

## Une optique stratégique pour l'introduction contraceptive : l'expérience de la Méthode des Jours Fixes

James N. Gribble<sup>a</sup>, Rebecka I. Lundgren<sup>b</sup>, Claudia Velasquez<sup>b</sup>, Erin E. Anastasi<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Projet BRIDGE, Population Reference Bureau, Washington, DC 2009, Etats-Unis

<sup>b</sup> Institut de la Santé Reproductive, Georgetown University, Washington, DC 2008, Etats-Unis

<sup>c</sup> Ecole d'Hygiène et de Médecine tropicale de Londres, Rockville, MD

Reçu le 28 août 2007, revu le 8 novembre 2007 et accepté le 14 novembre 2007

---

### Abrégé

**Vue d'ensemble :** Si un grand nombre de politiques de planification familiale aux niveaux national et institutionnel incluent explicitement les méthodes axées sur la connaissance de la fécondité dans la gamme de méthodes qui devraient être disponibles, il est un fait pourtant que ces méthodes souvent ne sont pas offertes et cela pour un certain nombre de raisons. Après le test d'efficacité de la Méthode des Jours Fixes (MJF), méthode axée sur la connaissance de la fécondité qui retient la période du 8<sup>e</sup> au 19<sup>e</sup> jour du cycle menstruel comme étant la période féconde pour des femmes ayant des cycles allant de 26 à 32 jours, des études pilotes ont été faites pour introduire cette méthode dans les programmes.

**Conception de l'étude :** Dans le cadre de 14 études pilotes réalisées dans le monde entier, des ministères de la santé, des associations de planification familiale et des organisations du développement communautaire ont introduit la MJF. Des entretiens de suivi avec les utilisatrices et d'autres méthodologies de collecte de données ont été utilisés pour suivre les caractéristiques et les expériences des utilisatrices. Les données de supervision et l'utilisation des clientes simulées ont permis d'évaluer l'effet sur la prestation de services.

**Résultats :** La MJF présente bien des attraits pour un échantillon diversifié de femmes dans le monde entier. Les clientes indiquent qu'elles utilisent l'abstinence ou les préservatifs pour prendre en charge la période féconde. Le taux de satisfaction face à la méthode aussi bien chez les hommes que chez les femmes est élevé. Le taux d'échec de la première année dans les diverses études de l'ordre de 14,1 grossesses pour 100 femmes-années d'utilisation est analogue aux taux d'utilisation typique constatés dans l'essai sur l'efficacité de la MJF.

**Conclusions :** Les résultats de l'étude pilote guident l'expansion des services de la MJF. Il est utile de recommander l'emploi du préservatif pour aider les clientes à prendre en charge les jours féconds. Des cycles en dehors de la fourchette recommandée peuvent causer l'échec de la méthode et il est donc important que les utilisatrices comprennent qu'elles doivent suivre la durée de leur cycle et être prêtes à changer de méthode lorsque la MJF est contre-indiquée. Des agents de santé communautaires peuvent offrir la méthode et, dans le contexte clinique, le counseling portant sur la MJF ne prend pas plus longtemps en général que le temps alloué par les normes de la plupart des programmes. La formation dispensée aux prestataires pour traiter des questions liées à la consommation d'alcool et à la violence à l'égard des femmes améliore l'utilisation de la MJF et contribue à une meilleure qualité des soins.

©2008 Elsevier Inc. Tous droits réservés

**Mots clés :** MJF ; Planification familiale naturelle ; Abstinence périodique ; Qualité des soins ; Collier du Cycle ; Introduction contraceptive

---

### I. Introduction

L'introduction réussie d'une nouvelle méthode de planification familiale doit se faire de manière systématique et stratégique. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'introduction de méthodes contraceptives ne doit pas trop dépendre des aspects technologiques. Il est bien plus important d'expliquer comment la nouvelle méthode répond aux besoins et droits des gens et comment elle permet d'arriver à une meilleure qualité des soins en général tout en élargissant les options offertes aux clients [1]. L'approche stratégique de l'OMS utilise un cadre de systèmes axé sur le client pour examiner l'acceptabilité et la viabilité à long terme des innovations, par exemple, une nouvelle méthode de

planification familiale, en tant que fonction de trois éléments : 1) les gens et les services, 2) les technologies et 3) les politiques et les capacités institutionnelles [2]. Le présent article utilise les éléments de ce cadre de système axé sur le client pour décrire les études pilotes de la Méthode des Jours Fixes (MJF). Grâce à ce cadre, nous avons pu évaluer s'il était faisable et acceptable d'introduire la méthode dans différents contextes de prestation de services. Ces études représentent la première introduction systématique de la MJF dans divers points de services en dehors du contexte de l'essai clinique.

### 2. Matériel et méthodes

## 2.1 La MJF

De nombreuses politiques de planification familiale, nationales et institutionnelles, incluent explicitement les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité (MCF) dans les options qui sont disponibles<sup>1</sup>. Et pourtant, les programmes appliquent rarement ces politiques car trop souvent les prestataires sont préoccupés par la difficulté apparente de fournir les MCF et, en plus, ils doutent de leur efficacité. Souvent, les prestataires n'ont pas reçu de formation sur ces méthodes et ils craignent par ailleurs que si les MCF sont offertes aux clients, ceux-ci arrêteront d'utiliser d'autres méthodes.

