'il y a un personnel qualifié et disponible pour ne pas leur perdre le temps, puisqu'ils ne se considèrent pas à ce moment comme malades. On pourrait également imaginer de rendre cette motivation attrayante pour les méthodes de protection de longue durée afin d'éviter que ces acteurs de l'informel continuent à privilégier la vente informelle du dépo-provera ou de plaquettes de pilule sans aucun conseil. A terme, tous privilégieront la référence des clientes puisque cela leur rapporterait plus que tous les moyens contraceptifs parfois à efficacité douteuse qu'ils écoulent. Ainsi, on bâtirait une génération de femmes habituées à la contraception qui transfèrerait leurs connaissances et attitudes à leurs filles pour qu'à terme la contraception rentre dans les mœurs quotidiennes.

Participation des jeunes

- ✓ Nous avons noté une forte volonté et une grande capacité de mobilisation des jeunes par d'autres jeunes qui agissent comme pairs éducateurs et regroupés autour du CECOJE.
- ✓ La plupart de ces jeunes ont des connaissances limitées sur la planification familiale et promeuvent essentiellement l'utilisation des préservatifs.

- ✓ Certains ont d'ailleurs de la peine à faire une démonstration de l'utilisation du port correct du préservatif et estiment qu'il est honteux pour une fille d'avoir des préservatifs sur elle.
- ✓ Certains pairs éducateurs ont reconnu que si un garçon se retrouve dans une chambre avec une fille et qu'il est déjà excité, il va essayer de s'abstenir et les filles ont protesté en disant que ce dernier fera tout pour passer à l'acte sans se protéger
- ✓ Ces jeunes reconnaissent aussi qu'il y a eu et qu'il continue à avoir de nombreux cas de grossesses dans les écoles primaires parce que pour beaucoup de ces jeunes élèves, on ne peut pas tomber enceinte si on n'est pas mariée et qu'avoir 'un tout petit rapport sexuel' une fois est sans danger

- ➢ Il est important de collaborer avec le réseau des jeunes du CECOJ pour toucher plus de jeunes et même des adultes dans la communauté, car ils sont parfois sollicités par des femmes mariées et des mamans notamment pour des conseils. Mais il faudrait pour cela renforcer leur capacité en matière de planification familiale et de méthodes contraceptives.

- ➢ Sensibiliser et impliquer les jeunes pour parler à d'autres jeunes et les encourager à recourir à la contraception.

Influence de la religion et de la culture

- ✓ L'islam recommande de bien prendre soin de sa famille (enfants et femmes) et ne s'oppose pas à l'espacement des naissances pour permettre à la femme de se reposer.
- ✓ Les leaders religieux reconnaissent qu'ils ne sont pas suffisamment informés sur les questions et les enjeux de la population pour bien argumenter cette problématique au cours de leurs prêches.

- ➢ Il est important non seulement de solliciter les leaders religieux comme partenaires dans la sensibilisation des populations mais surtout de les former et les capaciter sur les enjeux de l'accroissement démographiques et l'importance de l'espacement des naissances en focalisant sur des exemples macro et microscopiques à l'échelle du pays.

- ✓ On ne pourrait pas de nos jours encourager cette forme de migration postpartum ou la polygamie pour régler la question de l'espacement de naissance. Les populations en sont d'ailleurs bien conscientes de cela et donc la planification familiale/contraception peut être considérée comme une sorte de substitution à cette pratique traditionnelle.

- ➢ Il faudrait sensibiliser et amener les gens à parler ouvertement de la contraception pour ne pas que les gens et même des prestataires se cachent derrière le concept de planification familiale pour recommander des méthodes inefficaces comme le coït interrompu, la méthode MAMA, voire 'Papa' (condoms utilisés de façon inconsistante).

On doit encourager les prestataires PF à apprendre des méthodes traditionnellement pratiquées dans différentes régions pour exploiter ces connaissances en vue de montrer aux femmes que ce besoin d'espacer les naissances ou de maîtriser sa sexualité ne date pas d'hier et que nos mamans l'ont toujours essayé : par exemple en nouant une cordelette 'blindée' autour des reins ou en buvant une potion à base de 'kanii' et de miel. On pourrait leur expliquer que les autres méthodes de contraception comme le DIU ou le Jadelles fonctionnent exactement comme la cordelette 'blindée' ou la solution de 'kanii' au miel, et qu'on a juste amélioré leur fabrication pour être plus confortable pour la femme. Et si parfois, des versets de coran sont dits en fabricant ou en portant la cordelette, on pourrait tout aussi bien encourager les femmes à prier ou prier avec elles en posant le DIU ou en insérant le jadelles et demandant à Dieu d'aider à renforcer la protection de la femme afin que son vœu d'espacer la naissance pour se reposer ou de ne pas encore concevoir immédiatement soit exaucé. On peut bien ritualiser l'offre des méthodes pour être en harmonie avec les attentes et les croyances des gens, cela renforcera la confiance des clientes sans rien enlever à l'efficacité de la méthode.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

N°	Références bibliographiques
1	Programme national de prise en charge sanitaire et de prévention des IST/VIH/sida. Guide de formation en conseil dépistage à l'initiative du soignant(MS), édition, juillet 2016 : 72, Guinée.
2	Direction nationale de la santé familiale et de nutrition (MS) .Normes et procédures en santé de la reproduction, édition 2016 : 164.
3	Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS IV MICS), Guinée 2012.
4	Plan de repositionnement de la planification familiale en Guinée, édition Novembre 2013 : 73.
5	Ministère de la santé. Rapport d'évaluation des Services de Santé Reproductive et VIH, Guinée Novembre 2013- Mars 2014 : 77,
6	Plan stratégique national de la santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et des jeunes (SRMNIA) 2016-2020 :74.
7	Modules de formation des agents communautaires sur les pratiques familiales essentielles pour la promotion de la santé, AGBEF: Manuel de relais, édition 2013: 68; Mali.
8	Modules de formation en santé de la reproduction et en planification familiale, Guinée, 2007 : 164.
9	Statistiques de la Direction nationale de la santé familiale et de la nutrition sur la planification familiale des années 2012, 2013 et 2014 (fichier Excel) .Unité suivi-évaluation.
10	Rapport annuel de l'Agence Guinéenne du Bien Etre Familial, 2016
11	Cadre stratégique national de lutte contre les IST/VIH/sida en Guinée 2013-2017 :61
12	Plan national de développement sanitaire, Guinée : 2015-2024 : 93
13	Plan Stratégique national pour l'élimination de la transmission mère et enfant du VIH en Guinée, 2015-2017 :122
14	Augmenter la prévalence de la contraception : Faire un plaidoyer, restaurer la prestation des services, créer la demande, pérenniser, RH-UNFPA.fp.ptr.pd
15	La santé sexuelle et reproductive et le VIH/sida: Un cadre de liens prioritaires .ONUSIDA/OMS-VIH/UNFPA/IPPF-VIH,2005.
16	Plan national de planification familiale du Mali, 2014-2018
17	Plan d'action de planification familiale 2012-2015, Sénégal du Ministère de la santé et de l'action sociale: 76.
18	Intégré les services de planification familiale et liés au VIH/sida pour les jeunes: Outils de programmation, Avril 2007, N°10, J.H.Bloomberg, School, Public Heath.
19	USAID/PEPFAR/CDC. Dossier technique de contraception hormonale et VIH, Septembre 2013 : 4

2

Note conceptuelle et orientations sur l'intégration de la planification familiale dans le guide de formation pour le dépistage et conseil du VIH à l'initiative du soignant en Guinée

Table des matières

I. Contexte et justification : ..... - 4 -

II. Objectifs et résultats attendus: ..... - 5 -

II.1. Objectif général : ..... - 5 -

II.2. Objectifs spécifiques : ..... - 5 -

II.3. Résultats attendus ou livrables : ..... - 5 -

III. Analyse situationelle ..... - 6 -

IV. Tableau détaillé des principaux problèmes, causes et recommandations ..... - 8 -

V. Processus de mise en œuvre : ..... - 13 -

I. Contexte et justification :

En dépit des efforts consentis en matière de planification familiale dans la plupart des pays à travers le monde, environ deux cents millions de femmes ont besoin de services de planification familiale mais, pour diverses raisons, n'ont pas recours à des méthodes de contraception. Répondre à ce besoin insatisfait permettrait d'éviter le décès de plus de deux millions d'enfants chaque année et jusqu'à un tiers des cas de mortalité maternelle.

En Guinée, 95% des femmes non utilisatrices des méthodes contraceptives, n'ont parlé de contraception ni avec un agent de terrain ni dans un établissement de santé. Et seulement 6% des femmes de 15 à 49 ans en union utilisent une méthode contraceptive dont 5% d'entre elles une méthode moderne ; cette dernière option a même légèrement baissé de 2005 à 2012 passant de 5,7% à 4,6% (EDS MICS 2012).

Selon l'enquête MICS/Palu 2016, le taux d'utilisation de la contraception par les femmes de 15- 49 ans n'a presque pas changé entre 2012 et 2016. Il est passé de 5 à 10% pour les méthodes modernes, ce qui est encore trop faible par rapport à l'objectif fixé par le Ministère de la Santé (22% en 2018) dans le plan de repositionnement. Quant aux besoins non satisfaits, ils ont augmenté de 24 à 28% entre 2012 à 2016.

Cette situation n'est pas confortable au vu des efforts déployés par le gouvernement pour le renforcement de la santé reproductive et la mise en œuvre de plusieurs programmes d'intégration de la PF dans les services et soins maternels.

Dans le cadre des actions menées contre le VIH /Sida au cours des dernières décennies, les connaissances et les comportements sains se sont améliorés ; selon l'EDS-MICS 2012, près de 95% des personnes âgées de 15-49 ans ont entendu parlé du VIH et du Sida et la proportion de cette tranche d'âge qui connaissent que le risque de TME du VIH est réduit par la prise des ARV pendant la grossesse, se situe autour de 30% (32,2% chez les femmes et 29,5% chez les hommes).

