

---

# Outil d'aide à la prise de décision à l'usage des clients et des prestataires de planification familiale

---

## Guide d'adaptation technique



Janvier 2006

## **Remerciements**

Ce guide a été rédigé par Kathryn Church (OMS). Sarah Johnson (OMS) et Ward Rinehart (JHU/CCP) en ont vérifié intégralement le contenu technique et ont formulé diverses observations. Nous souhaitons remercier Gary Lewis, Dian Rosdiana, Lucas Pixten et Nancy Caiola de l'Université Johns Hopkins (projet STARH en Indonésie) pour leurs commentaires et leur participation aux premières versions, Ricky Lu de JHPIEGO (Indonésie et Baltimore) qui a effectué un long examen intermédiaire, Jenni Smit de l'Unité de recherche en santé génésique (Afrique du Sud) pour ses observations, Young Mi Kim de JHU/CCP pour ses travaux sur les études et l'analyse de terrain, ainsi que Mirriah Vitale, Sara El-Ghannam et Yin Nwe-Aung, qui ont participé à la mise au point des documents d'adaptation.

# Table des matières

<b>À propos du présent guide.....</b>	<b>iv</b>
<b>Section 1 : Présentation de l’outil.....</b>	<b>1</b>
Informations générales.....	1
Principes et caractéristiques essentiels .....	1
<b>Section 2 : À propos de l’adaptation .....</b>	<b>9</b>
Pourquoi adapter ? .....	9
Que faut-il adapter ? .....	9
Le processus d’adaptation .....	10
<b>Section 3 : Adaptations recommandées .....</b>	<b>12</b>
a) Choix de la méthode.....	12
b) Adaptation des sections concernant les méthodes .....	13
c) Terminologie locale.....	15
d) Conformité aux normes et aux protocoles nationaux .....	15
e) Orientation des clients .....	16
f) Moyens médicaux.....	17
<b>Section 4 : Adaptations possibles .....</b>	<b>18</b>
a) Annexes .....	18
b) Double protection.....	19
c) Besoins spéciaux.....	19
d) Questions juridiques .....	19
e) Illustrations .....	20
f) Adaptation aux différents contextes de prestation des services .....	20
g) Combinaison avec les listes de contrôle existantes .....	21
h) Considérations liées à la production.....	21
i) Informations complémentaires pour la formation.....	22
j) Harmonisation de l’outil avec d’autres stratégies.....	23
<b>Annexe 1 : Résultats des essais grandeur nature et de l’évaluation .....</b>	<b>24</b>
<b>Annexe 2 : Utilisation des fichiers électroniques de l’Outil d’aide à la prise de décision</b>	<b>28</b>
<b>Annexe 3 : Informations techniques pour l’impression de l’outil .....</b>	<b>29</b>
<b>Annexe 4 : Pratiques fondées sur des bases factuelles.....</b>	<b>30</b>

## À propos du présent guide

Le présent guide est destiné à aider les administrateurs de programmes et les décideurs à adapter l'*Outil d'aide à la prise de décision à l'usage des clients et des prestataires de planification familiale* de l'OMS au niveau national ou local.

Cet outil, **conçu pour être utilisé partout**, peut être adapté au contexte national ou local ou intégré dans des programmes préexistants. Le présent guide vous accompagnera tout au long du processus d'adaptation.

La **section 1** présente l'outil, expose les principes selon lesquels il a été élaboré (soins et conseils sur des bases factuelles) et explique dans quelle optique il a été conçu afin que les administrateurs de programmes puissent décider quelles sont les modifications à y apporter.

La **section 2** présente le processus d'adaptation et donne quelques conseils essentiels pour l'utilisation de l'outil dans le cadre de programmes nationaux.

La **section 3** fournit des indications détaillées sur les modifications *recommandées* pour adapter l'outil selon le contexte.

La **section 4** présente d'autres modifications possibles de l'outil.

Les **annexes** contiennent des informations complémentaires qui peuvent être utiles à l'adaptation.

### Note sur l'adaptation de l'*Outil d'aide à la prise de décision à l'usage des prestataires et des clients de planification familiale* :

Il est possible de traduire, d'adapter et de reproduire l'outil sans autorisation mais ces traductions, adaptations et reproductions ne devront ni être utilisées à des fins commerciales ou promotionnelles, ni porter l'emblème de l'Organisation mondiale de la Santé et/ou le logo de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs ou d'INFO Project, et la source originale du document devra être mentionnée suivant la formule proposée ci-dessous. L'Organisation mondiale de la Santé et la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs déclinent toute responsabilité pour les traductions, les adaptations ou les reproductions publiées par des tiers. Les éditeurs exigent un exemplaire imprimé et électronique de toute traduction, adaptation et reproduction de l'outil.

**Proposition de mention pour les traductions ou les adaptations non officielles de l'outil :**  
*Traduction/adaptation de « Decision-Making Tool for Family Planning Clients and Providers », document élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé et INFO Project à la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs, 2005.*



# Présentation de l'outil

## Informations générales

*L'Outil d'aide à la prise de décision à l'usage des prestataires et des clients de planification familiale* a été élaboré par le Département Santé et recherche génésiques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), en partenariat avec INFO Project à la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (JHU/CCP).

Cet outil doit permettre aux prestataires de services de planification familiale d'aider leurs clients à choisir une méthode contraceptive en connaissance de cause et il donne les informations et l'aide nécessaires pour que la méthode choisie soit utilisée avec profit. Il s'agit d'un instrument interactif qui permet au prestataire de faire participer le client à la consultation et notamment à la prise de décision.

L'outil a été mis au point par des experts de la formation et de la communication en matière de santé génésique à l'OMS et à la JHU/CCP, avec le concours d'autres experts de la communication dans le domaine de la santé, notamment de spécialistes du conseil d'IntraHealth. L'outil, fondé sur des bases factuelles (voir page **Error! Bookmark not defined.**), a été relu par des experts de la planification familiale du monde entier. Il a été testé auprès de prestataires et de clients de la planification familiale dans plusieurs pays (voir annexe 1).

**Améliorer la qualité :** L'outil a été mis au point pour améliorer la qualité des consultations de planification familiale offertes dans les services de santé aux niveaux primaire et secondaire afin que les clients soient plus satisfaits et aient recours à la contraception plus fréquemment et en toute sécurité.

**Promouvoir les droits :** Toutes les femmes et tous les hommes sont libres de décider combien d'enfants ils désirent avoir et à quel moment, et quel intervalle ménager entre chaque naissance. Ils ont aussi le droit de choisir les moyens qui leur permettront d'avoir le nombre d'enfants souhaité. Cet outil vise à permettre aux clients de choisir une méthode correspondant à leurs besoins et à leur situation. L'outil, qui permet aux prestataires de répondre aux attentes de leurs clients et donne des informations correctes et appropriées, devrait aider les femmes et les hommes à combler leurs désirs en matière de procréation.

## Principes et caractéristiques essentiels

*L'Outil d'aide à la prise de décision* ne se borne pas à fournir des informations sur la planification familiale, c'est un instrument à usages et finalités multiples. Il présente les principes sur lesquels s'appuient le conseil et la prise de décision en connaissance de cause sous la forme d'un processus pratique et adapté que prestataires et clients peuvent suivre. Il vise donc à atteindre certains objectifs et suit certains principes, énumérés ci-dessous.

L'outil vise à atteindre les **trois objectifs** suivants :

- 1) Faire pleinement participer les clients à la prise de décision afin qu'ils choisissent une méthode contraceptive répondant à leurs besoins sans mettre en danger leur santé.

- 2) Améliorer la qualité des informations techniques données par les prestataires en mettant à leur disposition un document facile à utiliser et comportant des informations et des recommandations exactes sur l'utilisation des contraceptifs et sur d'autres sujets touchant à la santé génésique.
- 3) Améliorer les compétences des prestataires en matière de conseil et de communication afin qu'ils puissent établir un bon contact avec leurs clients et leur offrir des services de planification familiale de qualité.