Conscient du besoin de disposer d'une simple méthode basée sur la connaissance de la fécondité, les chercheurs de l'Institut de la Santé Reproductive (IRH) de Georgetown University a

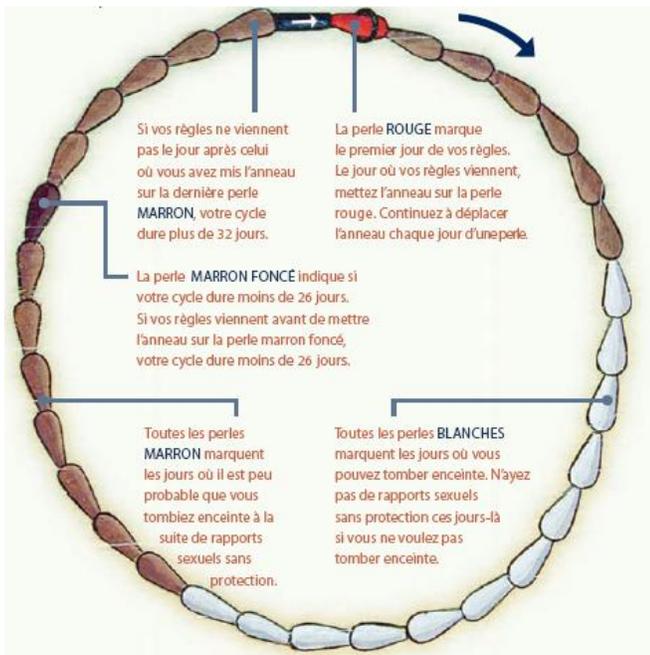


Figure 1 : le collier du cycle

mis au point la MJF en utilisant des données de l'OMS pour déterminer la fourchette de jours qui serait la formule de l'équilibre optimal entre la durée de la période féconde identifiée et l'efficacité de la prévention d'une grossesse non souhaitée [3]. Ils ont retenu la fourchette du 8<sup>e</sup> au 19<sup>e</sup> jour du cycle menstruel comme la période féconde chez des femmes dont les cycles durent de 26 à 32 jours. La MJF a fait l'objet d'un test dans le cadre d'une étude sur son efficacité, réalisé dans de multiples sites. L'étude a constaté un taux de grossesse de la première année d'utilisation de 4,8 pour 100 femmes-années d'utilisation correcte (intervalle de confiance de 95%, 2,33-7,11). Ce taux soutient bien la comparaison avec d'autres méthodes dont l'emploi entre dans le contrôle de l'utilisateur/utilisatrice. Une description complète de l'étude sur l'efficacité de la MJF est donnée dans un article publié dans *Contraception* en 2004 [4]. IRH a mis au point le Collier du Cycle, collier avec des perles de couleur différente qui

<sup>1</sup> Les méthodes axées sur la connaissance de la fécondité dépendent de l'identification d'une période de jours féconds lors de chaque cycle menstruel, jour où une grossesse est le plus probable. Les utilisateurs de ces méthodes se donnent leurs propres stratégies pour prendre en charge ces jours.

facilite l'utilisation de la MJF car il aide à une femme à suivre les jours de son cycle, à déterminer quand elle est féconde et à calculer la durée de son cycle (voir Figure 1). Grâce aux résultats de l'étude sur l'efficacité, la MJF a été reconnue comme une méthode moderne, figurant dans divers ouvrages dont *La recevabilité médicale de l'utilisation contraceptive et Recommandations choisies* de l'OMS ainsi que *Technologie contraceptive et Planification familiale : un manuel à l'intention des prestataires du monde entier*. [5-8]

## 2.2 Mise au point et test des innovations de programmes

L'étude sur l'efficacité a montré que la MJF pouvait être fournie dans le cadre de programmes de planification familiale des secteurs public et privé ainsi que par des organisations de développement communautaire. Si les responsables de programmes se sont montrés intéressés par la MJF, ils demandaient toutefois des informations sur divers aspects se rapportant à l'intégration de la méthode dans leurs programmes :

- Opinions et besoins des gens : qui utilise la MJF et pourquoi l'ont-elles choisie ? Les clientes arrivent-elles à utiliser correctement la méthode et en sont-elles satisfaites ? Comment les hommes participent-ils à l'utilisation de la méthode et quelles sont les stratégies utilisées pour éviter les rapports sexuels non protégés lors de la période féconde ?
- Services : est-ce que l'introduction de la MJF améliore d'autres aspects de la qualité des soins ?
- Résultat : comment l'introduction de la MJF influence-t-elle la combinaison de méthodes et la prévalence de la contraception ?

Lorsque ces études ont débuté, on ne connaissait guère la bonne manière d'introduire la MJF. Apportant des réponses à toutes ces questions, ces études ont permis de peaufiner et d'améliorer les divers aspects de l'introduction générale de la MJF.

## 2.3 Sélection des pays et des organisations partenaires

Nous avons réalisé 14 études pilotes pour arriver à un bon équilibre géographique et culturel en choisissant des associations de planification familiale des secteurs public et privé et des organisations à base communautaire dans six pays de l'Amérique latine, de l'Asie et de l'Afrique (voir Tableau 1).

Les études réalisées avec le secteur public ont cherché à démontrer la valeur d'ajouter la MJF aux programmes nationaux de planification familiale. Au Honduras, la MJF a été offerte dans les centres de soins primaires du Ministère de la Santé à Tegucigalpa. Au Bénin et dans les Philippines, les structures du Ministère étaient des maternités avec des services de planification familiale (Homel et Fabella respectivement).

Cinq associations de planification familiale non gouvernementales ont réalisé des études : Centre Medico de Orientacion y Planificacion Familiar (CEMO-PLAF) en Equateur, Asociacion Hondurena de Planificacion Familiar

(ASHONPLAFA) au Honduras, Friendly Care aux Philippines et Association Béninoise pour la Promotion de la Famille (ABPF) et Organization for Service and Life (OSV-Jordanie) au Bénin. CEMOPLAF, ABFP et OSV-Jordan comptaient également des programmes communautaires.