Plusieurs CDV et sites PTME sont fonctionnels dans le pays et l'offre de dépistage du VIH s'est améliorée par la prestation des conseillers dans ces sites. Les statistiques pour les quatre régions où les activités du projet de la GIZ, partiellement exécutées par ECO Consult/Health Focus, se réalisent, contiennent encore plusieurs problèmes de fiabilité. Cependant elles donnent une idée sur la situation très variée dans les régions par rapport à la contraception :

Taux d'acceptabilité du dépistage VIH par des femmes enceinte lors de la première consultation prénatale (Source : DHIS2 du SNIS 2016) pour les quatre régions est de 30%, répartis comme suit : Faranah (4%), Mamou (11%), Kindia (37%) et Labé (67%).

La prévalence contraceptive pour l'ensemble des quatre régions est de 41% (préservatifs exclus).

Depuis 2004, le ministère de la santé en collaboration avec la GTZ/GIZ a mis en place des centres de dépistage volontaire du VIH dans les régions de Mamou, Labé et Faranah au sein desquels l'approche de counseling VIH a été suffisamment vulgarisée. Un module de counselling avec des approches pertinentes de conseil a été élaboré et validé en 2007 et révisé en 2015 intégrant l'approche du DCIS, avec le concours d'autres partenaires ; ce qui a permis de former les agents des CDV en counselling VIH et de les doter de capacités réelles d'offre du dépistage volontaire du VIH.

En s'appropriant de cette approche qui a fait ses preuves, le Ministère de la Santé de la Guinée lors de la planification du projet « Santé de la reproduction et de la famille » de la GIZ dont une composante est exécutée par le consortium ECO Consult/Health Focus a demandé d'améliorer l'outil de counselling VIH en intégrant la PF et la contraception. Le produit de ce travail devrait permettre à tous les clients des sites CDV, PEC et PTME de bénéficier de conseils en planification familiale et contraception.

C'est pourquoi des actions urgentes et stratégiques sont nécessaires pour avancer vers l'atteinte des objectifs (22% en 2018), en particulier la mobilisation de l'engagement politique et financier au niveau national.

Pour les besoins de cet exercice, les profils PF/VIH par région ont été décrits à travers les informations et données factuelles. Ces données ont été fournies par l'Unité Suivi-Evaluation de la DNSFN, de l'AGBEF mais ont aussi été recueillies sur le terrain auprès des prestataires et utilisateurs.

II. Objectifs et résultats attendus:

II.1. Objectif général :

Cette note a pour objectif général d'aider à améliorer l'offre de services de la planification familiale dans les quatre régions appuyées par la GIZ en intégrant la question de planification familiale/contraception dans le « Guide du formateur pour le dépistage et conseil du VIH à l'initiative du soignant » (DCIS).

II.2. Objectifs spécifiques :

- Faire l'analyse situationnelle de la PF et du VIH dans les quatre régions,
- Développer des modalités d'intégration de la PF au counseling VIH,
- Faire valider la note conceptuelle.

II.3. Résultats attendus ou livrables :

- L'analyse situationnelle de la PF et du VIH dans les quatre régions est réalisée (acquis, points à améliorer),

- Le modèle d'intégration de la PF au counselling est disponible,
- La note conceptuelle est disponible et validée.

III. Analyse situationelle

III.1. Acquis :

1. Affirmation de la volonté politique pour la promotion de la PF et par rapport à l'intégration de la PF aux autres services
2. Renforcement du système national de rapportage des données et disponibilité effective des données
3. Amélioration de la disponibilité en contraceptifs sur le plan national
4. Expérience positive d'intégration des services dans quelques régions et polyvalence des agents dans les formations sanitaires où l'intégration est effective
5. Expérience du personnel de santé dans l'offre du counseling lors du dépistage VIH

III.2. Points à améliorer en termes de Planification Familiale :

1. Insuffisance de formation ou de recyclage des prestataires
2. Insuffisance dans l'organisation des services et la gestion du personnel
3. Problèmes d'accueil et de stigmatisation des jeunes
4. Insuffisance dans la chaîne d'approvisionnement en produits contraceptifs
5. Variabilité des prix des différentes méthodes contraceptives
6. Inadéquation de certaines infrastructures sanitaires visitées à l'offre intégrée de la PF et de la PTME
7. Faible collaboration entre le secteur public et les acteurs privés (non renforcement de capacités des acteurs du privé, sous notification ou reporting des données, etc.)
8. Offre secrète des méthodes de contraception par les agents du secteur public
9. Perception négative de la PF/Contraception par la population
10. Influences de la culture et de la religion
    a. Pratiques traditionnelles en vue de contrôler les naissances
        1. La 'migration' postpartum ou l'éloignement du conjoint
        2. La cordelette 'blindée' (ou corde à nouer autour des reins)
        3. Le 'kanii' au miel
        4. L'abstinence de 40 jours
        5. Le coït interrompu
        6. Le canari renversé sous le lit

7. Conséquences de la non planification : abandon des bébés à la naissance

b. Faible implication des leaders religieux et des élites locales
c. Faible implication des Agents Communautaires dans les activités de PF,
d. Faible appropriation du plan de repositionnement de la PF par les équipes cadres de district.

IV. Tableau détaillé des principaux problèmes, causes et recommandations

N°	Principaux problèmes	Causes majeures	Recommandations	Responsables ou entités de MOE
1	Insuffisance de prestataires en qualité et en quantité	Insuffisance de personnel,	Redéployer le personnel affecté dans les formations sanitaires,	Division ressource humaine, PTF, DRS et DPS (MS)
		Durée insuffisante de formation	Respecter les durées de formations,	DNSFN, PTF et DRS/DPS
		Insuffisance de la supervision	Assurer la supervision régulière des FS	DNSFN, PTF et DRS/DPS
		Insuffisance de suivi post-formation,	Assurer le suivi-post formation des prestataires formés ;	DNSFN, PTF et DRS/DPS
2	Insuffisance de l'organisation des services et de gestion du personnel	Non définition des tâches et de responsabilité des prestataires,	Clarifier les tâches et responsabilités des prestataires,	DRS/DPS/DH et responsables des formations sanitaires
		Insuffisance de ressources humaines	Inciter les prestataires à rester dans les postes ou ils sont affectés	Division ressource humaine, PTF, DRS et DPS (MS)
3	Problèmes d'accueil et de stigmatisation des jeunes	Cadre non adapté	Créer un cadre/ Horaires adaptés pour jeunes/adolescents avec des prestataires jeunes,	DRS/DPS/DH, Responsable des CECOJES et responsables des formations sanitaires
		Crainte d'être stigmatisé,	Renforcer l'information sur le respect de la confidentialité par les prestataires,	Responsables des structures sanitaires et communautaires
		Risque de dénonciation par certains prestataires,	Intensifier l'information sur la PF / Contraception dans la communauté	DNSFN, PTF, DRS/DPS et leaders communautaires

		Peur de rencontrer les parents dans la salle d'accueil		
4	Insuffisance dans la chaîne d'approvisionnement en produits contraceptifs	Sur- stockage des produits contraceptifs,	Impliquer les pharmaciens des districts et des régions dans la gestion de stock des produits contraceptifs,	DNSFN, DNPL, PTF, DRS/DPS
		Approvisionnement en produits avec date de péremption proche,	Former régulièrement les prestataires à la PF (procédures de commande/ gestion des intrants),	DNSFN, PTF, PCG, DNPL, DRS/DPS
			Eviter d'envoyer les produits en cours de péremption dans les régions	DNSFN, DNPL, PTF, DRS/DPS
		Rupture de stock des intrants,	Mettre en place un plan opérationnel de distribution des intrants PF à l'image des produits VIH	DNSFN, DNPL, PTF, DRS/DPS
		Faible suivi de stock	Renforcer le suivi de stock	DRS/DPS/DH, Pharmaciens inspecteurs des districts de santé, pharmaciens ou agents de dispensation des FS
5	Variabilité des prix des	Manque d'harmonisation des prix des produits contraceptifs,	Assurer l'harmonisation des tarifs des produits contraceptifs,	DNSFN, DNPL, PTF, DRS/DPS
		Non affichage/publication des prix à l'attention des utilisatrices,	Afficher ou publier le prix des produits contraceptifs dans toutes formations sanitaires,	DNSFN, DNPL, PTF, DRS/DPS

	différentes méthodes contraceptives	Sur- tarification de certains produits contraceptifs	Impliquer les AC dans la promotion des produits contraceptifs en communiquant le prix à la population/Communauté	DNSFN, DNSCP, DNPL, PTF, DRS/DPS
6	Inadéquation de certaines infrastructures sanitaires visitées à l'offre intégrée de la PF et de la PTME	Manque d'espace,	Réhabiliter les formations sanitaires qui ne s'y prêtent pas (insuffisance d'espace),	DNSFN, DNSCP, DIEM, PTF, DRS/DPS
		Circuit des clientes non clairement défini dans certaines structures,	Définition des circuits des clientes dans les formations sanitaires ;	DPS, Responsables des formations sanitaires
		Mauvaise organisation des services et imprécisions des tâches	Réorganisations des services et définitions claires des tâches	DPS, Responsables des formations sanitaires
7	Faible collaboration entre le secteur public et les acteurs privés (non renforcement des capacités des acteurs du privé, sous notification ou reporting des données, etc.)	Insuffisance de plate –forme de concertation entre les secteurs publics et privés,	Mise en place d'une plate-forme de concertation entre le secteur public et privé en PF	DNSFN, DNSCP, DRS/DPS
8	Offre secrète des méthodes de	Recherche de discrétion par les utilisatrices,	Respecter la confidentialité des utilisatrices de la PF en sensibilisant les prestataires,	DRS/DPS, Communauté /Utilisatrices
		Insuffisance d'accueil dans les formations sanitaires,	Améliorer l'accueil des clientes dans les formations sanitaires,	DPS, Responsables des structures sanitaires, prestataires