## Un outil à usages multiples

L'outil a été conçu pour être utilisé à plusieurs fins :

- **Aide à la prise de décision** : Le but premier de cet outil est d'aider les clients à choisir une méthode contraceptive. Il guide, étape par étape, les prestataires et les clients tout au long du processus de prise de décision afin que les clients choisissent la méthode qui correspond le mieux à leurs besoins et à leur situation. C'est à la fois un *outil de travail* pour le prestataire et un *instrument de communication* permettant de faire participer le client à la consultation.
- **Résolution des problèmes** : Dans la plupart des pays, la majorité des clients des services de planification familiale utilisent déjà une méthode contraceptive. Certains d'entre eux rencontrent parfois des difficultés et ont besoin de conseils ou de soutien pour changer de méthode. Une section de l'outil est destinée à aider les prestataires à conseiller ce type de clients (voir page 6 pour plus d'informations).
- **Document de référence pour les prestataires** : L'outil, qui aide les clients dans leur choix, est aussi une source d'informations pour les prestataires, qui y trouvent des recommandations sur la sélection correcte des méthodes à proposer. Il renferme les informations essentielles que les prestataires doivent connaître sur chaque méthode pour aider les clients à *choisir* et à *utiliser* correctement une méthode de planification familiale adaptée.
- **Support de formation** : On constate souvent que, dans le domaine des soins, la formation initiale n'est pas suivie d'une formation continue correcte. Grâce à l'*Outil d'aide à la prise de décision* les formateurs peuvent enseigner aux étudiants les notions fondamentales pour une planification familiale de qualité et les étudiants pourront, par la suite, se référer à l'outil pour y trouver des informations de référence ou pour donner des conseils. Les prestataires peuvent l'utiliser pour se former et pour conseiller leurs clients.

## Un outil fondé sur des bases factuelles

L'*Outil d'aide à la prise de décision* est basé sur les dernières données de la recherche médicale, de la recherche sur la communication dans le domaine de la santé et de la recherche en sciences sociales :



- Les informations techniques sur l'utilisation des méthodes contraceptives sont tirées de deux guides factuels de l'OMS sur la planification familiale : *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* (OMS, 3<sup>e</sup> édition, 2004), et *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives* (OMS, 2<sup>e</sup> édition, 2005).
- Des informations techniques supplémentaires sur la contraception et d'autres sujets touchant à la santé génésique ont été tirées d'autres guides factuels, notamment le manuel de planification familiale, *Éléments de la technologie de la contraception* (JHU/CCP, 2003) et divers documents de l'OMS sur la contraception d'urgence et les infections sexuellement transmissibles.
- Le processus de conseil décrit dans l'outil, fondé sur un modèle normatif de prise de décision élaboré par l'OMS et JHU/CCP, est le fruit de travaux de recherche dans le domaine de la communication et du conseil en matière de santé.

L'annexe 4 récapitule les pratiques fondées sur des bases factuelles préconisées dans l'outil et contient une liste des documents de référence utilisés.

## Placer le client au centre de la démarche de soins

Afin que le client soit davantage satisfait des services et des méthodes sélectionnées, l'*Outil d'aide à la prise de décision* préconise un modèle de communication et de relation entre le client et le prestataire fondé sur les principes suivants :

- **Consultations centrées sur le client**

Traditionnellement, c'est le prestataire qui détermine le déroulement et la teneur de la consultation. Les clients ne sont pas incités à participer ou à poser des questions. L'*Outil d'aide à la prise de décision* a été conçu pour que la consultation soit centrée sur le client : le prestataire doit attendre que le client participe et réponde aux questions avant de poursuivre. L'outil incite également le prestataire à écouter le client, à lui poser des questions et à vérifier qu'il a bien compris.

- **Client et prestataire prennent les décisions et règlent les problèmes ensemble**

L'outil préconise un modèle de soins où les décisions sont prises et les problèmes réglés à la fois par le prestataire, expert des méthodes contraceptives, et par le client, seul à même d'expliquer quels sont ses besoins et sa situation. Dans ce **partenariat d'égal à égal**, le prestataire peut aider le client à décider quelle est la méthode la mieux adaptée à sa situation et à ses besoins, ou à régler les problèmes posés par la méthode utilisée.

- **Clients et prestataires maîtres de la situation**

L'outil, grâce aux illustrations et à la simplicité du vocabulaire employé, facilite la participation des clients à la consultation. Client et prestataire l'utilisent ensemble. Certains mots ou certaines images rassurent les clients, d'autres les amènent parfois à poser des questions ou à faire part de leurs préoccupations. Le client peut ainsi participer à la prise de décision et orienter la consultation, en posant des questions ou en répondant aux questions qui lui sont posées.

L'outil peut aussi rassurer le client quant aux compétences du prestataire. Les prestataires hésitent souvent à utiliser des documents de référence pendant les consultations de peur que les clients ne doutent de leur savoir ou de leurs capacités. Cependant, s'il dispose d'un outil de travail qui contient les informations essentielles, le prestataire peut s'y référer brièvement pour se rappeler des informations techniques ou la bonne pratique à suivre. Enfin, l'outil peut rassurer le prestataire et lui éviter de se tromper.

## Améliorer les compétences en matière de conseil

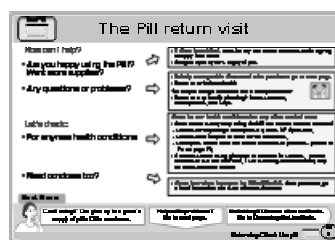
### *Un document interactif pour le client et pour le prestataire*

L'*Outil d'aide à la prise de décision* est un outil de travail interactif qui se présente sous la forme d'un cahier à feuilles mobiles imprimées sur les deux faces ; l'une, destinée au client, comporte des images et des informations de base et l'autre, destinée au prestataire, comporte des informations techniques et des recommandations plus détaillées.

Le prestataire peut se servir de la page destinée au client pour aborder les points principaux en s'appuyant sur les illustrations. Il montre ainsi au client que sa participation à la consultation est importante. Il peut, si nécessaire, se référer aux informations techniques figurant sur la page qui lui est réservée.



One side for clients...



...and one side for providers



## Marche à suivre pour un conseil et une communication de qualité

L'*Outil d'aide à la prise de décision*, qui contient des informations techniques, explique aussi **COMMENT** transmettre ces informations.

Pour placer le client au centre de la démarche de soins, comme préconisé plus haut, le prestataire doit aussi devenir un conseiller. La perception de la qualité des soins par le client dépend souvent de la façon dont les soins sont dispensés, les informations sont communiquées et le soignant entre en relation avec le patient.

L'outil est fondé sur les principes fondamentaux suivants :

1. Le client prend les décisions.
2. Le prestataire aide le client à envisager différentes possibilités et à prendre les décisions qui correspondent le mieux à ses besoins.
3. Dans la mesure du possible, les souhaits du client sont respectés.
4. Le prestataire *répond* aux questions, aux remarques et aux besoins du client.
5. Le prestataire *écoute* ce que dit le client pour savoir que faire ensuite.

L'outil favorise une attitude positive des prestataires sur le plan du conseil et une attitude positive des clients sur le plan de la communication (voir encadré 1 ci-dessous) :

- en indiquant aux clients des phrases (que le prestataire verra aussi) pour les inciter à parler (voir figure 1) ;
- en suggérant aux prestataires des questions supplémentaires, qui figurent dans des encadrés bleus, par exemple « *En cas d'effets secondaires, comment réagiriez-vous ?* »
- en rappelant aux prestataires à quel moment le client doit prendre sa décision ;
- en rappelant aux prestataires la conduite à tenir, grâce aux **icônes de conseil** (voir figure 2).