En plus, six organisations à base communautaire (OBC) ont cherché à déterminer s'il était effectivement faisable d'introduire la MJF dans divers programmes de développement communautaire, surtout dans les zones rurales. Pour deux d'entre elles, c'était la première fois qu'elle fournissait des services de planification familiale : la Fondation Kaanib qui est une coopérative agricole aux Philippines et l'organisation affiliée au Project Concern International (PCI) au Salvador qui intervient au niveau de

l'approvisionnement en eau et de l'assainissement. Les quatre OBC restantes fournissaient déjà des services de planification familiale. Comite de Integracion y Reconstruccion para El Salvador (CIRES) au Salvador ont commencé à fournir des services de santé et développement d'infrastructure après les tremblements de terre de 2001. CEVIFA est une organisation confessionnelle et un programme de planification familiale naturelle qui collabore avec Catholic Relief Services et le Ministère de la santé au Honduras. CARE réalise un programme de santé reproductive dans les villages de l'Uttar Pradesh en Inde. Le Community Aid Sponsorship Program (CASP), conjointement avec le Centre pour les activités de développement et de population (CEDPA) intervient dans les taudis urbains de Dehli en Inde.

Tableau 1 : Organisations partenaires et caractéristiques de l'étude

Région	Pays	Partenaire	Nombre de sujets	Public cible	Information contribué
Afrique	Bénin	HOMEL	46	Maternité/MS FPA ONG	Profil et expériences des utilisatrices Hommes en tant qu'utilisateurs Combinaison de méthodes
		ABPF	54		
		OSV-Jordanie	119		
Amérique latine et Caraïbes	Equateur	CEMOPLAF	165	Centres FPA avec service communautaire	Profil et expériences des utilisateurs Deux ou une visite de suivi Combinaison de méthodes Performance des prestataires
	Salvador	PCI	92	Programmes communautaires et ruraux des ONG	Profil et expériences des utilisatrices Evaluation de la tarification Performance des prestataires Hommes comme prestataires Effet communautaire Données qualitatives des utilisateurs et des prestataires
		CIRES	50		
	Honduras	ASHONPLAFA CEVIFA/CRS MS	32 27 50		
Asie	Inde (New Dehli)	CASP Plan	230	Programme communautaire urbain ONG	Profil et expériences des utilisateurs Evaluation de la tarification Performance des prestataires Hommes comme prestataires Effet communautaire
	Inde (Uttar Pradesh)	CARE	482	Programme communautaire urbain ONG	Profil et expériences des utilisateurs Evaluation de la tarification Performance des prestataires Hommes comme prestataires Effet communautaire Données qualitatives des utilisatrices et des prestataires
	Philippines	Maternité de Fabella	150	Hôpital MS	Profil et expériences des utilisatrices 2 ou 1 visites de suivi
		Fondation Kaanib	78	Programme communautaire rural ONG	Profil et expériences des utilisatrices
		Friendly Care	54		Profil et expériences des utilisatrices Evaluation de la tarification

#### 2.4 Recrutement des participantes de l'étude sur la MJF

Au total, 1 646 femmes acceptant d'utiliser la MJF ont été recrutées dans le cadre des 14 études, la fourchette allant de 27 à 482 participantes par étude. Outre les participantes de l'étude, d'autres femmes ont commencé à utiliser la MJF lors de la période de recrutement mais elles ne souhaitaient pas

participer aux entretiens de suivi. Toutes les femmes acceptant la MJF ont reçu des conseils de la part de prestataires qui avaient reçu une formation portant sur la manière 1) d'inclure la MJF au counseling sur le choix des méthodes, 2) de faire un dépistage des femmes pour vérifier que la MJF est une méthode qui leur convient (à savoir qu'elles ont des cycles entre 26 et 32 jours et qu'elle-même et son partenaire sont

capables d'éviter les rapports sexuels non protégés pendant les jours féconds et 3) de lui apprendre l'utilisation correcte de la méthode, y compris le Collier du Cycle. Une fois que la cliente avait choisi la MJF et qu'elle avait reçu des conseils portant sur l'utilisation de la méthode, on lui a demandé si elle voulait participer à l'étude. Toutes les participantes de l'étude ont signé un formulaire de consentement avant le premier entretien. Les protocoles d'étude ont été approuvés par le Conseil d'examen institutionnel de Georgetown University.

## 2.5 Collecte et analyse de données

Plusieurs types de données ont été collectés pour évaluer s'il était faisable d'intégrer la MJF aux différents types de modèles de prestation de services et pour prendre connaissance des expériences des utilisatrices. Le présent rapport analyse l'utilisation des approches suivantes :

- Entretiens structurés avec les utilisatrices de la MJF sur leurs caractéristiques sociodémographiques ainsi que leurs antécédents en matière de reproduction, les raisons pour lesquelles elles ont choisi la MJF, leurs attitudes à propos de la méthode, les perspectives à propos du rôle du partenaire et de la communication au sein du couple, les instructions sur l'utilisation de la méthode qu'elle avait reçues et la qualité générale des soins. Des entretiens ont été organisés dans la semaine qui a suivi le recrutement puis à 1, 4, 7, 10 et 13 mois d'utilisation (ou lorsque la femme a quitté l'étude). Lors des entretiens de suivi, les femmes qui n'avaient pas eu leurs règles ou celles qui n'étaient pas sûres si elles étaient enceintes ou non ont passé un test de grossesse. On a demandé aux participantes si elles avaient eu des rapports sexuels non protégés pendant les jours féconds pour déterminer si la grossesse était due à l'échec de la méthode ou à l'utilisation incorrecte de la part de la femme. Les taux de grossesse ont été calculés en utilisant l'analyse de la table de mortalité.
- Entretiens structurés avec des partenaires masculins à la fin de l'étude, essentiellement à propos de leur satisfaction avec la méthode, et de leur expérience de communication avec leur épouse en ce qui concerne l'utilisation de la méthode. On a interviewé séparément les hommes et les femmes pour éviter la contamination des réponses.
- Examen continu des statistiques de services sur les nombres et le pourcentage de nouvelles clientes utilisant chaque méthode pour examiner dans quelle mesure l'introduction de la MJF influençait la combinaison de méthodes.
- Données des entretiens de supervision pour évaluer dans quelle mesure les prestataires comprenaient et conseillaient les clientes à propos de la MJF.