	contraception par les agents du secteur public/ Circuit informel ou parallèle	Non implication des acteurs du circuit informel ou parallèle de l'offre des produits contraceptifs	Impliquer les acteurs du secteur informel ou privé dans l'offre de service de la PF en développant les stratégies innovantes basées sur la performance	DNSFN, DNSCP, DNPL, PTF, DRS/DPS, Leaders communautaires, religieux
9	Perception négative de la PF / Contraception par la population	Insuffisance d'information de la population ou communauté sur la PF,	Intensifier l'information sur la PF / Contraception dans la communauté,	DNSFN, DNSCP, DNPL, PTF, DRS/DPS, Leaders communautaires, religieux
		Réticence des hommes à laisser leurs épouses pour se faire planifier	Explorer les possibilités d'impliquer les hommes à la PF (sensibilisation, mise en place du modèle « club des maris », après évaluation de l'expérience existante),	DRS, DPS, Leaders communautaires et religieux,
			Renforcer l'estime de soi des femmes à prendre des décisions en matière de PF (contraintes).	Prestataires des sites et agents communautaires
10	Influences de la culture et de la religion	Désir d'une progéniture nombreuse (capital humain),	Renforcer la communication/ promotion sur les avantages de la PF,	DNSFN, DNSCP, PTF, DRS/DPS, Leaders communautaires, religieux
		Existence de pratiques traditionnelles concurrentes des méthodes modernes de la PF,	S'appuyer sur les pratiques traditionnelles en rapport avec la PF pour sensibiliser sur les méthodes contraceptives,	DNSFN, DNSCP, PTF, DRS/DPS, Leaders communautaires, religieux
		Faible implication des leaders religieux,	Former les leaders religieux sur les enjeux de la population et le développement	DNSFN, DNSCP, PTF, DRS/DPS, Leaders communautaires, religieux
11		Insuffisance de formation AC sur la PF,	Procéder à la formation des AC pour la sensibilisation de la communauté en matière de la PF,	DNSFN, DNSCP, PTF, DRS/DPS, Leaders communautaires, religieux

	Faible implication des Agents Communautaires dans les activités de PF	Insuffisance de motivation,	Contractualiser avec les AC une prime basée sur la performance,	DNSFN, DNSCP, PTF, DRS/DPS, Leaders communautaires
		Insuffisance des moyens logistiques (vélos, motos etc…)	Mettre à disposition des moyens logistiques aux AC pour les activités terrain	DNSFN, DNSCP, PTF
12	Faible appropriation du plan de repositionnement de la PF par les équipes cadres de district	Insuffisance de vulgarisation du plan de repositionnement de la PF ;	Vulgariser le plan de repositionnement à tous les niveaux,	DNSFN, DNSCP, PTF, DRS/DPS
		Insuffisance de suivi des activités du plan,	Renforcer le suivi de la mise en œuvre des activités du plan de repositionnement PF,	DNSFN, DNSCP, PTF, DRS/DPS
		Insuffisance de retro-information sur le niveau de mise en œuvre du plan de repositionnement au niveau déconcentré	Assurer la retro-information du niveau d'atteinte des objectifs du plan de repositionnement au niveau déconcentré	DNSFN, DNSCP, PTF, DRS/DPS

V. Processus de mise en œuvre :

4.1. L'initiative d'intégration de la PF/VIH aura 5 phases majeures :

1. Mobilisation de l'engagement politique au plus haut niveau (ministres) et des partenaires techniques et financiers dans les processus d'intégration de la PF au Counselling VIH
2. Mise à disposition de l'appui technique pour l'élaboration et la validation des plans d'intégration PF/VIH
3. Suivi régulier du processus d'intégration
4. Diffusion auprès des autres régions intéressées du processus d'intégration et des leçons apprises
5. Évaluation finale du processus d'intégration.de la PF au Counselling VIH.

4.2. Déroulement suggéré :

Phase 1 : Large mobilisation au niveau national en faveur de l'intégration PF/VIH. Le leadership du Ministre de la santé devra être l'élément clé du processus et cet engagement doit être exprimé clairement et soutenu durant tout le processus. Il est toutefois essentiel de s'assurer de l'engagement collectif de tout le gouvernement, des Organisations des Nations Unies, de autres partenaires techniques et financiers actifs dans les activités de planification familiale, des ONG, et de tous les autres acteurs aussi bien du secteur public que privé pour être certain de disposer non seulement de la volonté nécessaire, mais aussi des ressources suffisantes au niveau national pour appuyer ce processus.

Phase 2 : Élaboration d'un plan national de l'intégration de la PF/VIH. Pendant cette phase, le plan de mobilisation des intervenants nationaux est lancé et les acteurs techniques qui seront engagés dans l'élaboration du plan d'intégration sont identifiés au sein du Ministère de la santé ou auprès des PTF œuvrant dans ce même domaine. Les composantes majeures de ce plan d'intégration sont les suivantes :

1. Plan de plaidoyer et de mobilisation (voir plan de repositionnement de la PF en Guinée)
2. Plan d'intégration et budget :
   - Briefing des formateurs nationaux PF sur les changements à incorporer dans le curriculum de formation DCIS et suivi avec le Secteur VIH/DRS pour la formation des nouveaux prestataires à former dans le contexte de l'intégration
   - Recyclage des prestataires qui assurent le counseling VIH sur le terrain à l'heure actuelle en vue de l'intégration du counseling PF lors du counseling VIH
3. Plan de suivi et évaluation

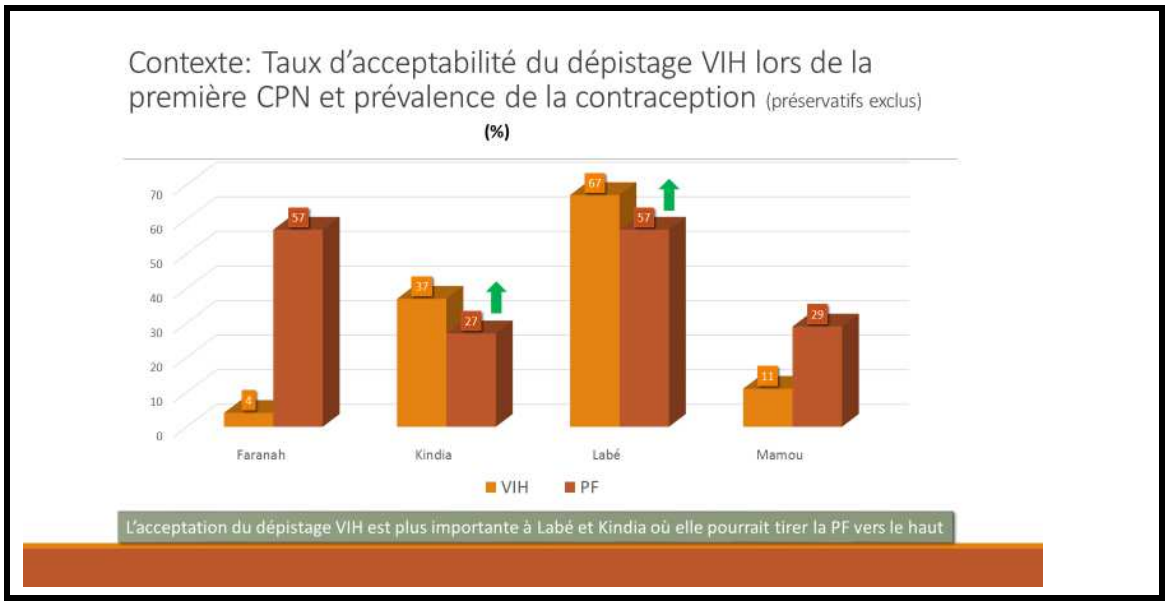
4. Plan de mobilisation de ressources et de partenariats
5. Arrangements institutionnels pour la mise en œuvre et la coordination
6. Plan de communication.

Phase 3 : Suivi régional : un système de suivi des progrès réalisés par le pays au niveau régional sera mis en place. Une feuille de route sera préparée à cette fin et qui définira aussi les exigences en matière de suivi au niveau régional, en collaboration avec les acteurs impliqués.

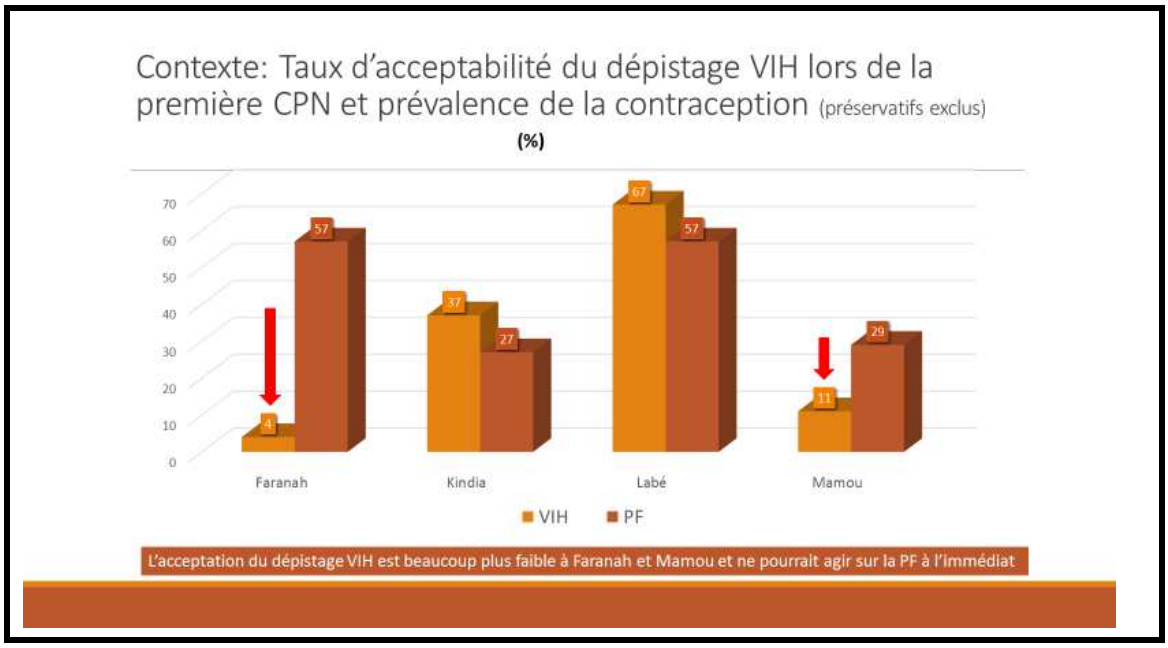
Phase 4 : Diffusion des informations sur les progrès accomplis. L'initiative d'appui à l'intégration est mise en œuvre de façon graduelle en tenant compte des particularités des différentes régions concernées, étant donnée la difficulté à assister immédiatement toutes ces régions à la fois. L'idéal serait que les nouvelles régions intéressées apprennent des régions pilotes ayant des défis et des objectifs similaires aux leurs.