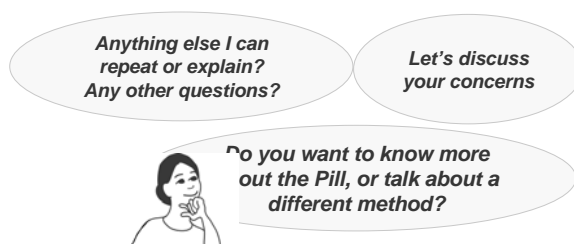


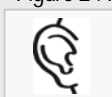
Fig. 1 Communication prompts for clients

### Encadré 1 : Attitude préconisées dans l'outil pour une bonne communication

#### Pour le prestataire :

- Poser des questions ouvertes
- Accepter ce que dit le client
- Écouter le client
- Éviter de critiquer ou de culpabiliser le client
- Vérifier que le client a bien compris les informations
- Demander au client s'il souhaite poser des questions

Figure 2 : Icônes de conseil



Écouter attentivement



Proposer un soutien



Vérifier que le client a compris



Demander au client s'il veut poser des questions

## Un processus de décision et de conseil structuré

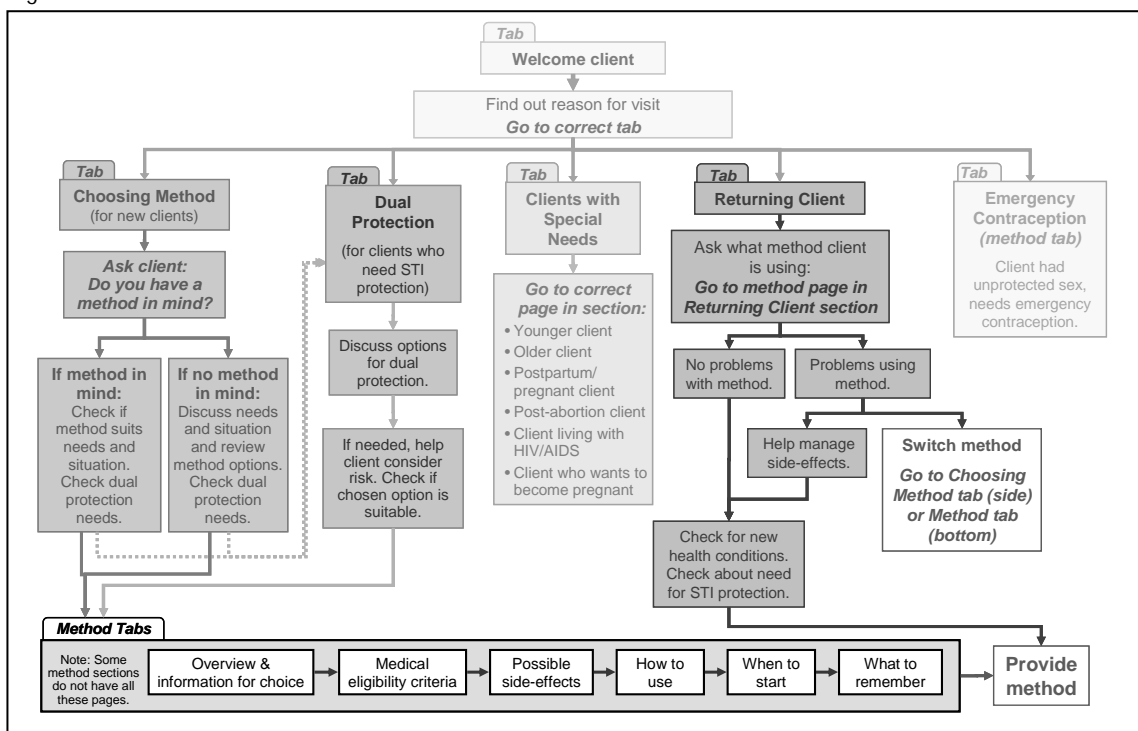
L'*Outil d'aide à la prise de décision* a été conçu pour guider les prestataires et les clients, **étape par étape, tout au long du processus** devant conduire au choix et à l'utilisation de la méthode. L'outil est divisé en **trois parties** :

- **La première section** (onglets sur le côté droit) oriente le prestataire vers certaines options en fonction du type de client ou selon les besoins auxquels il doit répondre. Elle est axée sur la prise de décision pour les nouveaux clients et sur la résolution des problèmes pour ceux qui reviennent consulter.
- **Les sections sur chaque méthode** (onglets en bas) fournissent des informations détaillées sur les différentes méthodes de planification familiale (14 au total).
- **Les annexes** contiennent des documents supplémentaires pour le conseil, destinés aux prestataires.

La figure 3 montre la structure de l'outil sous forme d'organigramme et indique les sections et sous-sections abordées ci-après.

L'outil incite le prestataire à faire participer le client à chaque étape de la prise de décision ou de la résolution des problèmes. Le prestataire tourne les pages, en se référant aux instructions figurant en bas de page si nécessaire (l'étape suivante ne correspond pas toujours à la page suivante). Le processus par étapes décrit dans l'outil n'a aucun caractère contraignant mais permet au prestataire de disposer des informations essentielles qu'il doit communiquer au client. Une fois que les prestataires connaissent les différentes étapes, ils peuvent utiliser l'outil au cours des consultations selon leurs besoins. Certains peuvent juger utile de consulter chaque page avec le client, d'autres peuvent préférer n'utiliser que certaines pages, selon les besoins du client.

Figure 3 : Structure de l'outil



## 1) Nouveaux clients

La section « Choix de la méthode », qui présente le processus fondamental de prise de décision, est destinée aux clients qui consultent pour la première fois en vue de choisir une méthode et à ceux qui veulent changer de méthode.

Le processus de prise de décision s'applique surtout aux **clients qui pensent à une méthode en particulier**. Les personnes qui s'adressent aux services de planification familiale ont souvent entendu parler de différentes méthodes dans leur entourage, dans leur famille ou dans les médias. Beaucoup arrivent au dispensaire en envisageant déjà une méthode. Des travaux de recherche ont montré que les clients sont davantage satisfaits s'ils peuvent utiliser la méthode qu'ils préfèrent, et c'est donc celle-ci qui doit leur être proposée si elle correspond à leurs besoins et à leur situation et s'il n'existe pas de contre-indication médicale. Suivant la procédure prévue dans l'outil, le prestataire doit d'abord demander au client s'il pense à une méthode en particulier avant d'aborder les autres possibilités.

Lorsque les **clients ne pensent à aucune méthode en particulier**, l'outil incite le prestataire à leur demander des informations sur leurs besoins et leur situation avant d'aborder les différentes méthodes envisageables. Le prestataire définit avec le client les besoins auxquels il faut répondre (Le client a-t-il déjà eu recours à la planification familiale ? Prévoit-il d'avoir des enfants ? Doit-il se protéger des IST ou du VIH/sida ? Quel est le point de vue de son partenaire ?, etc...). Après avoir recueilli ces renseignements, le prestataire peut aider le client à envisager différentes possibilités en fonction de ses besoins. Ainsi, il gagne du temps et n'est pas tenté « d'accabler » le client d'informations à propos de toutes les méthodes contraceptives.

Une fois que le client a choisi une méthode, le prestataire va directement à l'onglet correspondant afin de donner des informations plus détaillées.

## 2) Clients de retour

Les clients des services de planification familiale ont parfois besoin d'aide pour choisir une méthode contraceptive mais il faut aussi les rassurer et leur proposer un *suivi* afin qu'ils utilisent correctement la méthode qu'ils ont choisie. Trop souvent, la consultation se termine sans qu'on leur propose un suivi ou qu'on les invite à revenir s'ils rencontrent des difficultés.

L'Outil d'aide à la prise de décision comporte une section entièrement consacrée aux clients de retour, signalée par un onglet, où l'on trouve des recommandations et des conseils pour rappeler au prestataire :

- de vérifier si le client est satisfait de la méthode qu'il utilise ou s'il souhaiterait en changer ;
- quel le suivi assurer pour chaque méthode (par ex. : réapprovisionnement, conduite à tenir en cas de retard dans les injections, retrait des implants) ;
- de vérifier l'absence de nouvelles pathologies ou de problèmes qui pourraient avoir une incidence sur l'utilisation de la méthode ;
- quels conseils donner au sujet des effets secondaires et d'autres problèmes que le client est susceptible de rencontrer. Grâce aux images et au texte, le client se sent plus libre de faire part de ses préoccupations ;
- de proposer des préservatifs au client et de vérifier s'il a besoin d'une double protection.

L'outil favorise donc le suivi des soins, qui est crucial.

## 3) Double protection

Lors de toute prise de décision en matière de planification familiale, la prévention éventuelle des IST et du VIH/sida doit absolument être abordée et l'outil incite *tous* les clients à déterminer s'ils ont besoin d'une double protection, **à la fois pour éviter la grossesse et pour se prémunir des IST et du VIH/sida**.

L'outil constitue, pour les prestataires comme pour les clients, un bon point de départ pour aborder la sexualité et les relations de couple et peut aider le prestataire à évoquer les risques d'IST et à s'assurer que tous les sujets pertinents ont été couverts. Les sujets abordés dans l'outil ne seront probablement plus considérés comme sensibles mais comme normaux, tant par le prestataire que par le client.