Certaines études comprenaient des activités supplémentaires de collecte de données, notamment à l'aide de méthodologies qualitatives. Le tableau 1 présente les thèmes de recherche traités par chaque étude spécifique. Des enquêtes communautaires avant et après l'intervention ont été réalisées par PCI au Salvador et CARE et CASP en Inde. Au Salvador, un échantillonnage sur grappe a été utilisé pour identifier les communautés et les ménages qui seraient retenus pour les

entretiens. Pour réaliser le recensement en Inde, les agents de santé communautaire se sont rendus dans tous les ménages de la communauté pour identifier toutes les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) et obtenir une information sur leur âge, leur statut actuel de grossesse, le nombre d'enfant et l'utilisation actuelle ou précédente de méthodes de planification familiale. Des études avec des clientes simulées ont été effectuées par CEMOPLAF et ASHONPLAFA pour évaluer les capacités des prestataires à assurer le choix informé et à donner un counseling portant sur la MJF. Pour mener à bien ces études, on a apporté une formation aux enquêtrices pour qu'elles sachent jouer le rôle d'une femme souhaitant obtenir des services de planification familiale et les visites ont été faites sans que les prestataires sachent lesquelles de ces femmes étaient des clientes simulées. Après la visite, l'enquêtrice a rempli une liste de vérification évaluant la session de counseling par rapport à un certain nombre de dimensions dont la durée de la session. Avant de commencer l'étude avec les clientes simulées, on a informé tous les prestataires de l'étude à venir et ils ont signé un formulaire de consentement pour leur participation.

## 2.6 Limitations de l'étude

Ces études sont conçues pour pouvoir observer les tendances et modes d'un programme à l'autre et évaluer les stratégies de prestation de la MJF. Elles ne sont pas conçues comme des essais cliniques dans le cadre desquels les personnes qui décident d'utiliser la planification familiale reçoivent aléatoirement telle ou telle méthode. Aussi c'est la densité de la population de la zone couverte par le programme et le taux d'acceptation de la méthode qui sont les facteurs qui ont influencé le nombre de participants à chaque étude.

Ces 14 études étaient très hétérogènes, se penchant sur divers programmes dans des contextes très différents. L'auto-sélection des acceptantes de la MJF, les pertes au suivi, l'auto-notification ainsi que les forces et les faiblesses des programmes eux-mêmes ont certainement influencé certains des résultats. Les entretiens de suivi ont probablement amélioré la connaissance des clientes et leur motivation à utiliser la méthode. De plus, certaines organisations partenaires et certains prestataires étaient probablement plus enthousiastes à propos de la MJF qu'ils ne l'auraient été en dehors du contexte de recherche.

## 3. Les résultats

Le cadre des systèmes axé sur les clientes, mis au point par l'OMS, se concentre sur les éléments d'importance critique se rapportant aux 1) gens, services et technologies, 2) aux politiques et 3) aux capacités institutionnelles et à la manière dont ces trois éléments se répercutent sur l'acceptabilité et la viabilité d'une nouvelle méthode de planification familiale. La discussion qui suit se concentre sur les gens et les services.

### 3.1 Points de vue et besoins des gens

Les résultats suivants concernent les caractéristiques des utilisatrices et la manière dont les couples ont pris en charge la période féconde. Sont également présentés les taux de grossesse.

Les 14 études comptaient au total 1646 femmes. Il est difficile de caractériser ces femmes car les populations de l'étude sont très diverses. Le tableau 2 présente certaines de ces caractéristiques qui sont également récapitulées ci-après.

- Age. C'était la caractéristique la plus constante. L'âge moyen des femmes qui ont commencé à utiliser la MJF ne variait que légèrement entre les études, se situant dans une fourchette allant de 28 à 32 ans. Par ailleurs, des femmes de 18 ans (âge le plus jeune dans l'étude puisque c'était là une condition du consentement informé) et de 47 ans (âge le plus avancé) ont obtenu la méthode et l'ont utilisée correctement et efficacement.
- Parité. Cette caractéristique variait grandement d'un site à l'autre. Par exemple, 41% des utilisatrices dans l'étude urbaine de l'ABPF au Bénin n'avaient pas encore d'enfants alors que 69% des utilisatrices dans l'étude rurale de Kaanib aux Philippines avaient au moins trois enfants.
- Education. Cinquante et un pour cent des utilisatrices d'une étude dans les zones urbaines de l'Inde (CASP) n'avaient jamais été à l'école alors que 65% des femmes de l'étude de Friendly Care, réalisée dans un contexte urbain des Philippines, avaient poursuivi leurs études dans le secondaire.
- Utilisation précédente de la contraception moderne. Dans la plupart de ces études, les femmes avaient déjà utilisé des méthodes modernes (neuf études comptaient 50 % de femmes ou plus indiquant qu'elles avaient déjà utilisé une méthode moderne). Parmi les acceptrices du centre de l'ABPF au Bénin, seules 13% avaient utilisé une méthode moderne. A l'autre bout de l'échelle, 80% d'acceptrices ou plus de ASHONPLAFA et du MS hondurien ont indiqué qu'elles avaient déjà utilisé une méthode moderne.
- Utilisation contraceptive immédiatement avant la MJF. Un nombre nettement moindre d'acceptrices de la MJF sont passées d'une méthode efficace à l'utilisation de la MJF. Dans 13 des études, plus de la moitié des femmes ont indiqué qu'elles n'utilisaient pas de méthode ou alors utilisaient une méthode traditionnelle dans les deux mois précédant le début de leur utilisation de la MJF. La seule exception étant CASP puisque dans cette étude la plupart des acceptrices ont indiqué qu'elles utilisaient des préservatifs dans les 2 mois qui ont précédé.