Phase 5 : Évaluation finale du processus d'intégration : l'évaluation finale du processus se fera à deux niveaux : l'évaluation de l'initiative elle-même et l'évaluation du processus mis en place dans les régions en vérifiant dans les 2 cas, si les objectifs sont atteints, quels sont les résultats obtenus, leurs impacts sur la planification et la mise en œuvre des activités.

NB1 : En attendant l'élaboration d'un plan détaillé de mise en œuvre par le Ministère, le projet pourrait développer des expériences pilotes sur le terrain avec l'option du Recyclage des prestataires dans les sites de Kindia et Labé, où il y a une meilleure acceptation du dépistage VIH (Voir Graphique ci-dessous).



NB2 : A Faranah et Mamou où la formation des nouveaux prestataires est en cours, le projet devra faciliter que les formateurs nationaux PF qui ont été briefés sur les changements en vue puissent intégrer la PF dans le programme et pendant la formation. Ce modèle est applicable à Faranah et Mamou, du fait du faible nombre de structures où les activités VIH sont intégrées.



4.3. Orientations pour améliorer la demande et l'offre PF en vue d'augmenter le taux de prévalence contraceptive :

En vue d'augmenter la demande et l'offre de la planification familiale, les actions suivantes doivent être envisagées :

1. Formation/recyclage et certification des prestataires
2. Harmonisation de la tarification
3. Disponibilité des intrants
4. Formation des leaders religieux sur les enjeux de la population
5. Campagne gratuite en vue de renforcer la demande
6. Etablir un cadre convivial (discret) pour la PF
7. Aménagement des horaires pour faciliter l'accès des jeunes
8. Intégration des acteurs du secteur informel et des circuits parallèles
9. Information des jeunes dans les écoles primaires sur la sexualité et les droits de l'enfant

3

Guide pour l'intégration du concept de la planification familiale et de la contraception lors du counselling VIH en Guinée

Table des matières

I. INTRODUCTION : ..... - 4 -

II. DEFINITIONS IMPORTANTES ET AVANTAGES DE LA PF ..... - 5 -

III. PRINCIPES ET METHODES DU COUNSELLING PF ..... - 8 -

III.1. Principales étapes de l'offre de la Planification Familiale ..... - 8 -

III.2. Intégration de la PF au Counselling VIH ..... - 9 -

III.3. Objectifs à atteindre ..... - 10 -

III.4. Etapes du Counselling en Planification Familiale ..... - 10 -

III.5. Habiletés d'un conseiller en PF (qualités requises) ..... - 11 -

III.6. Compétences essentielles en communication ..... - 12 -

IV. METHODES D'ADAPTATION DE L'APPROCHE DE COUNSELLING PF ..... - 13 -

V. ANNEXES ..... - 16 -

V.1. Fiches d'apprentissage ..... - 17 -

FICHE D'APPRENTISSAGE Nº 01 ..... - 17 -

FICHE D'APPRENTISSAGE Nº 02 ..... - 21 -

V.2. Méthodes modernes de PF et leurs limites ou inconvénients ..... - 23 -

I. INTRODUCTION :

Ce guide destiné à la formation des prestataires chargés du counselling VIH, vise à renforcer leurs compétences afin de les rendre capable d'offrir le counselling en matière de planification familiale/Contraception.

Le counselling en matière de VIH a de nombreux points communs avec le counselling en matière de planification familiale dans la mesure où tout est basé sur l'écoute active des clients, la capacité du prestataire à encourager le client à poser des questions et à lui fournir des informations clés pour lui permettre de prendre lui-même la décision qui lui convient au mieux. Il faut tenir compte que le client ou l'utilisateur de la PF peut être sous le coup de quelques contraintes dans le cadre familial ou social et aimerait avoir la possibilité de parler de ces contraintes avec le prestataire pour être rassuré avant de s'engager à choisir une méthode de planification familiale. Il est important que le prestataire tienne compte du fait que bien souvent des femmes ont des connaissances et même des pratiques en matière de planification familiale ou de prévention de grossesses. Ces pratiques sont parfois jugées très négativement par les prestataires de santé alors qu'il est important de les connaître, de les comprendre, d'en parler avec les femmes pour gagner leur confiance et susciter leur adhésion à la contraception. Ces pratiques sont certes d'une efficacité douteuse, mais ce qu'elles dénotent c'est un besoin exprimé en matière de contraception, un effort de rechercher activement des solutions face à un problème. Les méthodes contraceptives modernes peuvent ainsi être présentées comme la solution appropriée soit pour résoudre un problème d'espacement des naissances afin de permettre à la femme de bien se reposer et de s'occuper de sa famille, soit pour retarder ou éviter la grossesse pour un moment parce qu'on ne se sent pas vraiment prête afin de ne pas se mettre sous pression ou courir le risque de mourir du fait de son jeune âge.

L'autre particularité de cette approche du counselling PF au moment du counselling VIH est que le prestataire doit être très attentif aux réactions et émotions des clients, particulièrement au cours du post test. L'information sur la PF doit être distillée au cours du counselling pre et post test. Mais si certains clients n'ont pas choisi une méthode pendant le pre test parce qu'ils voudraient d'abord avoir le résultat du test de dépistage VIH pour se décider, il faudrait bien respecter cela. Il pourra arriver qu'en cas de résultat positif au test de dépistage VIH, le client soit très secoué pour discuter de la PF et dans ce cas, on peut noter sur sa fiche que la question sera abordée à son prochain rendez-vous à la formation sanitaire. Et le prestataire veillera à ce que ceci soit fait.

Ce guide présente essentiellement les principales méthodes de contraception et leurs effets secondaires, rappelle quelques compétences en communication que devrait avoir un prestataire et comment adapter le counselling PF en fonction du profil des bénéficiaires ou des contraintes liées au résultat d'un test positif au VIH.

II. DEFINITIONS IMPORTANTES ET AVANTAGES DE LA PF

Santé de la Reproduction (SR)

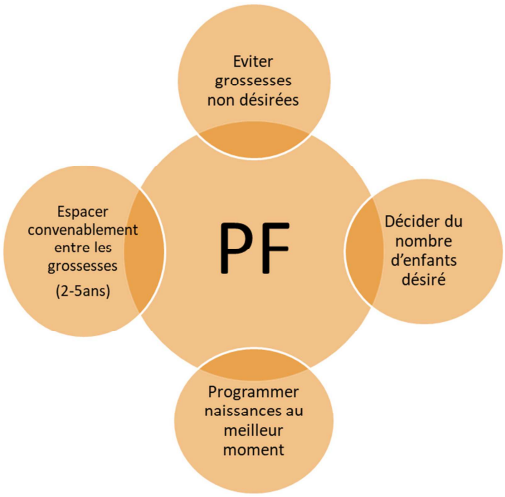
La santé de la reproduction se définit comme étant le bien-être général et dynamique, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale/contraception de leur choix, qui ne soit pas contraire à la loi. Ces méthodes doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables et ils ont le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien des grossesses et accouchements et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. Il faut entendre par service de santé de la reproduction, l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé ou au bien être en matière de procréation, en préservant et en résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine.

Santé Sexuelle (SS)

La santé sexuelle vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux infections sexuellement transmissibles. Selon l'OMS, c'est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. L'accent ici est mis sur le plaisir qu'implique l'acte sexuel.

Planification Familiale (PF)

La planification familiale est définie comme un ensemble de moyens mis à la disposition des individus et / ou des couples pour éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances et à avoir le nombre d'enfants qu'ils veulent. L'espacement des naissances met l'accent sur l'intervalle entre les naissances sans tenir compte de la taille de la famille. L'intervalle idéal est au moins de 2 ans et au maximum 5 ans pour un accouchement et 6 mois pour un avortement. Le meilleur moment de programmer l'accouchement dépend également de l'âge de la mère, car il est recommandé d'éviter les grossesses avant 18 ans et après 35 ans.



Avantages de la Planification Familiale :

⇨ Pour la mère:
- Réduit les risques d'avortements provoqués ;
- Permet à la femme de retrouver ses forces entre les grossesses ;
- Diminue les maladies et des décès pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement ;
- Permet à la femme de dispose du temps et de l'énergie pour vaquer à ses occupations (champs, bureau ou commerce) et de s'occuper de la famille.

⇨ Pour l'enfant:
- Tète plus longtemps, est en bonne santé ;
- Renforce l'affection mère/enfant;
- Réduit les risques de prématurité, de faible poids de naissance.

⇨ Pour le père:
- L'aide à protéger la santé et le bien-être de leur famille,
- Lui donne un sentiment de satisfaction.

⇨ Pour la famille:
- Assure le bien-être familial ;
- Crée l'harmonie dans la famille ;
- Amoindrit les dépenses dans la famille ;
- Réduit les abandons d'enfants et l'infanticide dans la famille.

⇨ Pour la Communauté:
- Assure la bonne santé dans la population ;
- Réduit les cas de maladies ;
- Reduit la délinquance juvénile;
- Réduit les décès des mères et des enfants ;
- Aide à faire reculer la pauvreté et à améliorer la qualité de vie des membres de la communauté.