L'outil comporte également deux sections aux préservatifs (masculin et féminin), où figure leur mode d'emploi détaillé, accompagné d'illustrations, en mettant l'accent sur l'importance d'une utilisation correcte et systématique.

#### 4) Clients ayant des besoins spéciaux

L'outil comporte une section, signalée par un onglet, pour les clients qui ont des besoins spéciaux. Elle permet d'aborder la planification familiale et diverses autres questions de santé génésique pour :

- les jeunes
- les femmes d'un certain âge
- les femmes enceintes ou qui viennent d'accoucher
- les femmes qui viennent de subir un avortement
- les personnes vivant avec le VIH/sida
- les femmes qui veulent avoir un enfant

Les prestataires peuvent consulter ces pages tout seuls ou s'y référer pendant la prise de décision avec le client. Elles peuvent aussi servir de support de formation, ou de rappel, pour ne pas oublier qu'il est important de donner des conseils spécialisés à ces clients.

#### 5) Information sur les méthodes

Tous les clients doivent bien être informés au sujet de la méthode qu'ils ont sélectionnée, d'abord pour confirmer qu'ils ont fait le bon choix puis pour savoir comment utiliser correctement cette méthode. Cependant, comme le client ne pourra retenir qu'une quantité limitée d'informations pendant la consultation, l'outil incite le prestataire à se concentrer sur l'essentiel tout en donnant suffisamment d'informations pour que la méthode soit utilisée avec profit et en toute sécurité.

Pour chaque méthode de planification familiale, l'outil comporte une section qui présente les informations essentielles que le client doit connaître :

- principales caractéristiques de la méthode et autres informations importantes
- indications médicales
- effets secondaires
- utilisation correcte de la méthode
- modalités d'instauration de la méthode (par ex. : pose d'un stérilet)
- moment d'instauration de la méthode
- modalités du suivi
- informations à retenir (notamment les signes évocateurs de problèmes graves)

#### 6) Annexes : Informations complémentaires pour le conseil en matière de planification familiale et de santé sexuelle et génésique

La dernière section de l'outil comprend des **annexes** qui contiennent des informations complémentaires pour le conseil en matière de santé sexuelle et génésique. Les prestataires peuvent s'en servir pendant la consultation ou comme référence :

1. *Questions à poser pour être relativement sûr qu'une femme n'est pas enceinte* : liste de contrôle pour déterminer quand une femme peut entamer une contraception hormonale ou se faire poser un stérilet.

2. *Quelles méthodes répondent aux besoins du client ?* : permet de comparer les méthodes au cours de la prise de décision.
3. *Efficacité comparée des méthodes* : permet de comparer l'efficacité des différentes méthodes telles qu'elles sont généralement utilisées et signale comment en tirer le meilleur parti.
4. *L'appareil génital de la femme* : à utiliser notamment avec les plus jeunes pour décrire cette partie du corps. Également utile pour expliquer comment fonctionnent certaines méthodes.
5. *Le cycle menstruel* : à utiliser, notamment avec les plus jeunes, pour expliquer ce qu'est le cycle menstruel.
6. *L'appareil génital de l'homme* : à utiliser, notamment avec les plus jeunes, pour décrire cette partie du corps. Également utile pour expliquer en quoi consiste la vasectomie.
7. *Quand commencer à utiliser une méthode contraceptive ?* : indique, pour chaque méthode, le moment où une femme peut entamer la contraception (pendant le cycle menstruel, après l'accouchement ou pendant l'allaitement).
8. *Informations sur les IST et le VIH/sida* : informations sur les IST et le VIH/sida pour les prestataires.
9. *Favoriser la communication entre les partenaires* : informations destinées aux prestataires afin qu'ils soient mieux à même de conseiller les clients sur la communication entre les partenaires (suggestions de jeux de rôles, choses utiles à dire et conseils pour organiser des groupes de discussion).
10. *Idées fausses sur la contraception* : informations permettant aux prestataires d'aborder avec les clients des idées fausses très répandues au sujet de la contraception.
11. *Informations sur la santé sexuelle et génésique* : annexe portant sur différents aspects de la santé génésique que les prestataires de services de planification familiale devraient connaître (informations sur le cancer du sein, frottis vaginal, ménopause, santé sexuelle et génésique de l'homme, infécondité et préparation à l'accouchement).
12. *Comment conseiller ?* : annexe destinée aux prestataires, qui donne des conseils pour communiquer avec le client, notamment au sujet de la sexualité.
13. *Aider les femmes victimes de violence* : explique aux prestataires comment conseiller les femmes victimes de violence.

En outre, les questions relatives à la santé sexuelle et génésique sont prises en compte tout au long du processus d'orientation et de conseil décrit dans l'outil.

## À propos de l'adaptation

### Pourquoi adapter ?

L'*Outil d'aide à la prise de décision* a été conçu pour être utilisé par les prestataires de services de planification familiale de la majorité des établissements de santé primaires et secondaires. Les illustrations qui y figurent ne sont pas spécifiques à une région ou à un pays en particulier et on s'est efforcé d'employer un vocabulaire technique et scientifique aussi simple que possible. L'outil s'inspire également des normes mondiales et des meilleures pratiques préconisées par l'OMS et d'autres organismes en matière de conseil pour la planification familiale.

Certains pays peuvent estimer que l'outil est utilisable *tel quel* dans le cadre de programmes nationaux et, même s'il n'est pas modifié faute de ressources suffisantes, l'outil reste valable, bien que la terminologie employée et les méthodes présentées ne correspondent pas toujours exactement à la situation locale. Toutefois, si des ressources sont disponibles, l'outil peut être adapté afin d'être mieux accepté, plus facile à utiliser et plus efficace.

Dans chaque pays, les services de planification familiale sont fournis dans un contexte particulier. Les administrateurs de programmes nationaux ou les décideurs devront déterminer si la situation exige d'adapter l'outil avant qu'il ne soit utilisé. Le degré d'adaptation peut varier et les modifications éventuelles dépendront des besoins et des ressources disponibles.

### Que faut-il adapter ?

On peut distinguer les adaptations recommandées des adaptations éventuelles. Ces deux aspects sont abordés en détail dans les deux prochaines sections du guide.

Les adaptations recommandées sont celles préconisées par l'OMS et INFO Project afin que l'outil soit plus facile à utiliser pour les prestataires et les clients, dans un contexte donné. Aucun de ces changements n'est considéré comme essentiel mais il est préférable de modifier les principaux éléments ci-après :

- Choix de la méthode
- Types de méthode
- Terminologie locale
- Conformité aux normes et procédures nationales et locales
- Orientation du client
- Moyens cliniques

Les adaptations éventuelles sont les changements jugés nécessaires par les pays en fonction des besoins des programmes et des ressources disponibles. Ces adaptations peuvent prendre plus de temps et exiger une modification importante de certaines sections ou certains éléments de l'outil. On peut modifier l'ensemble ou quelques-uns des éléments suivants :

- Annexes
- Double protection
- Questions juridiques

- Clients ayant des besoins spéciaux
- Illustrations
- Adaptation aux différentes catégories de clients
- Combinaison des différentes listes de contrôle
- Considérations liées à la production
- Compléments de formation
- Harmonisation de l'outil avec d'autres stratégies nationales

## Le processus d'adaptation

Toute adaptation doit s'inscrire dans le cadre de l'introduction et de la mise en oeuvre de l'outil dans un programme national. L'adaptation offre aussi l'occasion de réunir les différents groupes concernés pour étudier le contenu et convenir des modifications nécessaires pour que l'outil soit utilisé efficacement par les prestataires de services de planification familiale.

L'OMS a mis au point un guide, intitulé *Introducing WHO's Guidance in Reproductive Health into National Programmes: Principles and Process of Adaptation and Implementation*, qui présente les principes et la procédure à suivre pour introduire ses directives et ses outils dans des programmes nationaux. Ce guide, disponible sur le cédérom qui accompagne le Guide de mise en oeuvre, peut aider les responsables à planifier l'utilisation systématique de l'outil dans le cadre d'un programme afin d'atteindre les objectifs souhaités.