En général, la raison avancée le plus souvent pour avoir choisi la MJF plutôt qu'une autre méthode, c'est qu'elle n'a pas d'effet secondaire et pas de répercussion sur la santé d'une femme. Son faible coût est une autre raison. Si les méthodes axées sur la connaissance de la fécondité sont souvent associées aux croyances religieuses, relativement peu de femmes pourtant ont invoqué cette raison pour avoir choisi la MJF. Seules les études avec PCI et CEVIFA (une organisation confessionnelle) comptaient une proportion importante de femmes avançant la religion comme la raison de leur acceptation de la méthode (20% et 14% respectivement). Dans les 12 autres études, la religion était mentionnée par 0,5% à 7,4% des participantes comme raison d'avoir accepté la MJF. De nombreuses femmes étaient intéressées par la MJF mais, au moment du dépistage initial, toutes d'entre elles ne présentaient pas les conditions requises pour utiliser la

méthode. Selon les données de huit des études (CEMOPLAF, CARE, CASP, OSV Jordan, ABPF, HOMEL, PCI, CIRES), environ 35% des femmes se renseignant sur la MJF ont répondu aux critères de recevabilité. Le fait d'avoir des cycles en-dehors de la fourchette requise et l'aménorrhée du post-partum étaient parmi les principales raisons de non-recevabilité pour les autres. L'opposition du partenaire était citée moins souvent.

Lorsqu'on a demandé aux nouvelles utilisatrices ce qu'elles feraient pendant la période féconde de 12 jours, la première réponse obtenue le plus souvent dans le cadre des 10 des études était l'abstinence. Par contre, les stratégies effectives de prise en charge de ces jours féconds variaient grandement d'un point de services à un autre. Dans le cadre de deux études – ASHONPLAFA et CASP – les femmes avaient l'intention d'utiliser des préservatifs pendant les jours féconds (65% et 87% respectivement) alors que les utilisatrices de CEMOPLAF et du MS au Bénin étaient divisées également entre les préservatifs et l'abstinence dans leurs préférences. Par ailleurs, aucune utilisatrice de Kaanib et de CEVIFA n'a indiqué qu'elle avait l'intention d'utiliser des préservatifs pendant les jours féconds. Et pourtant, lors des entretiens de suivi, les participantes dans la plupart des études ont indiqué une utilisation du préservatif lors des jours féconds 10% plus élevée que celle prévue au départ. Par exemple, un quart des utilisatrices de Friendly Care avaient indiqué, lors de l'entretien à l'admission, qu'elles avaient l'intention d'utiliser des préservatifs lors des jours féconds alors qu'en fait 34% ont indiqué qu'elles avaient effectivement utilisé des préservatifs, lors de l'entretien à la sortie.

Si l'intérêt et l'engagement des hommes face à la MJF variaient, en général pourtant les utilisateurs masculins étaient intéressés par la méthode. Par exemple, au Bénin, un grand nombre d'hommes sont venus au centre d'eux-mêmes pour se renseigner sur l'utilisation de la MJF. Des entretiens à la sortie de l'étude ont été organisés avec les femmes de toutes les études pour juger de leur satisfaction face à la méthode. Dans quatre études (CEMOPLAF, PCI, CIRES, CASP), les hommes ont également été interviewés. Les hommes et les femmes ont été interviewés séparément et pourtant leurs réponses concordaient assez bien. Ni les hommes ni les femmes ne trouvaient facile d'éviter les rapports sexuels ou d'utiliser des préservatifs lors des jours féconds et alors que 90% d'entre eux ont fait savoir que la MJF était facile à utiliser et qu'ils la recommanderaient à d'autres. Les femmes avaient tendance à être légèrement plus satisfaites de la méthode que les hommes et la trouvaient plus facile à utiliser. Par exemple, en Inde, 99 % des utilisatrices et 70 % des utilisateurs recommanderaient la MJF à d'autres. Au Salvador, 96% des utilisatrices et 90% des utilisateurs recommanderaient la méthode.

Les données des entretiens de suivi ont permis d'estimer les taux de grossesse en cas d'utilisation typique. Suite aux petites tailles d'échantillon dans de nombreuses études, on a consolidé les données pour estimer un taux de grossesse d'une année, en cas d'utilisation typique, de 14,1 grossesses pour 100 femmes-années d'utilisation. Cette estimation est analogue au taux de grossesse avec utilisation typique de l'ordre de 12 grossesses pour 100 femmes-années d'utilisation, calculé à partir de l'étude d'efficacité de la MJF

sur de multiples sites. [4]. La principale raison de l'échec des méthodes était due au fait que les couples prenaient le risque d'avoir des rapports sexuels non protégés lors des jours féconds. Un grand nombre de ces couples ont indiqué qu'ils utilisaient des préservatifs ou le retrait lors de ces jours. L'échec de l'utilisatrice représentait un tiers des grossesses en

général. Le pourcentage des participantes qui sont tombées enceintes suite à l'échec de l'utilisatrice variait de 1,6% (CASP) à 9,3% (Fabella). Parmi les autres facteurs mentionnés moins souvent par les participantes de l'étude : pression des partenaires masculins d'avoir des rapports sexuels lors des jours féconds et désir de tomber enceintes.