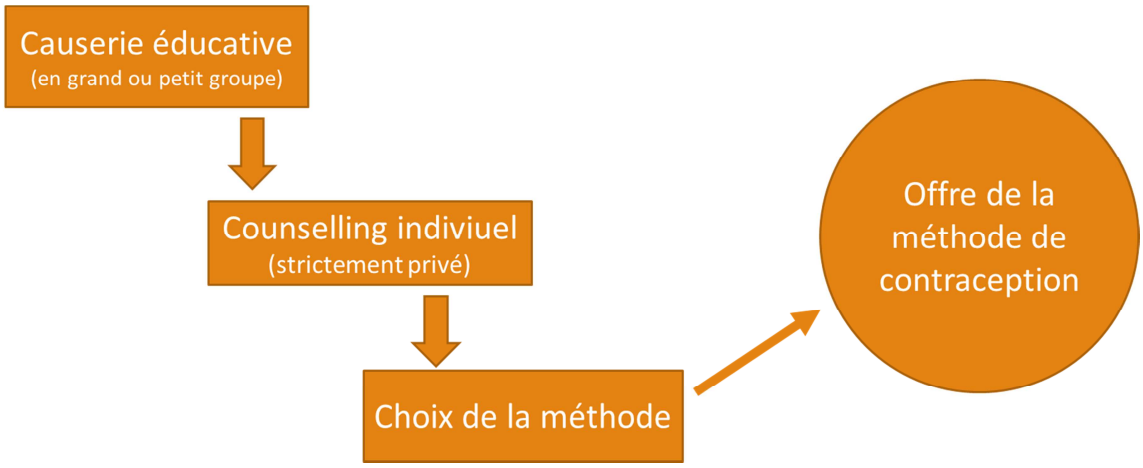
Droits des clients en Planification Familiale

Chaque client a droit à :

- **l'information** : être informé des méthodes contraceptives disponibles.
- **l'accès** : bénéficier des services sans distinction de sexe, de religion, de race, d'état civil, de lieu de résidence ou du niveau d'instruction.
- **un choix informé**: décider librement de la pratique et du choix de la méthode.
- **la sécurité**: bénéficier de l'efficacité et de l'innocuité de la méthode de contraception offerte.
- **la confidentialité:** garantir le secret professionnel.
- **la dignité**: être écouté et traité avec respect, et exprimer librement son opinion sur les services offerts.
- **la continuité**: bénéficier des services et des contraceptifs aussi longtemps que nécessaire, sans rupture.
- **l'intimité:** ni vu, ni entendu (portes fermées, rideau de la fenêtre rabattu)
- **de refus:** Il peut refuser un examen ou une méthode

III. PRINCIPES ET METHODES DU COUNSELLING PF

III.1. Principales étapes de l'offre de la Planification Familiale



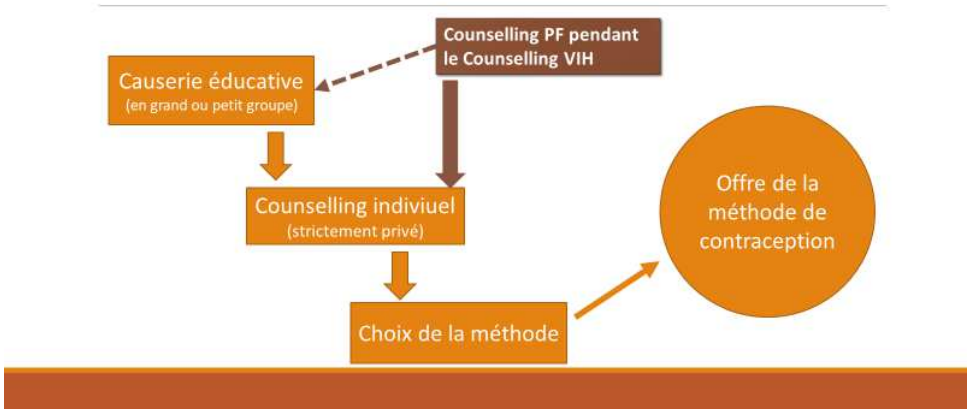
Il convient de noter qu'il est important dans une unité ou un service PF classique de commencer les activités par une causerie éducative au cours de laquelle il y a un échange entre un(e) Animateur /Animatrice et un groupe de personnes, clients ou non. Ces échanges visent à partager des informations d'ordre général ou de base sur la PF/Contraception, par exemple : est-ce qu'ils savent ce que les parents faisaient avant pour éviter de tomber enceinte ? Les faire énumérer ces différentes méthodes et en discuter quelques-unes avec eux ? Cette discussion pourra beaucoup les amuser et les faire rire. Tant mieux, cela créera une bonne ambiance pour parler de sexualité- sujet habituellement tabou- de façon décontractée et plaisante. Leur demander ensuite : Est-ce que vous connaissez des gens qui ont utilisé certaines de ces méthodes ? Quels sont les problèmes qu'ils ont pu avoir ou qu'ils peuvent avoir avec certaines de ces méthodes ? Si le groupe n'a pas relevé de problème, l'animateur laisse alors remarquer qu'il y a deux types de problèmes avec ces méthodes, à savoir que nos parents ne savaient pas exactement où les placer sur le corps et comment les doser.

Puis l'animateur doit noter qu'heureusement Dieu a encore inspiré les hommes de sciences et la médecine pour trouver le bon endroit et le bon dosage pour ces méthodes déjà utilisées pour la plupart par nos parents depuis de longues dates. L'animateur demande ensuite aux clients : qui a entendu parler de certaines de ces nouvelles méthodes ? Et quelles sont-elles ? Combien de temps protège chacune de ces méthodes ? Quels sont les avantages et les effets indésirables de chacune de ces méthodes ? On pourrait même leur trouver des surnoms dans la langue locale par région, pour faciliter la compréhension des explications.

Et après, il serait aussi bon pour commencer à déstigmatiser les méthodes de contraception comme quelque chose qui serait bon seulement pour les femmes mariées, de déclencher aussi une petite discussion autour des questions suivantes : est-ce que c'est seulement les femmes mariées qui ont besoin d'utiliser la contraception ? Sinon, pourquoi et qui d'autres peut également en faire usage ? Et pour quelles raisons ? Bien faire savoir que tout le monde n'est pas marié et qu'il y a de plus en plus de jeunes qui choisissent d'attendre ou n'ont pas les moyens de se marier, mais veulent aimer ou se faire aimer voire avoir des rapports sexuels sans tomber enceinte. Et que parfois, on constate seulement qu'il y a des cas de grossesse touchant de plus en plus ces jeunes, que ce soit à l'école primaire, secondaire ou à l'université. Les conséquences de ces grossesses sont très lourdes et graves, surtout pour la jeune fille et sa fille. Mais globalement, c'est aussi un problème préoccupant pour la société en général. Tout ceci est dû au fait que ces jeunes s'abstiennent de moins en moins et n'utilisent pas la contraception.

Après cette discussion, demander aux groupes s'ils ont encore des questions d'ordre général, puis répondre à ces questions toujours en facilitant les échanges ou une interaction entre les personnes présentes. Après cet échange, leur signaler qu'elles pourront aller directement à l'Unité de PF où ils vont vous retrouver vous ou un autre collègue individuellement, et avoir l'occasion de demander plus de précisions sur l'une ou l'autre méthode qui les intéresse.

III.2. Intégration de la PF au Counselling VIH



Ici le point d'entrée, c'est le box de counselling VIH ou toute autre unité où le counselling VIH est offert. A ce niveau, le client se trouve dans une relation un à un avec le prestataire. Il peut se trouver que le client ait déjà suivi la causerie éducative qui a eu lieu quelques instants auparavant, et dans ce cas le prestataire doit directement

procéder au counselling PF après ou au cours du counselling VIH. Si le client a choisi une méthode, il pourra après avoir fait le test de dépistage VIH et en attendant son résultat revenir voir le prestataire VIH qui va le référer activement à l'unité PF, avec sa fiche de méthode. Une fois dans cette unité, le prestataire en charge de la PF doit confirmer la méthode avec le client, avoir un bref échange avec ce dernier puis lui demander s'il est prêt à prendre la méthode choisie maintenant. S'il répond par l'affirmative, le prestataire PF lui offre sa méthode sur place, suivant la procédure établie pour celle-ci.

III.3. Objectifs à atteindre

Les objectifs à atteindre au cours d'une session de counselling VIH ciblant la PF sont les suivants :

- Favoriser une bonne communication entre le/la client(e) et le conseiller
- **Reconnaître la légitimité de leur recours éventuel aux méthodes traditionnelles d'empêchement de la grossesse, comme une stratégie active de recherche de solution face à un problème réel,**
- Donner les informations de base nécessaires pour permettre aux client(e)s de faire un choix éclairé d'une méthode de contraception qui leur convienne

III.4. Etapes du Counselling en Planification Familiale

Suivre les étapes ci-dessous énumérées qui constituent la démarche du counseling, symbolisée l'acronyme BERCER.

Etape 1 : Bienvenue

1) Accueillir le client :
   - Le saluer chaleureusement
   - L'aider à se sentir à l'aise et détendu
2) Faire les présentations
3) Introduire le sujet de la sexualité
4) Assurer du respect de la confidentialité

Etape 2 : Entretien (écouter et questionner)

1) Demander d'exposer la raison de la visite (et s'il l'a déjà fait parce que vous avez commencé par l'entretien sur le VIH/Sida, passer au point suivant);
2) Amener le client à parler de la sexualité, du désir d'enfant pour le moment ou non et de comment il envisage gérer sa situation en l'écoutant attentivement ;
3) Encourager le client à parler ;
4) Poser des questions pour mieux comprendre le problème du client ;
5) Essayer de comprendre sans juger, garder la neutralité ;
6) Ne pas interrompre le client quand il parle.