Lors de l'adaptation et de la mise en oeuvre de l'*Outil d'aide à la prise de décision*, il faut examiner les points fondamentaux suivants :

- **Utilisation, public visé et objectifs** : Comme indiqué à la Section 1, l'*Outil d'aide à la prise de décision* peut être utilisé à plusieurs fins, notamment comme instrument de travail ou de formation. Adapter l'outil permet de déterminer dans quel but il sera utilisé et comment en tirer le meilleur parti dans le cadre du programme national.
- **Ressources disponibles** : La reproduction de l'outil peut coûter relativement cher et lorsqu'une équipe prévoit de l'utiliser, elle doit tenir compte des ressources à sa disposition. La formation, abordée ci-après, est tout aussi importante mais peut également se révéler onéreuse. L'équipe peut envisager d'adapter l'outil pour faire des économies mais si les ressources sont limitées, elle doit essayer de trouver des fonds afin que l'outil puisse être utilisé avec profit. Dans tous les cas, il faut tenir compte dès le départ du coût que représentera l'utilisation de l'outil à grande échelle.
- **Promotion** : Pour que l'outil soit utilisé dans le cadre d'un programme national, il faudra le présenter aux responsables et aux décideurs et en démontrer l'intérêt. On peut, pour cela, s'appuyer sur les résultats positifs d'un essai pilote ou grandeur nature. Les résultats de l'essai grandeur nature de la version non adaptée de l'outil sont présentés et analysés à l'annexe 1. L'OMS a également préparé quelques exposés (téléchargeables à partir de la section « Formation » du Guide de mise en oeuvre sur cédérom) susceptibles d'être adaptés lors de la présentation de l'outil au niveau local.
- **Formation** : L'*Outil d'aide à la prise de décision*, qui présente la procédure de conseil à appliquer, contient aussi des informations techniques détaillées. Pour utiliser l'outil de manière optimale, les prestataires de services de planification familiale devront généralement être formés pour :
  - savoir comment utiliser l'outil
  - améliorer leurs compétences en matière de conseil et de communication
  - connaître les dernières techniques de contraception

L'OMS a mis au point un guide de formation (disponible sur le cédérom qui accompagne le Guide de mise en oeuvre) composé de modules concernant les trois points susmentionnés. La

formation à l'utilisation de l'outil peut soit être intégrée à un programme préexistant soit faire l'objet d'un nouveau programme.

- **Utilisation de l'outil comme document de référence sur le lieu de travail :** Les prestataires qui ont assisté à la formation sur l'*Outil d'aide à la prise de décision* doivent bénéficier d'une aide sur leur lieu de travail afin d'appliquer ce qu'ils viennent d'apprendre. Ils peuvent, à cet égard, se servir de l'outil lui-même mais on peut aussi adopter d'autres stratégies, par exemple établir des listes de contrôle pour une auto-évaluation, mettre au point des documents supplémentaires pour les clients (par ex. : brochures ou affiches), organiser des groupes de discussion, effectuer des visites de contrôle et solliciter le concours d'autres prestataires formés.
- **Administration du programme :** Pour parvenir à introduire l'outil, il faudra peut-être modifier le programme. Il peut s'agir de changements relativement simples, tels que la modification des descriptions de postes pour mettre l'accent la place centrale du patient dans le cadre des soins ou pour tenir compte de la révision des procédures d'évaluation des performances. Cependant, il est souvent nécessaire de procéder à des changements structurels. Ainsi, il faut réorganiser les consultations afin de ménager plus de temps pour le conseil et de réduire l'attente, créer des espaces de consultation garantissant l'intimité des clients, revoir le mode de rétribution des prestataires ou les mécanismes d'incitation (non seulement pour garantir l'objectivité des prestataires lors du choix de la méthode mais aussi pour récompenser ceux qui prennent le mieux en charge leurs patients), ou revoir la logistique afin que les fournitures nécessaires à l'utilisation de toutes les méthodes contraceptives soient toujours disponibles.
- **Intégration dans d'autres programmes et stratégies :** Il y aura, dans tous les pays, des initiatives, des programmes et des stratégies en faveur de la planification familiale, lancés à l'initiative du ministère de la santé ou de la population, ou par d'autres organismes partenaires. Il faut absolument y intégrer les activités concernant l'outil, non seulement pour que les approches et les messages soient cohérents mais aussi pour mettre en commun les différentes ressources.
- **Traduction :** L'équipe chargée de la mise en oeuvre devra déterminer s'il convient de traduire l'outil en plusieurs langues car, destiné tant au client qu'au prestataire, ce document doit être disponible dans une langue que l'un et l'autre comprennent. Une traduction en langue locale sera parfois nécessaire.
- **Production :** L'outil est un document relativement complexe à produire. La version non adaptée est imprimée en couleur, est munie d'onglets et comporte une couverture spéciale qui permet de le tenir droit pour en faire un petit présentoir à feuilles mobiles (les caractéristiques techniques pour l'impression sont indiquées à l'annexe 3). La production variera probablement d'un pays à l'autre. Les principaux points à prendre en compte sont abordés à la page 21.



## Adaptations recommandées

On trouvera ci-après les modifications recommandées par l'OMS et INFO Project afin de rendre l'outil plus efficace et plus simple à utiliser au niveau national ou local.

On observe plusieurs différences entre les pays et les régions : les langues ou les dialectes parlés, ainsi que la terminologie employée ne sont pas partout les mêmes, les normes et les principes directeurs en matière de santé génésique et de planification familiale diffèrent, les méthodes contraceptives disponibles ne sont pas toujours identiques, les différentes structures des systèmes de santé impliquent plusieurs modalités d'orientation des clients, la législation et les politiques relatives à la contraception et aux autres services de santé génésique varient, tout comme les besoins de la population.

Les sections ci-après indiquent les modifications recommandées, que l'équipe chargée de modifier l'outil pourra envisager.

### a) Choix de la méthode

L'outil de l'OMS contient des informations détaillées sur 14 méthodes de planification familiale (voir encadré 3).

Lors de l'adaptation, les pays devront d'abord décider quelles méthodes l'outil doit couvrir. Le document initial compte 250 pages en tout ; la suppression des méthodes contraceptives non disponibles permettra de réduire les coûts de production.

#### **Points essentiels :**

- Quelles sont les méthodes actuellement disponibles dans le cadre du programme national ?
- Si l'outil doit aussi être utilisé dans le secteur privé, celui-ci propose-t-il d'autres méthodes ?
- Les pouvoirs publics envisagent-ils d'adopter d'autres méthodes ?
- Certaines méthodes utilisées actuellement doivent-elles être prochainement abandonnées ?

Il se peut que l'équipe chargée de l'adaptation, constatant que certaines méthodes sont très rarement utilisées, décide de ne fournir sur celles-ci que des renseignements succincts car les prestataires n'auront pas besoin d'informations techniques détaillées. Elle pourrait, dans ce cas, créer une nouvelle section sous onglet ou une annexe regroupant ces méthodes, en s'inspirant de la première page traitant de chacune de ces méthodes que l'on trouve dans la version non adaptée de l'outil.

#### **Encadré 3 : Méthodes présentées dans l'outil de l'OMS**

- Contraception d'urgence et/ou stérilet posé en urgence
- Stérilet au cuivre
- Contraceptifs oraux combinés (pilule)
- Pilule purement progestative (pilule minidosée)
- Contraceptifs purement progestatifs injectables (injectables retard, AMPR ou NET-EN)
- Injectables combinés (injectables mensuels)
- Implants Norplant
- Vasectomie
- Stérilisation féminine
- Préservatif masculin
- Préservatif féminin
- Méthodes vaginales (diaphragme et spermicides)
- Méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA)
- Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité

Lorsqu'on a fini de sélectionner les méthodes, les sections inutiles peuvent être supprimées. Dans ce cas, il faudra accorder une attention particulièrement à la modification des fichiers électroniques, conçus pour être imprimés recto-verso (voir annexe 2).

L'équipe devra aussi supprimer les pages correspondantes dans la section « **Client de retour** » et modifier la table des matières de la section en conséquence.