Tableau 2 : Caractéristiques choisies des utilisatrices de la MJF par site d'étude

Pays	Sites de l'étude	n	Age moyen	Parité moyenne	Seulement Education primaire %	A déjà utilisé une méthode moderne de PF(%)	N'utilisait pas de PF ou seulement méthodes traditionnelles 2 mois avant d'accepter la MJF (%)
Bénin	ABPF	54	31,2	2,9	50	13	92,6
	Homel	46	29,6	1,9	28,2	52,2	54,5
	OSV Jordan	119	28,1	1,7	48,8	31,9	81,5
Equateur Salvador	CEMOPLAF	165	29,4	1,8	28,4	72,1	61,8
	PCI	92	29,9	3	72,8	56,5	81,5
Honduras	CIRES	50	28,1	3,6	92	30	92
	ASHONPLAFA	32	28,8	1,9	15,6	81,3	53,1
	CEVIFA	27	27,3	2	29,6	44,4	66,6
Inde	MS	50	28,9	1,8	36	82	56
	CASP	247	28,4	2,9	65,6	64,8	31,2
Philippines	CARE	482	28,8	3,3	72,4	49,6	66,7
	Fabella	150	30,6	2,5	7,3	68	54,6
Philippines	Kaanib	78	32,2	3,9	50	56,4	85,9
	Friendly Care	54	31,9	2,1	3,7	53,7	64,8

### 3.2 Services

Selon le cadre de systèmes de l'OMS, l'introduction d'une nouvelle méthode de planification familiale devrait améliorer la qualité des soins qui, selon le cadre de Bruce [9], comprend la compétence des prestataires, les aptitudes interpersonnelles et le suivi pour assurer l'utilisation correcte et efficace.

#### 3.2.1 Compétences du prestataire

L'utilisation correcte de la MJF dépend dans une grande mesure de la capacité du prestataire à effectuer un dépistage correct des clientes et à leur apprendre à utiliser correctement la méthode. Le counseling portant sur la MJF demande qu'on fasse participer la cliente au choix de la méthode pour déterminer si la méthode lui convient et répond à son style de vie. Les prestataires doivent apprendre aux femmes à suivre leurs cycles, à identifier les jours féconds et à se donner des stratégies pour prendre en charge les jours féconds. Dans les 14 études, on a formé un total de 333 prestataires : 15% de professionnels (médecins, infirmières et sages-femmes certifiées), 14% de personnel paramédical (aides-infirmières, conseillers de planification familiale et assistantes sociales) et 71% d'agents de santé volontaires et rémunérés. Le niveau d'éducation des prestataires et leur expérience en matière de prestation de planification familiale étaient les principaux déterminants du type de formation nécessaire. Le personnel professionnel et paramédical avait moins besoin de formation et de supervision car il avait déjà de l'expérience en matière de planification familiale. Et pourtant, chez ce personnel, il fallait souvent corriger certains préjugés entretenus à l'égard des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité. Par exemple, avant la formation, pour la moitié des prestataires cliniques à ASHONPLAFA, les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité ne représentaient pas une option acceptable pour leurs clientes. Par ailleurs, les données de

supervision ont indiqué que les attitudes à l'égard de la MJF s'étaient améliorées après la formation et plusieurs mois de prestation de services.

La formation des prestataires communautaires était répartie en modules plus courts, avec suffisamment de temps entre les séances pour absorber l'information avant de passer à la séance suivante. La durée totale de la formation pour les agents communautaires faiblement alphabétisés allait de 2 à 3 jours, suivant le besoin d'inclure les aspects fondamentaux du counseling en planification familiale, le choix informé et une vue d'ensemble des autres méthodes. Par ailleurs, les prestataires cliniques une fois qu'on les avait rassurés en répondant à leurs préoccupations, pouvaient apprendre à offrir la MJF en une demie journée. On a appris à tous les prestataires à utiliser les cartes conseils qui présentent les critères de dépistage et les étapes essentielles de l'utilisation correcte du Collier du Cycle. [10] La carte à conseils avec les images était particulièrement utile pour les prestataires communautaires.

#### 3.2.2 Compétences interpersonnelles et choix informé

S'il veut assurer le choix informé et l'utilisation correcte de la MJF, le prestataire doit avoir une connaissance suffisante et de bonnes compétences de counseling pour déterminer si le couple est capable de prendre en charge les jours féconds, et quels sont ses risques en ce qui concerne la consommation d'alcool, les infections sexuellement transmissibles et la violence du partenaire. Dans l'étude CASP, la capacité du prestataire à trouver les problèmes conjugaux et l'opposition du partenaire expliquait 27% de la non-recevabilité. De plus, lorsque les femmes avaient des cycles en dehors de la fourchette requise et qu'on leur recommandait donc d'arrêter la MJF, les prestataires devaient aider les femmes à choisir une autre méthode.

Les résultats d'une étude sur les clientes simulées réalisée par ASHONPLAFA constate que l'introduction de la MJF a permis d'augmenter le choix informé et d'améliorer la qualité des soins, quelle que soit la méthode choisie en fin de compte, tel que le montre le tableau 3. Après l'introduction de la MJF, le pourcentage de clientes simulées qui ont opté librement pour cette méthode a augmenté et le pourcentage de celles indiquant qu'elles avaient reçu une information suffisante pour choisir une méthode axées sur la connaissance de la fécondité a doublé, passant de 38% à 75% aussi bien pour ASHONPLAFA que le MS hondurien. Parallèlement, le pourcentage de prestataires opposés aux méthodes axées sur la connaissance de la fécondité a diminué passant de 24% à 2%.