Etape 3 : Renseigner sur les méthodes

1) Demander au client de citer les méthodes qu'il ou elle connaît ;
2) Présenter les différentes méthodes contraceptives ;
3) Montrer et donner à toucher les échantillons des méthodes citées ;
4) Informer sur toutes les méthodes disponibles ;
5) Dire quelles sont les limites ou inconvenients de chaque méthode

Etape 4 : Choix d'une méthode

- Demander la méthode que la personne voudrait utiliser ;
- Répondre à ses inquiétudes/ commentaires ;
- Si elle veut y réfléchir, fixer un autre rendez-vous et noter la date

Etape 5 : Expliquer l'utilisation de la méthode choisie

1) Expliquer les notions essentielles pour l'utilisation ;
2) Demander à la personne de répéter ce qu'elle a compris ;
3) Vérifier ce qui n'est pas compris ;
4) Reprendre avec patience les informations qui ne sont pas comprises ;
5) Donner éventuellement une documentation (dépliant, fiche d'information) à emporter chez soi, s'il y en a ;
6) Dans le cas du condom, faire la démonstration des deux types de préservatifs, masculin et féminin avec le mannequin (pénis en bois ou vagin en plastique). Et même si le client n'a pas choisi, cette méthode lui proposer d'en faire une démonstration ;
7) Dans le cas du collier du cycle, faire la démonstration avec le collier.

Etape 6 : Référer/Rendez-vous

- Fixer le prochain RDV ;
- Rappeler sa disponibilité pour une autre rencontre ;
- Remercier de l'entretien ;
- Ranger le matériel qui a servi pour le counseling ;
- Orienter le client vers l'Unité PF ou le prestataire chargé d'offrir les méthodes de contraception.

III.5. Habiletés d'un conseiller en PF (qualités requises)

Les qualités requises pour un bon conseiller VIH/PF sont les suivantes :

- L'écoute (active)
- L'empathie
- La maitrise de soi
- La capacité de mise en confiance

- L’ouverture aux idées nouvelles, la curiosité et la capacité à faire des synthèses et tirer des enseignements positifs des connaissances des clients
- La neutralité et la tolérance
- La clarté et la précision

III.6. Compétences essentielles en communication

1) Développer une relation
    a. Accueillir le client
    b. Respecter le client
    c. Complimenter le client
    d. Encourager le client à s’exprimer
2) Poser les questions ouvertes
3) Ecouter activement
4) Utiliser un langage que comprend le client (langage simple et si possible dans un langage local dans laquelle le client s’exprime aisément).

IV. METHODES D'ADAPTATION DE L'APPROCHE DE COUNSELLING PF

Comme le couselling PF se fait au cours du counselling VIH, il est important que le/la Conseiller(ère) flaire le bon moment pour introduire la thématique PF. Les échanges sur la PF doivent se faire aussi bien lors du pré test qu'au moment du post test.

- **Pré test :**

Rappelons qu'à cette étape, il s'agit de préparer le/la client(e) au test de dépistage du VIH. On doit évaluer le risque personnel de transmission du VIH et faciliter l'adoption de comportements préventifs. Le conseiller pourrait structurer l'entretien autour des questions suivantes, selon qu'on a affaire à une personne adulte (père ou mère) ou à une jeune personne (fille ou garçon) :

Exemple: cas d'une maman:

- ⇨ Avez-vous des enfant(s) ?
- ⇨ Combien d'enfants au total aimeriez-vous avoir ?
- ⇨ Quels sont les problèmes que rencontre la femme lorsqu'elle a des accouchements très rapprochés ? Et quelles sont les conséquences pour le bébé?
- ⇨ Que peut-on faire pour éviter une telle situation ?
- ⇨ **Avez-vous déjà essayé de faire quelque chose en vue d'espacer les naissances ? Si oui, quoi ? (questioner la cliente, même sur les méthodes traditionnelles ou les évoquer, si elle n'en parle pas).**
- ⇨ Les méthodes tradionnelles ne marchent pas à tout moment parce qu'on ne maîtrise pas le dosage, ni les bons endroits où les placer. Dieu a aidé les scientifiques à transformer certaines méthodes de nos mamans pour les rendre beaucoup plus efficaces.
- ⇨ Présentation rapide des différentes méthodes modernes de contraception (panier).
- ⇨ Demander à la cliente si elle a des questions puis répondre à ses questions

Lui demander, si elle voudrait choisir une méthode maintenant ou si elle a de la préférence pour une méthode. Noter la méthode choisie ou préférée sur sa fiche puis la référer à l'Unité PF.

NB : La cliente peut aller se faire dépister pour le VIH et même choisir en attendant son résultat de prendre une méthode de PF. La cliente peut vouloir aussi attendre d'abord d'obtenir le résultat de son test VIH avant de prendre une décision. Respecter sa volonté dans ce cas, et revenir sur la PF au moment du counselling post test.

Exemple: cas d'une jeune fille célibataire

- ⇨ Combien d'enfants aimeriez-vous avoir ?
- ⇨ Quels sont les problèmes que rencontrent les filles qui ont des grossesses non désirées ou précoces ?
- ⇨ Que peut-on faire pour éviter de tomber précocement enceinte ?
- ⇨ Avez-vous déjà essayé de faire quelque chose pour ne pas tomber enceinte précocement ? Si oui, quoi ? (Questionner la cliente même sur les méthodes traditionnelles ou évoquer les pratiques courantes faites par des jeunes filles, si elle n'en parle pas).
- ⇨ Faire remarquer ceci : les méthodes traditionnelles ou toutes ces pratiques ne marchent pas à tout moment parce que les gens qui le font ne maîtrisent pas bien le fonctionnement du corps de la femme, le dosage, ni les bons endroits où les placer. Dieu a aidé les scientifiques à transformer certaines méthodes de nos mamans pour les rendre beaucoup plus efficaces.
- ⇨ Présentation rapide des différentes méthodes modernes de contraception (panier).
- ⇨ Demander à la cliente si elle a des questions puis répondre à ses questions.

Exemple: cas d'un homme

- ⇨ Combien d'enfants aimeriez-vous avoir ?
- ⇨ Accepteriez-vous que votre épouse fasse une planification familiale ? Si non pourquoi ? Si oui quelles sont vos motivations ?
- ⇨ Selon vous, quels sont les avantages de la planification familiale ?
- ⇨ Quel doit être le rôle de l'homme dans la planification familiale ?
- ⇨ Faire remarquer ceci : Il est dit dans le coran, que " lorsque vous mettez au monde un enfant, vous devez être sûr de garantir sa santé, sa scolarisation, sa survie. Il est également dit dans la bible et le coran que lorsqu'une femme accouche, son mari doit s'assurer de santé ". A travers ces stratégies, un début de changement de comportement s'observe parce qu'aujourd'hui les leaders religieux parlent librement de la PF.
- ⇨ L'homme ne comprend pas que si on a un nombre d'enfants qu'on maitrise, on a une famille heureuse. c'est l'analphabétisme et la Polygamie qui seraient à la base de cette résistance.
- ⇨ Avec une kyrielle d'enfants, c'est la catastrophe qui est souvent signe de malheur, de misère dans la famille " a-t-elle expliqué une ancienne députée et ministre de la famille et de la protection sociale du Bénin.

Lui demander, si elle voudrait choisir une méthode maintenant ou a de la préférence pour une méthode. Noter la méthode choisie ou préférée sur sa fiche puis la référer à l'Unité PF.

- **Post-test:**

Si la cliente ne s'est pas décidée au pré test ou a sollicité attendre son résultat, on lui fera la remise du résultat du test de dépistage du VIH d'abord. En cas de résultat négatif, la conseillère doit revenir sur la PF et encourager la cliente à choisir une méthode PF. Si le résultat est positif et la cliente est très abattue, la Conseillère évoquera la PF et dira à la cliente qu'on reviendra dessus à sa prochaine visite, puisqu'on doit lui donner rendez-vous pour l'initiation du traitement, et si ceci s'est fait immédiatement, un rendez-vous de suivi.

Exemple: en cas de résultat négatif:

- ⇨ Laisser réagir la cliente et gérer sa réaction
- ⇨ Encourager la cliente à adopter les pratiques à moindre risqué (utilisation correcte des préservatifs, fidélité partagée ou abstinence selon les cas)
- ⇨ Revenir sur la PF, et demander rappeler la préférence de la cliente si elle en avait déjà au pré test, sinon lui demander quelle est sa préférence ou bien si elle a des questions sur les différentes méthodes de contraception présentées
- ⇨ L'encourager à choisir une méthode et la référer activement à l'unité PF (pour lui éviter une perte de temps).

Exemple: en cas de résultat positif:

- Laisser réagir la cliente et rester attentif à sa réaction
- Aider la cliente à surmonter le choc et les autres réactions émotionnelles
- Essayer de faire adopter une attitude positive à la cliente
- Informer la cliente sur les mesures à prendre pour préserver son état de santé
- Voir si la cliente est prête à discuter du choix de la PF: si oui, revenir sur les différentes méthodes et lui demander sa préférence puis la référer activement à l'unité PF pour prendre la contraception. Au cas, où la cliente ne serait pas prête, lui donner rendez-vous et enregistrer l'information dans son dossier pour revenir sur la question de la PF à son prochain rendez-vous de suivi.

V. ANNEXES

(Ces fiches sont extraites du Guide de Formateur PF en Guinée, pp: 40 – 42)

1. FICHE D'APPRENTISSAGE Nº 01

2. COMPETENCES EN COUNSELING EN PLANIFICATION FAMILIALE

3. FICHE D'APPRENTISSAGE Nº 02

4. COMPETENCES EN COUNSELING SPECIFIQUE EN PLANIFICATION FAMILIALE CHEZ LES ADOLESCENTS/JEUNES

5. Méthodes modernes de PF et leurs limites ou inconvénients

V.1. Fiches d'apprentissage

FICHE D'APPRENTISSAGE Nº 01

COMPETENCES EN COUNSELING EN PLANIFICATION FAMILIALE

Noter chaque tâche/activité observée à l'aide de l'échelle suivante :

1. Doit s'améliorer : Tâche ou étape effectuée incorrectement, et/ou pas dans la bonne séquence (si nécessaire) ou omise
2. Capable : Tâche ou étape réalisée correctement et dans la bonne séquence (si nécessaire) mais le participant ne progresse pas efficacement d'une étape à l'autre.
3. Compétent : Etape réalisée correctement et dans la bonne séquence (si nécessaire), de manière précise sans hésitation ou sans avoir besoin d'assistance.