L'équipe devra enfin supprimer, dans d'autres sections de l'outil, les références aux méthodes qu'elle a écartées. Les références aux différentes méthodes contraceptives figurent aux pages suivantes :

- Page ii (arbre décisionnel) : référence à la contraception d'urgence
- Page iv (exemple de page) : page tirée de la section « La pilule »
- Page B2 : référence à l'onglet « CU » (contraception d'urgence)
- Page CM1 : référence aux pilules et aux contraceptifs injectables
- Page CM3 : la page destinée au client montre des images faisant référence à plusieurs méthodes
- Page CM3 : même image que sur la page destinée au client et référence à ces méthodes dans le texte
- Page DP1 : la page destinée au client montre des images faisant référence à plusieurs méthodes
- Page DP2: référence au stérilet
- Pages BS2-BS7 (besoins spéciaux): références à plusieurs méthodes
- Annexe 1 : la page destinée au client montre des images faisant référence à plusieurs méthodes
- Annexes 2, 3 et 7 : les tableaux comportent des informations sur toutes les méthodes
- Annexe 10 : référence à plusieurs méthodes

## b) Adaptation des sections concernant les méthodes

Après avoir sélectionné les méthodes, l'équipe peut adapter les sections correspondantes pour préciser le type ou les marques de contraceptifs disponibles, afin non seulement d'employer les appellations correctes mais aussi d'utiliser des illustrations plus spécifiques. Cela permettra également au prestataire de donner des conseils plus précis sur chaque méthode.

### **Contraception d'urgence : pilule au lévonorgestrel seul ou contraceptifs oraux oestroprogestatifs combinés**

- **Méthode préconisée** : pilule au lévonorgestrel seul (les contraceptifs oraux oestroprogestatifs combinés sont également abordés brièvement)
- **Motif** : L'OMS recommande la pilule au lévonorgestrel seul car elle est plus efficace et provoque moins de nausées que les contraceptifs oraux oestroprogestatifs combinés.
- **Adaptations possibles** : Le programme pourra se servir de l'outil pour introduire la pilule au lévonorgestrel seul ou privilégier plutôt les contraceptifs oraux oestroprogestatifs combinés, s'ils sont couramment utilisés et, dans ce cas, modifier l'outil. Si seule la pilule au lévonorgestrel est disponible, on pourra supprimer, à la page CU2, la référence aux contraceptifs oraux oestroprogestatifs combinés.
- **Autres adaptations** : L'équipe pourra également envisager d'inclure dans l'outil des orientations sur l'utilisation la pilule contraceptive classique (COC ou POP) en urgence, si cela correspond à une pratique courante dans le pays. D'autres contraceptifs d'urgence, tels que le mifépristone, pourraient aussi être évoqués, s'ils sont disponibles.

### **Stérilet au cuivre ou stérilet au lévonorgestrel**

- **Méthode préconisée** : stérilet au cuivre.
- **Motif** : c'est le type de stérilet le plus couramment utilisé.
- **Adaptations possibles** : si le stérilet au lévonorgestrel (hormonal) est disponible dans le pays, l'équipe peut ajouter une section à ce sujet ou donner des informations sur ce type de dispositif dans la section « Stérilet » existante. Il est préférable que consacrer une section distincte au stérilet hormonal car, si on aborde les deux types de stérilet dans la même section, il y aura

Si le modèle de stérilet utilisé dans le pays est le T-380A (au cuivre), l'équipe pourra préciser, à la première page de la section, sa durée d'utilisation et son efficacité. L'expression « selon le type de stérilet » peut être supprimée de la page destinée au client et de celle destinée au prestataire.

#### **La pilule (COC) : boîte pour 28 jours ou boîte pour 21 jours**

- **Méthodes préconisées** : boîte pour 28 jours et boîte pour 21 jours.
- **Adaptations possibles** : si un seul type de boîte est utilisé, l'équipe peut supprimer toute référence à l'autre, ce qui simplifiera les conseils à donner en cas d'oubli de la pilule (pages P4 et P5). L'équipe peut aussi rendre les illustrations plus précises. En cas d'utilisation de boîtes de 24 pilules, de pilules microdosées ou de pilules triphasiques, l'équipe devra adapter l'outil en conséquence.

#### **Injectables retard : AMPR ou NET-EN**

- **Méthodes préconisées** : AMPR et NET-EN.
- **Adaptations possibles** : Selon le type de produit disponible, l'équipe peut donner des renseignements plus ciblés et fixer plus précisément la date de retour de la cliente (page IR5).

#### **Implants Norplant, Jadelle ou Implanon**

- **Méthode préconisée** : Implants Norplant seulement
- **Motif** : En 2005, c'étaient les implants les plus répandus dans les pays en développement.
- **Adaptations possibles** : L'équipe peut être amenée à adapter cette section selon le type d'implants disponibles. Le cédérom sur la mise en oeuvre contient des fichiers d'information sur les implants Jadelle et Implanon. Ces deux sortes d'implant n'ont ni la même durée de vie (pages IMP1, IMP4 et IMP6 et section « Client de retour », page CR12) ni les mêmes effets secondaires (section sur la méthode et section « Client de retour »).

#### **Vasectomie avec ou sans scalpel**

- **Méthode préconisée** : vasectomie au scalpel, avec incisions.
- **Adaptations possibles** : si la vasectomie sans scalpel est couramment pratiquée dans le pays, la page V4 et les illustrations doivent être modifiées en conséquence.

#### **Méthodes vaginales : diaphragme et/ou spermicides sous forme de mousse, de comprimés ou de film**

- **Méthodes préconisées** : diaphragme et spermicide sous forme de mousse, de comprimés ou de film.
- **Adaptations possibles** : on peut supprimer les informations sur les méthodes qui ne sont pas couramment utilisées.

#### **Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité : méthode des jours fixes ou autres méthodes**

- **Méthode préconisée** : méthode des jours fixes (avec le collier « CycleBeads »)
- **Motif** : La méthode des jours fixes, efficace et facile à appliquer, requiert peu de connaissances alors que la plupart des autres méthodes basées sur la connaissance de la fécondité nécessitent une formation spécialisée assez importante. La méthode des jours fixes est le plus souvent enseignée à l'aide du collier « CycleBeads », qui permet à la cliente de se souvenir à quel jour du cycle elle en est. Ce collier est largement distribué par l'Institut de santé génésique de l'Université de Georgetown et par l'intermédiaire de l'USAID (<http://www.irh.org/>).
- **Adaptations possibles** :
  - L'équipe peut choisir de privilégier la méthode des jours fixes, en formant les prestataires à l'utilisation du collier « CycleBeads ». Si ce collier est déjà utilisé dans le cadre du programme national ou doit bientôt l'être, il n'est pas nécessaire de modifier l'outil, mais l'équipe peut préférer supprimer les références aux autres méthodes basées sur la connaissance de la fécondité.

- La méthode des jours fixes peut aussi être enseignée à l'aide d'un calendrier, auquel cas il faut supprimer les références au collier « CycleBeads ».
- L'équipe peut opter pour une autre méthode basée sur la connaissance de la fécondité. Dans ce cas, il faut remanier entièrement le chapitre.
- Le cédérom sur la mise en oeuvre contient un fichier d'information sur la « méthode des deux jours », adaptation simplifiée de la méthode de la glaire cervicale.

## c) Terminologie locale

La mise en oeuvre commencera souvent par la **traduction** de l'outil. Dans certains pays, elle ne sera pas nécessaire car l'outil est déjà disponible en anglais, en espagnol et en français. Dans les autres pays, la traduction sera la première occasion d'adapter l'outil au contexte local. Même si de nombreux prestataires sont capables de comprendre la version en anglais, en espagnol ou en français, l'utilisation de la langue et de la terminologie locales rendra l'outil beaucoup plus compréhensible pour les prestataires et pour les clients.

Que les versions linguistiques existant déjà soit ou non utilisables, il faut envisager d'utiliser la terminologie locale pour désigner :

- les méthodes
- les effets secondaires
- les termes relatifs à la biologie
- les maladies, etc...

Certains pays ou certaines régions utilisent parfois des termes spécifiques pour désigner les concepts ou les choses dont il est questions dans l'outil.

Dans certains cas, les termes figurant dans l'outil doivent aussi être *simplifiés*, selon le niveau d'instruction moyen des prestataires et des clients. La terminologie utilisée est déjà simple mais l'équipe chargée de l'adaptation doit déterminer si elle est adaptée aux prestataires et aux clients (voir l'encadré 4).

### Encadré 4 : Faut-il simplifier la terminologie ?

Le client ou le prestataire moyen comprendra-t-il ces mots ? Emploie-t-on d'autres termes dans votre pays ?