### 3.2.3 Mécanismes de suivi

Seul un suivi adéquat permet de s'assurer que les clientes utilisent correctement une méthode de planification familiale et de comprendre les effets secondaires qui y sont liés. Les protocoles de la plupart des programmes compris dans ces études prévoyaient une visite de suivi pour les nouvelles utilisatrices, quelle que soit la méthode choisie. Cherchant à déterminer les effets de la visite de suivi sur l'utilisation correcte, deux études – Hôpital de Fabella et CEMOPLAF – ont réparti aléatoirement les utilisatrices de la MJF en deux groupes : avec et sans une seconde session formelle de counseling. Selon les dires des clientes, une visite de suivi n'améliore pas de manière significative l'utilisation correcte de la MJF dans ces contextes. Parfois, les clientes des programmes cliniques sont revenues consulter les prestataires quand elles avaient des questions sur l'utilisation de la méthode mais, d'après les résultats en général, la visite de suivi n'est pas nécessaire.

Quant à la demande faite aux prestataires, le temps nécessaire pour fournir les méthodes basées sur la connaissance a parfois été cité comme une barrière à l'inclusion des programmes de multiples méthodes. Le temps nécessaire pour conseiller les nouvelles utilisatrices de la MJF ne dépasse généralement ce qui est prévu dans les normes des nouvelles consultations de planification familiale. Des études avec des clientes simulées en Equateur constatent qu'une séance ordinaire de counseling dure 20 minutes et des études analogues au Honduras la porte à 25 minutes. Par ailleurs, le counseling portant sur la MJF traite régulièrement des risques de contracter des IST, dépiste les éventuels cas de violence des partenaires et introduit l'utilisation du préservatif.

Tableau 3: Effets de l'introduction de la MJF sur le counseling pour le choix informé

Caractéristiques du counseling	Introduction de la MJF Avant (%) (n=55)	Après (%) (n=71)
Cliente a choisi la méthode	38	75
Cliente a reçu information suffisante pour choisir une MCF	38	75
Prestataires ont déconseillé les MCF	24	2

### 3.3 Résultats

Ces études pilotes n'étaient pas conçues pour mesurer l'impact de l'introduction de la MJF au niveau communautaire bien que les données collectées sur certains sites nous renseignent sur les effets possibles de l'introduction de la MJF.

Des enquêtes initiales et finales auprès des ménages ont été effectuées par CARE, CASP et PCI pour évaluer l'effet de l'introduction de la MJF sur la prévalence contraceptive. En Inde, les recensements communautaires faits avant et après l'introduction de la MJF ont indiqué des augmentations de la prévalence contraceptive. Selon le recensement du CASP dans la zone couverte à Delhi, la prévalence de la contraception a augmenté de 50% à 58% après l'introduction de la MJF. Environ 3% des femmes interviewées utilisaient la MJF. Dans la zone de l'étude de CARE, la prévalence a augmenté passant de 24% à 41% avec 7% des femmes utilisant la MJF. Les résultats de PCI étaient analogues. Selon les enquêtes, la prévalence contraceptive a augmenté sur la période de 20 mois, allant de 45% à 58% avec 4% des femmes utilisant la MJF à l'étape finale.

## 4. Discussion

L'expérience et les résultats de ces études d'introduction nous informent sur le caractère faisable et acceptable de la MJF dans divers contextes de prestation et nous guident pour étendre à plus grande échelle l'utilisation de cette méthode. Les paragraphes suivants traitent des implications de l'intégration, de la formation et de la supervision des prestataires et des protocoles de prestation de services.

D'après les données sur les caractéristiques des utilisatrices dans les 14 études, la MJF a été choisie par un groupe de femmes ayant un besoin non satisfait mais qui ne voulaient pas utiliser des hormones contraceptives ou un dispositif contraceptif. Certes, les caractéristiques des utilisatrices de la MJF variaient grandement et pourtant, en général, sur le plan de leurs antécédents contraceptifs, 55% des femmes ont indiqué qu'elles n'avaient jamais utilisé de méthode de planification familiale auparavant et 37% ont indiqué qu'elles avaient utilisé une autre méthode (souvent utilisation irrégulière des préservatifs) lors des deux mois avant l'adoption de la MJF.

Dans ces divers contextes, la MJF était appréciée par des femmes aux caractéristiques différentes et point besoin donc de cibler un segment spécifique de la population. Dans le cadre de certaines des études, la majorité des utilisatrices ont indiqué que le préservatif était leur stratégie préférée pour la prise en charge des jours féconds. Guère surprenant bien que notable pour toute stratégie d'expansion : les couples intéressés par la MJF trouveront une manière ou une autre pour gérer les jours féconds et, pour un grand nombre d'entre eux, ce sera le préservatif.

Les hommes et les femmes qui ont continué d'utiliser la MJF à la fin de l'étude ont indiqué être satisfaits par la méthode. On a conseillé aux femmes qui avaient plus d'un cycle en-dehors de la fourchette requise ou qui étaient incapables de prendre en charge les jours féconds de changer et de passer à une

méthode plus efficace. Ce résultat nous montre qu'il est important que les utilisatrices comprennent qu'elles doivent suivre la durée de leur cycle et que les programmes doivent fournir une vaste gamme d'options pour répondre aux besoins des clientes.

Résultat important : un grand nombre d'hommes étaient intéressés par la MJF et ils ont participé à l'utilisation de la méthode en s'abstenant ou en utilisant des préservatifs lors des jours féconds, en obtenant les préservatifs et en aidant leur épouse à suivre les jours féconds. Les organisations qui ont participé à l'étude ont constaté que l'introduction de la MJF était un moyen d'engager davantage les hommes même s'ils ne participent pas directement au counseling.