N/O Non observé : Etape non exécutée par l'étudiant pendant l'observation.

(A remplir par les Participants)

PRESTATAIRES:_____ Dates du stage: _____

FICHE D'APPRENTISSAGE

COMPETENCE DE COUNSELING EN PLANIFICATION FAMILIALE

TACHE/ACTIVITE	EVALUATION				
Compétences d'ensemble					
1. Etre patient avec la cliente					
2. Respecter la cliente, ne pas avoir de préjugé					
3. Connaître les méthodes de contraception					
4. Rassurer la cliente sur la confidentialité des conseils apportés durant les consultations					
5. Avoir une bonne écoute : consacrer toute son attention à la cliente					
6. Etre bref : ne donne que les points essentiels sur la méthode					
7. Utiliser un langage corporel pour montrer un intérêt envers la cliente (communication non verbale)					

8. Poser des questions adéquates					
9. Ne pas poser des questions auxquelles il faut répondre par « oui » ou « non »					
10. Encourager la cliente à poser des questions					
11. Utiliser un langage que la cliente peut comprendre					
12. Donner des conseils spécifiques et concrets à la cliente					
13. Donner des informations sous plusieurs angles pour être certain que la cliente comprend bien					
14. Employer du matériel visuel : posters, tableaux, boite à image, dessins, échantillons de méthodes et modèles anatomiques					
15. Demander à la cliente de répéter ce qu'il/elle a compris pour vérifier qu'il/elle possède l'information voulue.					

FICHE D'APPRENTISSAGE Nº 01(SUITE)

COMPETENCES DE COUNSELING EN PLANIFICATION FAMILIALE

TACHE/ACTIVITE	**EVALUATION**				
Premier counseling (en couple ou individuellement)					
A : Accueil					
1. le prestataire accueil chaleureusement la cliente 2. L'invite à s'asseoir					
B : Bienvenue					
1. Se présenter à la/au client(e)					
2. Demander le nom de la cliente 3. Demander le motif de la visite					
E : Entretien					
4. Ecarter une grossesse en utilisant la liste de contrôle					
5. Poser des questions sur l'état civil en suivant la fiche de consultation PF :					
6. Noter les antécédents médicaux et obstétricaux de la cliente en suivant la fiche de consultation PF					

7. Demander à la cliente quelles sont ses intentions : - Combien d'enfant veut-elle encore ? - Veut-elle espacer les naissances ou les éviter complètement ? - Quel délai veut-elle entre chaque naissance ?					
R : Renseignement					
8. Vérifier ce que la cliente sait déjà sur ces méthodes contraceptives					
9. Corriger éventuellement toute mauvaise information sur les méthodes contraceptives					
10. Expliquer les avantages de la PEIGS					
11. Expliquer brièvement les différentes méthodes de contraception et leur mode de fonctionnement					
12. Expliquer à la cliente les avantages et les inconvénients des méthodes contraceptives disponibles					
D: Décision:					
13. Aider la cliente à faire un premier choix de contraception en fonction de ses intentions et de ses antécédents					
14. Répondre aux questions posées par la cliente					
E : Explication: Counseling spécifique selon la méthode contraceptive choisie					
15. Discuter de l'expérience de la cliente sur la méthode choisie					
16. Décider de toute exploration complémentaire ou évaluation de la cliente pour la méthode contraceptive choisie ; référer la cliente pour la méthode contraceptive choisie : référer la cliente au spécialiste si il/elle n'a pas les moyens de la fournir					
17. Aider la cliente à choisir une autre contraception si le premier choix ne convient pas après exploration complémentaire					
18. Prescrire la méthode choisie, si disponible, ou réfèrer la cliente si la méthode choisie n'est pas disponible					
19. Donner des informations à la cliente sur : - le mode d'emploi - les effets secondaires et la conduite à tenir - les problèmes éventuels ou complications					

qui nécessiteraient immédiatement une consultation toute autre information se rapportant à la méthode choisie - les signes d'alarme selon la méthode choisie					
20. Faire répéter par la cliente les conseils pour s'assurer que celles-ci les a bien compris					
21. Demander à la cliente si elle a des questions à poser					
R : Rendez-vous					
22. Discuter avec la cliente sur les consultations ultérieures : où aller pour s'approvisionner, les effets secondaires et la conduite à tenir, la reconnaissance précoce des problèmes, les dates de rendez-vous					
23. Encourager la cliente à retourner en consultation dès le moindre problème					
24. Saluer la cliente et l'inviter à revenir en consultation					
Counseling de suivi					
25. Recevoir la cliente cordialement					
26. Se présenter à la cliente si nécessaire					
27. Chercher à savoir si la cliente est satisfaite de la méthode contraceptive utilisée et si elle continue à l'employer					
28. Demander à la cliente si elle a un problème quelconque avec la méthode contraceptive					
29. Analyser si la cliente utilise correctement la contraception : si nécessaire, lui demander de répéter les instructions					
30. Rassurer la cliente sur les effets indésirables éventuels et les traiter si nécessaire					
31. Eliminer tout problème médical et si nécessaire référer la cliente pour exploration complémentaire					
32. Demander à la cliente si elle a des questions à poser et y répondre éventuellement.					
33. Réapprovisionner la cliente si nécessaire					
34. Rappeler à la cliente les signes d'alarme					
35. Encourager la cliente à retourner en consultation dès le moindre problème					

36. Prendre le prochain rendez-vous, si nécessaire					
37. Saluer le (la) client€ et lui proposer de revenir					

FICHE D'APPRENTISSAGE Nº 02

COMPETENCES EN COUNSELING SPECIFIQUE EN PLANIFICATION FAMILIALE CHEZ LES ADOLESCENTS/JEUNES

Noter chaque tâche/activité observée à l'aide de l'échelle suivante :

1 **Doit s'améliorer** : Tâche ou étape effectuée incorrectement, et/ou pas dans la bonne séquence (si nécessaire) ou omise.

2 **Capable** : Tâche ou étape réalisée correctement et dans la bonne séquence (si nécessaire) mais le participant ne progresse pas efficacement d'une étape à l'autre.

3 **Compétent** : Etape réalisée correctement et dans la bonne séquence (si nécessaire), de manière précise sans hésitation ou sans avoir besoin d'assistance.

N/O Non observé : Etape non exécutée par l'étudiant pendant l'observation

(A remplir par les **Participants**)

PRESTATAIRE:_____ **Dates du stage:** _____

FICHE D'APPRENTISSAGE COUNSELING SPECIFIQUE *POUR LA CONTRACEPTION DES ADOLESCENTS/JEUNES*					
TACHE/ACTIVITE	**CAS CLINIQUES**				
A: Accueil : Voir FA Nº 01					
B : Bienvenue: Voir FA Nº 01					
E : Entretien: Voir FA Nº 01					
R : Renseignement: Voir FA Nº 01					
D : Décision: Voir FA Nº 01					
E : Explications					
1. Interroger l'ADO/Jeune sur ses connaissances sur les CU Corriger les idées erronées.					

FICHE D'APPRENTISSAGE COUNSELING SPECIFIQUE *POUR LA CONTRACEPTION DES ADOLESCENTS/JEUNES*					
TACHE/ACTIVITE	**CAS CLINIQUES**				
A: Accueil : Voir FA Nº 01					
2. Renseigner brièvement l'ADO/Jeune sur les méthodes de 1er choix, à défaut 2ème choix : • le degré de protection des Contraceptifs • la modalité d'action des Contraceptifs • les modalités d'emploi des Contraceptifs • les avantages des Contraceptifs • les limitations des Contraceptifs • les effets indésirables • les signes d'alarme ▪ lui montrer un échantillon de la pilule choisie					
3. Dispenser la méthode choisie à l'ADO/Jeune.					
4. Donner des instructions à l'ADO/Jeune sur : • le mode d'emploi du contraceptif choisi • les effets indésirables et leur prise en charge • complications ou problèmes qui demandent une consultation immédiate à la clinique lui dire qu'elle n'est pas protégée contre les IST d'où, lui proposer la double protection ▪ Expliquer à l'ADO/Jeune qu'en cas d'oubli de plus de 2 pilules, elle doit revenir à la clinique pour envisager éventuellement une contraception d'urgence					
5. Demander à l'ADO/Jeune de répéter les instructions pour vérifier sa compréhension du mode d'action.					
6. Demander à l'ADO/Jeune si elle à des questions à poser.					
R : Rendez-vous					
7. Convenir d'une nouvelle date de rendez-vous et des consultations futures.					
8. Convenir d'une heure à la convenance de l'ADO/Jeune					
9. Insister sur la possibilité de revenir en cas de doute ou de difficulté quelconque.					

FICHE D'APPRENTISSAGE COUNSELING SPECIFIQUE *POUR LA CONTRACEPTION DES ADOLESCENTS/JEUNES*					
TACHE/ACTIVITE	**CAS CLINIQUES**				
A: Accueil : Voir FA Nº 01					
10. Saluer l'ADO/Jeune en l'invitant à revenir quand elle le souhaitera ou en cas de besoin.					

V.2. Méthodes modernes de PF et leurs limites ou inconvénients

Il en existe de différentes classes. Nous allons passer une revue rapide des méthodes modernes de contraception dans les pages qui suivent. L'objectif est de donner un aperçu au prestataire chargé d'introduire la PF au cours du counselling VIH pour sensibiliser les clients sur ces différentes méthodes. Cette brève introduction ne saurait remplacer une formation structurée visant à qualifier le prestataire à l'offre de la PF.