- nausées
- cycle menstruel, règles, saignements
- IST
- minipilule, pilule, stérilisation féminine, stérilet, contraception d'urgence, injectables retard
- ménopause
- migraine
- confidentialité, etc...

## d) Conformité aux normes et aux protocoles nationaux

### Note sur les recommandations de l'OMS :

Les recommandations de l'OMS ont été établies sur la base des données scientifiques les plus exhaustives et les plus récentes. Elles ont été élaborées pour permettre à toutes les femmes et à tous les hommes de bénéficier d'une contraception sûre et efficace et pour lever les obstacles médicaux, tels que les examens ou les visites de suivi inutiles. Les programmes doivent donc soigneusement réfléchir avant d'adapter les recommandations techniques de l'OMS.

Ces recommandations techniques figurant dans deux ouvrages de l'OMS : *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* et *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives* (téléchargeables à partir du cédérom accompagnant le guide de mise en oeuvre).

Les informations fournies sur la contraception et d'autres questions relatives à la santé génésique, *fondées sur des bases factuelles*, émanent de l'OMS et d'autres organismes internationaux s'occupant de la santé. Les meilleures pratiques préconisées dans l'outil doivent donc être diffusées dans tous les pays.

Après avoir étudié l'outil et l'avoir comparé aux normes et aux recommandations nationales, l'équipe doit examiner les différences entre les pratiques et les principes suivis dans le pays et les recommandations de l'OMS. Elle doit se poser les questions suivantes :

- *Les pratiques nationales sont-elles obsolètes ? Faut-il les actualiser ?*

Il est important que les normes nationales soient conformes aux conseils donnés dans l'outil. Le programme doit s'efforcer d'actualiser les normes ou les lignes directrices nationales s'il veut favoriser les pratiques factuelles présentées dans l'*Outil d'aide à la prise de décision*.

- *Les pratiques nationales sont-elles plus appropriées et mieux adaptées au contexte local ?*

Certaines des orientations programmatiques recommandées dans l'outil sont d'ordre général et ne conviennent pas forcément partout. Ainsi, l'OMS ne préconise-t-elle pas le suivi systématique des femmes chez qui un implant a été posé, sauf en cas d'effets secondaires ou d'autres problèmes. Dans certains cas, le programme peut toutefois prévoir des visites de suivi pour

#### Encadré 5 : Suggestions d'adaptations concernant l'orientation des clients

- **Diagnostic et traitement des IST ou de l'infection à VIH** (pages DP2, BS6, BS7 et Annexe 8) : une note pourrait être ajoutée pour indiquer les services compétents dans le pays (par ex. : services spécialisés dans la prise en charge des IST, hôpitaux ou consultations ambulatoires, médecins de famille, etc...) et les structures de dépistage du VIH, le cas échéant.
- **Prophylaxie post-exposition** (pages CU1, CM3 and PF3) : on peut ajouter des informations sur l'orientation des clients.
- **Services pour les jeunes** (page BS2) : s'il existe dans le pays des services spécialement destinés aux jeunes, une note peut être ajoutée afin que les prestataires orientent les jeunes vers ces services.
- **Soins après un avortement** (page BS5) : on peut indiquer le service où le prestataire pourra orienter la patiente en cas de suspicion d'infection.
- **Aider les femmes victimes de violence** (Annexe 13) : on peut ajouter des informations sur l'orientation des clientes.

contrôler l'état de santé des patientes qui portent un implant, pour savoir si celui-ci est bien supporté ou pour pratiquer d'autres examens de routine, tels que le frottis vaginal.

- *Les recommandations de l'OMS sont-elles adaptées au niveau de compétence des prestataires et/ou des clients ?*

Les recommandations de l'OMS relatives à la contraception sont destinées aux pays en développement. Elles sont présentées de la manière la plus simple possible. Cependant, dans certains cas, il se peut que les prestataires n'aient pas les compétences nécessaires pour les appliquer correctement (voir, par exemple, à la page P2, les conseils donnés pour les femmes qui présentent une migraine). Dans d'autres situations, les prestataires seront peut-être capables de faire preuve de davantage de discernement clinique dans le choix de la méthode ou la résolution des problèmes et il faudra alors adapter l'outil en conséquence.

## e) Orientation des clients

L'équipe doit étudier plusieurs questions relatives à l'orientation des clients :

- Dans votre pays, dans quels cas les prestataires **orientent-ils** les clients vers d'autres services de santé ?

Les cas dans lesquels il est généralement nécessaire d'orienter les clients vers d'autres services de santé sont indiqués dans l'encadré 5 (les numéros de page renvoyant à l'outil figurent entre parenthèses).

- Les prestataires sont-ils techniquement capables de prendre en charge les **complications** que présentent les clients qui reviennent consulter ?

Si un client revient consulter parce qu'il a des problèmes, le prestataire doit déterminer quels sont les soins à prodiguer. En cas de problème grave, le prestataire peut être amené à orienter le client vers un établissement spécialisé. L'équipe chargée de l'adaptation doit évaluer l'aptitude des prestataires à prendre en charge les complications et définir la procédure d'orientation à

suivre ou le traitement approprié à prodiguer. Ceci est particulièrement important dans les cas suivants :

- Stérilet, page CR3 : MIP, grossesse extra-utérine, expulsion du stérilet, grossesse malgré le stérilet.
- Injectables retard, page CR9 : saignements abondants et pathologies diverses.
- Implants, page CR13 : saignements abondants.
- Méthodes vaginales, page CR18 : infections urinaires éventuelles.

## f) Moyens médicaux

Tous les services n'ont pas tous aussi bien dotés pour pratiquer des actes médicaux et dispenser des traitements. Selon les destinataires, l'équipe peut juger nécessaire d'adapter l'outil à la situation à cet égard :

- **Actes médicaux** : L'outil décrit sommairement la pose du stérilet (page S4), la pose et le retrait des implants (page IMP4) et l'administration des injections (pages IR5 and IM5). Si les prestataires proposent des services médicaux plus pointus, on pourra ajouter des informations plus techniques. Par exemple :
  - si les prestataires pratiquent couramment la vasectomie ou la stérilisation féminine, on peut étoffer les sections qui se rapportent à ces actes.
  - si les prestataires sont capables de diagnostiquer et de traiter les IST, on peut ajouter des informations à ce sujet dans l'outil.
- **Médicaments** : Les effets secondaires ou autres problèmes provoqués par l'application d'une méthode contraceptive peuvent être traités à l'aide de médicaments, dont certains sont mentionnés dans l'outil (ces traitements sont recommandés sur la base d'informations tirées de l'ouvrage *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives*, OMS, 2<sup>e</sup> édition 2005), mais l'équipe peut choisir d'ajouter d'autres traitements ou de donner des précisions.
  - Page CR3 (stérilet) : médicaments contre les saignements
  - Pages CR5, 7, 9, 11 et 13 (toutes les méthodes hormonales) : médicaments contre les maux de tête
  - Page CR13 (implants) : médicaments contre les saignements ; antibiotiques en cas d'infection
  - Page CR15 (stérilisation et vasectomie) : antibiotiques en cas d'infection
  - Page CR18 (diaphragme) : antibiotiques en cas d'infection
  - Page CU2 (contraception d'urgence) : médicaments contre les nausées
- **Approvisionnement en pilules** : Conformément aux recommandations de l'OMS, l'outil indique qu'il faut donner à la cliente une quantité suffisante de pilules pour un an (pages P6, PM5, CR4, CR5, CR6 et CR7). Cependant, le programme national n'a pas toujours les moyens de délivrer autant de pilules à la fois, auquel cas il faudra peut-être donner d'autres indications concernant la fourniture des boîtes de pilules.
- **Suivi** : L'outil reprend les recommandations de l'OMS sur les consultations de suivi à assurer après avoir prescrit la méthode. Si les pays jugent que celles-ci doivent être plus fréquentes, il faudra adapter l'outil. Il convient toutefois de se rappeler que, selon l'OMS, les calendriers de suivi présentés dans l'outil sont sûrs et médicalement appropriés.
  - Pilules : première consultation au bout de 3 mois (pages P7 et PM6), puis une fois par an (voir ci-dessus).
  - Stérilet : consultation recommandée 3 à 6 semaines après la pose (ou après les premières règles), puis plus de consultation (aucune n'est mentionnée à la page CR2).
  - Implants : s'il n'y a pas de problème, consultation au bout de 4 à 7 ans, selon le poids de la personne (page IMP6).