Les prestataires au niveau communautaire avec peu ou pas d'expérience en matière de planification familiale peuvent fournir efficacement la MJF si on leur apporte une formation et supervision adéquates. Autre avantage important des prestataires communautaires : Une fois formés, ils peuvent également orienter vers d'autres services les femmes intéressées par d'autres méthodes, y compris qui ne présentent pas les conditions pour utiliser la MJF. Tel était le cas de CARE, CIRES, PCI et CEVIFA.

Le temps nécessaire pour conseiller les nouvelles utilisatrices de la MJF ne dépasse généralement pas la durée prévue pour les nouvelles consultations de la planification familiale. Par ailleurs, le counseling portant sur la MJF traite généralement des risques de contracter des IST, essaye de dépister les éventuels cas de violence de la part du partenaire et donne également des instructions sur le mode d'emploi du préservatif. En outre, les études qui ont examiné systématiquement l'effet de la visite de suivi programmé ont constaté que la seconde visite permettait d'améliorer la connaissance mais n'avait aucun effet significatif sur l'utilisation correcte de la méthode.

Les résultats de ces 14 études nous montrent que la MJF répond aux besoins des gens, améliore la qualité des soins et peut être introduite dans divers contextes. Autant de données probantes utiles pour guider la mise au point de politiques et de stratégies visant à intégrer la MJF aux programmes de planification familiale des secteurs privé et public.

## Remerciements

Cette recherche a été financée par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international aux termes de l'accord coopératif HRN-A-00-97-11100-00 avec l'Institut de la Santé Reproductive, Département d'obstétrique et de gynécologie de Georgetown University, Washington DC. Les auteurs tiennent à faire mention de l'esprit d'innovation et de l'engagement dont ont fait preuve les organisations et les enquêteurs qui ont participé à la première introduction de la MJF : ABFP (Mamatou Djossou, Lahanatou Biomama) ; ASHONPLAFA (Suyapa Pavon) ; CARE Inde (Loveleen Johri, D.S. Panwar) ; CEDPA Inde (Bulbul Sood, Marta Levit Dayal) ; CASP (Ashima Mitra, Bhagyashree Dingle) ; CEMOPLAF (Teresa Vargas, Esther Carvajal, Anita Ilbay) ; CEVIFA (Maria Elena de Quan) ; CIRES (Betty Galvez) ; Fabella Hospital (Emily Bernardo) ; Friendly Care (Alberto Romualdez) ; HOMEL

(Rene Perrin, Lamberte Oguinchi) ; Kaanib Foundation (Imelda Esteban, Alan Tiangha) ; OSV Jordan (Josephat Avoce, Achille Metahou), Project Concern International (Gail Emrick, América de Duarte) ; Région II du Ministère de la Santé du Honduras (Oscar Reyes). Nous aimerions également faire mention des consultants et des organisations responsables de la collecte et de l'analyse de données : Ernesto Pinto, Damodar Sahu, LEADD (Virgile CapoChici, Adolphe Kpatchavi), TNS-Mode (Urmul Dosajh), ASIN (Tina Torres), RIMCU (Lita Sealza) et AIJC (Cora Arboleda). Les auteurs tiennent également à remercier la contribution de Jeanette Cachan pour la mise au point du matériel pour la formation et la prestation de service ainsi que Margarita Monroy, Mitos Rivera, Joji Mañalac et Myrna Seidman pour tout leur soutien à cet effort. Les auteurs sont également reconnaissants à Linda Potter, Victoria Jennings, Nancy Murray, Henry David, Ruth Simmons, Peter Fajans, Cynthia Green et Mihira Karra pour leur participation à la préparation de cet article. Enfin, toute notre gratitude aux hommes et femmes qui ont si généreusement partagé leurs opinions et expériences avec nous tout au long de l'étude.

## Références

- [1] Simmons R, Hall P, Diaz J, Diaz M, Fajans P, Satia J. The strategic approach to contraceptive introduction. *Stud Fam Plann* 1997; 28:79-94
- [2] Fajans P, Simmons R, Girón L. Helping public sector health systems innovate: the strategic approach to strengthening reproductive health policies and program. *Am J Public Health* 2006; 96:435
- [3] Arevalo M, Sinai I, Jennings V. A fixed formula to define the fertile window of the menstrual cycle as the basis of a simple method of natural family planning. *Contraception* 1999; 60:357-60
- [4] Arevalo M, Jennings V, Sinai S. Efficacy of a new method of family planning: the standard days method. *Contraception* 2002;65:333-8
- [5] World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. WHO/RHR/FCh 2<sup>nd</sup> ed. Geneva: World Health Organization; 2000
- [6] World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. WHO/RHR/FCH 2<sup>nd</sup> ed. Geneva: World Health Organization; 2002
- [7] Hatcher RA, Trussel J, Stewart FH et al. *Contraceptive technology*. 18<sup>th</sup> ed. New York: Ardent Media, Inc.; 2004
- [8] World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), INFO Project. *Family Planning: a global handbook for providers*. Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2007
- [9] Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Stud Fam Plann* 1990; 21:61-91
- [10] Cachan J, Lundgren RI. *Standard days method of family planning: reference guide for counseling clients*. Washington (DC): Institute for reproductive health; 2003. Accessed March 19, 2007. [http://www.irh.org/resources/pdf/english/JOB\\_AID20SDM%20counseling%20Guide-Eng.pdf](http://www.irh.org/resources/pdf/english/JOB_AID20SDM%20counseling%20Guide-Eng.pdf).