Contraceptifs oraux combinés

C'est une méthode qui est efficace et réversible sans délai. On prend une pilule par jour et on doit commencer les nouvelles plaquettes à temps pour assurer toute l'efficacité possible. Des saignements ou des microrragies sont susceptibles de se produire surtout au début, mais reste sans danger. Le volume des règles diminue et devient plus régulier au bout de quelques mois. Certaines femmes souffrent de légères céphalées, de fluctuations de poids et de maux d'estomac, surtout au début. Ces symptômes disparaissent généralement. Cette méthode est sans danger pour la plupart des femmes et les complications graves sont rares. Les contraceptifs oraux combinés peuvent être utilisés à tout âge, que la femme ait déjà eu des enfants ou non. Ils contribuent aussi à prévenir les règles douloureuses, les règles abondantes, l'anémie (faible teneur de fer dans le sang) et diverses autres conditions.

Contraceptifs oraux progestatifs

Ils sont une bonne option pour les femmes qui allaitent et veulent un contraceptif oral, à compter de 6 semaines après l'accouchement. Cette méthode est très efficace pendant l'allaitement et est instantanément réversible. On prend une pilule par jour pour une efficacité maximale. Lorsque la femme n'allaite pas, des saignements ou des microrragies sont fréquentes, mais sans danger.

Limites / Inconvénients

Les effets secondaires peuvent être mineurs ou majeurs. Pour ce qui est des effets secondaires mineurs, nous avons : l'aménorrhée, le spotting, la métrorragie, les céphalées, la tension et les douleurs mammaires. Et les effets secondaires majeurs sont : l'hypertension artérielle, l'accident vasculaire cérébral, l'accident thromboembolique, l'infarctus du myocarde. Les signes d'alarme sont essentiellement les douleurs abdomino -pelviennes graves (risques de kyste de l'ovaire et de GEU), maux de tête sévères, saignement vaginal abondant et ictère.

Contraceptifs injectables

Les injectables présentent sous forme de flacon de 1 ml avec une seringue autobloquante. Ils se prennent tous les trois mois et l'injection peut s'obtenir même après deux semaines de retard par exemple. Ces injections peuvent se faire en dehors de la formation sanitaire. Les métrorragies et saignements inattendus sont fréquents au cours des premiers mois puis il n'est pas rare que les règles cessent. On peut également observer un gain progressif de poids, de légères céphalées.

Les injectables peuvent être utilisées par les femmes de tout âge, qu'elles aient eu les enfants ou non. Lorsque les injections s'interrompent une femme peut de nouveau tomber enceinte. Avec les injections de trois mois, le retour de la fécondité peut prendre quelques mois de plus. Cette méthode est sans danger pendant l'allaitement à partir de six semaines après l'accouchement. Rien n'indique à autrui qu'une femme se sert de cette méthode car elle est très discrète.

Limites / Inconvénients

Ils peuvent être mineurs ou majeurs. Comme effets secondaires mineurs nous avons : un changement du saignement menstruel (saignement irrégulier/ spotting/ métrorragie ou aménorrhée), des gênes et douleurs mammaires, des céphalées, des nausées, la chute de cheveux, la diminution de la libido, l'acné, un gain de poids (1 à 2 kilos par an). Et comme effets secondaires majeurs, on a : l'hypertension artérielle, l'accident vasculaire cérébral, l'accident thromboembolique, l'infarctus du myocarde. Les signes d'alarme étant généralement : les douleurs pelviennes intenses ou du bas ventre, les maux de tête sévère, un saignement abondant, du sang ou pus sur le lieu d'injection,

Implants (Jadelles)

Ils consistent en un ou plusieurs bâtonnets ou capsules insérés sous la peau de l'avant-bras de la femme. Une fois les implants en place, il n'y a pas grand-chose à faire. Ils sont très efficaces pendant en moyenne 5 ans et peuvent être utilisés pour des femmes de tout âge, qu'elles aient déjà eu des enfants ou non. Un prestataire ayant reçu la formation nécessaire peut retirer les implants à tout moment. La femme sera alors à

même de tomber enceinte rapidement. Des saignements ou des microrragies sont susceptibles de se produire et les règles peuvent s'interrompre. Il n'y a aucun danger pendant l'allaitement à compter de six semaines après l'accouchement. On ressent moins de crampe menstruelle et on a une diminution de l'anémie. Ils aident à protéger contre les inflammations pelviennes symptomatiques et n'interfèrent pas avec les rapports sexuels.

Limites / Inconvénients

Ne protègent pas contre les IST. Possibilité de maux de tête, acné, chute des cheveux ou de modification (perte ou prise) de poids. Chez certaines utilisatrices les saignements menstruels peuvent devenir irréguliers. La procédure d'insertion ou de retrait doit être faite par un prestataire formé. L'efficacité risque d'être amoindrie avec la prise de certains médicaments pour l'épilepsie, la tuberculose et les ARV.

Dispositif Intra Utérin (DIU)

C'est un petit matériel ou dispositif flexible en plastique enroulé de cuivre et muni de fil inséré dans la cavité utérine. Le stérilet au cuivre peut être posé juste après l'accouchement, ainsi qu'à d'autres moments. C'est une méthode très efficace, réversible et de long terme. Sa durée d'efficacité est d'au moins 12 ans.

Limites / Inconvénients

Ne protège pas contre les IST et peut entraîner des crampes ou des troubles des règles (saignement abondant ou plutôt rare). Il y a aussi un risqué d'expulsion du stérilet et c'est pourquoi son insertion ou retrait nécessitent un prestataire formé.

Méthodes barrières : Préservatifs masculin et féminin

Les préservatifs contribuent à la prévention des grossesses et de certaines infections sexuellement transmissibles (IST), notamment le VIH/Sida s'ils sont utilisés correctement et systématiquement. Pour se protéger contre les IST et le VIH, certains couples utilisent le préservatif en association avec d'autres méthodes de planification familiale. On parle alors de double protection, car ils assurent une prévention simultanée de grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles (IST).

Limites / Inconvénients

Le coût ajouté par l'utilisation de deux méthodes peut s'avérer élevé pour certains clients. Beaucoup de couples ne sont pas disposés à utiliser deux méthodes de protection à la fois. Les femmes n'ont pas le pouvoir de négocier l'utilisation du préservatif et l'utilisation de celui-ci peut ne pas être constante. D'une manière générale, les gens accordent plus d'importance à la protection contre les grossesses que la prévention des IST. Il peut arriver que les prestataires

aient des préjugés au sujet des préservatifs et ne savent pas l'utiliser ou en faire une démonstration auprès des clients, surtout pour ce qui est du préservatif féminin.

Méthode des jours fixes ou méthode du collier

La Méthode des Jours Fixes ou Méthode du Collier (MC) est une méthode de planification familiale basée sur la connaissance de la période féconde s'appuyant sur l'utilisation du « collier du cycle ». Le collier représente le cycle menstruel de la femme avec chaque perle qui représente un jour du cycle. Le collier du cycle compte 32 perles avec 04 couleurs différentes. Les couleurs des perles aident la femme à connaître les jours où elle peut tomber enceinte. Un cylindre noir avec une flèche indique la direction suivant laquelle chaque jour, il faut déplacer un anneau en caoutchouc noir.

Limites / Inconvénients :

Ne protège pas contre les IST /VIH/SIDA. Méthode difficile à utiliser qui nécessite un counseling supplémentaire et suivi rapproché dans certaines situations (accouchement récent, allaitement maternel actuel, ménarche récente, arrêt récent d'une méthode contraceptive hormonale, à l'approche de la ménopause).

Contraception chirurgicale volontaire

Il existe pour l'homme : la vasectomie ou pour la femme (ligature et section des trompes). La vasectomie est une méthode de contraception irréversible qui consiste en une petite intervention chirurgicale sous anesthésie locale au cours de laquelle on ligature et sectionne les canaux déférents par la technique sans bistouri après ponction de la peau du scrotum. Chez la femme, la ligature et section des trompes (LST) est une méthode de contraception irréversible ; une petite intervention chirurgicale sous anesthésie locale qui consiste à ligaturer et à sectionner les trompes de Fallope après soit une incision péri ombilicale en post- partum immédiat, soit une incision sus pubienne en intervalle. Le mode d'action de la contraception chirurgicale est d'empêcher définitivement la rencontre des spermatozoïdes avec l'ovule, donc la fécondation.

Limites / Inconvénients

Chez l'homme : non réversibilité, sensation de gêne ou douleur au niveau du scrotum les 2 premiers jours qui suivent l'intervention, possibilité de complication : infection, gonflement, inflammation. Cette méthode requiert la réalisation de l'acte par un prestataire formé. Elle n'assure aucune protection contre les IST y compris le VIH /SIDA et n'est pas efficace immédiatement (utiliser une méthode d'appoint pendant les trois premiers mois. Chez la femme : non réversibilité, peut être douloureuse les 2 premiers jours qui suivent l'intervention, possibilité de regret, léger risque de complication (plus importante si faite sous anesthésie générale). Cette méthode requiert un examen physique et la

réalisation de l'acte par un prestataire de service formé. Elle n'asssure aucune protection contre les IST y compris le VIH /SIDA. Il n'existe pas d'effets secondaires.

Méthodes naturelles (cycle menstruel, MAMA)

Ces méthodes sont basées sur la connaissance de la fécondité. La MAMA, est une méthode contraceptive naturelle et temporaire qui est fondée sur l'exploitation de l'allaitement maternel exclusif, considérée actuellement comme méthode moderne. Les trois conditions pour pratiquer la MAMA sont:

- Allaitement maternel exclusif
- Aménorrhée
- Enfant âgé de moins de 6 mois

Limites / Inconvénients

Son efficacité est progressivement décroissante avec le temps et après 6 mois elle n'est pas certaine ; elle ne protège pas la mère contre les IST/SIDA. Un allaitement fréquent peut être incommode ou difficile pour certaines femmes, surtout les mères qui travaillent. Il y a risque de transmission du VIH de la mère au bébé, si la mère est infectée et aussi la possibilité de passage des effets de certains médicaments employés au cours de l`allaitement à l'enfant.