## Adaptations possibles

Après avoir apporté les modifications de base, certains pays peuvent, s'ils le souhaitent et s'ils en ont les moyens, faire encore d'autres changements afin que l'outil soit mieux accepté par les services.

Les sections qui suivent suggèrent quelques possibilités de perfectionnement de l'outil.

### a) Annexes

L'outil, avant adaptation, comporte 13 annexes, qui donnent des informations complémentaires sur plusieurs méthodes de planification familiale et sur d'autres sujets liés à la santé génésique.

L'équipe chargée de l'adaptation peut déterminer dans quelle mesure ces annexes seront utiles aux prestataires du pays. Il faut aussi tenir compte du coût de production des annexes par rapport à leur utilité :

- Il se peut que les prestataires utilisent déjà d'autres documents traitant des mêmes sujets, par exemple : informations sur les IST et le VIH/sida ; informations sur l'appareil génital de l'homme, sur celui de la femme et sur le cycle menstruel ; conseils en matière de communication ; comment aider les femmes victimes de violence, ou encore portant sur d'autres sujets touchant à la santé génésique. Dans ce cas, ces annexes peuvent être supprimées.
- L'équipe peut étudier les tableaux, ou les tester auprès des prestataires pour vérifier qu'ils sont bien compris. Les annexes 2, 3 et 7 contiennent des tableaux qui peuvent sembler compliqués à certains prestataires. Il peut aussi être judicieux de vérifier que les clients comprennent les diagrammes et les dessins anatomiques (par ex. : « Le cycle menstruel » à l'annexe 5).
- L'équipe chargée de l'adaptation peut estimer qu'il est important d'aborder d'autres sujets relatifs à la santé génésique, dont traitent les annexes 11a et 11b. Elle souhaitera peut-être donner davantage d'informations sur ces sujets, ou sur d'autres. Ainsi, si les prestataires pratiquent régulièrement des frottis vaginaux, il faudra donner plus d'informations sur cette technique.

Il faudra peut-être aussi modifier certaines annexes, en particulier :

- *Informations sur les IST et sur le VIH/sida (annexe 8)* : Cette annexe donne des informations générales sur les IST, le VIH et le sida. L'équipe peut y ajouter des données et des informations spécifiques au pays, par exemple : IST courantes, prévalence du VIH, services de dépistage du VIH et de conseil, disponibilité des antirétroviraux ou services de PTME auxquels on peut s'adresser.
- *Favoriser la communication entre les partenaires (annexe 9)* : Cette annexe propose aux prestataires des stratégies à appliquer et des phrases à dire pour aider les clients à mieux communiquer avec leurs partenaires. Il est possible d'adapter les stratégies aux réalités du pays et de donner aux phrases proposées le style de la langue parlée afin qu'elles soient plus réalistes. Ces phrases devraient, idéalement, correspondre à la culture des femmes auxquelles elles s'adressent.
- *Idées fausses sur la contraception (annexe 10)* : Les idées fausses mentionnées dans la version non adaptée ont cours dans de nombreux pays. L'équipe devra déterminer si elles correspondent à celles qui circulent dans son pays, ou s'il faut en mentionner d'autres plus spécifiques.

L'outil indique aussi, dans chaque section consacrée à une méthode, les idées fausses concernant cette méthode. S'il en existe d'autres, elles pourraient être ajoutées en annexe ou dans la section portant sur la méthode concernée.

- *Informations sur la santé sexuelle et génésique (annexe 11) :* La section sur l'infécondité pourrait être adaptée en fonction des services disponibles (l'outil, non adapté, part du principe que le traitement de l'infécondité n'est pas couramment disponible). On peut ajouter dans la section sur le frottis vaginal des indications sur la fréquence conseillée de cet examen et sur les services auxquels il faut s'adresser.

## b) Double protection

L'équipe peut être amenée à étudier cette section afin de promouvoir l'application de la double protection auprès des prestataires et des clients. Elle doit absolument prendre en considération la prévalence des IST et du VIH/sida, ainsi que du contexte culturel du programme.

**Lorsque la prévalence des IST et du VIH/sida est élevée**, il est préférable de donner davantage d'informations à ce sujet. La section sur la double protection peut aborder plus en détail l'évaluation du risque d'IST. Il est aussi recommandé de donner davantage de conseils sur les moyens de protection et notamment sur les questions relatives au port du préservatif et à la négociation de son utilisation avec le partenaire. On peut intégrer dans la section sur la double protection certaines informations de l'annexe 9 sur la communication avec le partenaire.

Dans les régions ou les pays à forte prévalence du VIH, on peut aussi ajouter des informations sur le dépistage, le conseil et le traitement, notamment si le prestataire de la planification familiale est en mesure de proposer lui-même ces services. Dans la section « Besoins spéciaux » (pages BS6 et BS7), on peut donner de plus amples renseignements sur les moyens de contraception envisageables pour les femmes VIH-positives.

**NB :** L'OMS recommande de conserver, au début de l'outil, une section distincte sur la double protection pour souligner l'importance de cette question dans la discussion et la prise de décision.

## c) Besoins spéciaux

L'équipe chargée de l'adaptation devra déterminer quels types de personnes s'adressent aux services de planification familiale afin de savoir quels « besoins spéciaux » il faut conserver ou ajouter. L'outil non adapté aborde les besoins particuliers :

- des jeunes
- des femmes d'un certain âge
- des femmes enceintes ou qui viennent d'accoucher
- des femmes qui viennent de subir un avortement
- des personnes vivant avec le VIH/sida
- des femmes qui veulent avoir un enfant

Il se peut que ces personnes soient suivies dans d'autres établissements spécialisés (consultation pour les jeunes, consultation de santé maternelle, consultation de prise en charge des IST ou du VIH, etc...), ou que certains services ne soient pas disponibles (prise en charge après un avortement, par exemple). On peut aussi ajouter des pages sur d'autres clients ayant des besoins spéciaux (par ex. : les handicapés).

## d) Questions juridiques

Dans certains pays, la législation ou les politiques peuvent nécessiter une adaptation de l'outil d'aide à la prise de décision.



- **Avortement/interruption de la grossesse** : si l'avortement est légal et couramment pratiqué dans les établissements de planification familiale, on peut ajouter à l'outil une section à ce sujet. La page sur les services de planification familiale après un avortement pourrait être déplacée de la section « Besoins spéciaux » à cette nouvelle section.
- **Consentement éclairé** : avant de subir une stérilisation ou une vasectomie, les clients doivent donner leur consentement en connaissance de cause. Il faut rappeler dans l'outil les procédures à suivre par les prestataires pour recueillir le consentement éclairé des clients.

## e) Illustrations

Les illustrations figurant actuellement dans l'outil sont génériques. Les tests grandeur nature effectués dans des régions d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine et des Caraïbes ont montré qu'elles étaient compréhensibles par les prestataires et par les clients. Il peut toutefois être utile de vérifier localement si elles sont comprises et acceptables. On peut choisir d'insérer dans l'outil des illustrations spécifiques au pays ou à la région, mieux acceptées et reconnues par les clients.

Les illustrations qui représentent le prestataire sous les traits d'une infirmière devront parfois être modifiées si elles ne correspondent pas à la réalité locale, car elles pourraient déstabiliser le prestataire ou le client.

L'équipe pourra aussi déterminer si les icônes de conseil figurant dans l'outil sont adaptées au contexte local. Des icônes conçues localement représenteront peut-être mieux les concepts voulus.

L'équipe peut modifier les illustrations existantes à partir du cédérom sur la mise en oeuvre.

## f) Adaptation aux différents contextes de prestation des services

L'outil a été conçu pour être utilisé dans des établissements de soins par des soignants de premier ou de second niveau, avec des clients ayant un niveau minimum d'instruction. Pour l'adapter à d'autres utilisateurs, il faudra considérablement le modifier :

- **Distribution dans la communauté** : pour les méthodes nécessitant un acte médical (stérilet, implants, stérilisation, vasectomie), on simplifier ou supprimer les informations techniques mais il faut tout de même donner des renseignements de base pour aider le client à faire son choix. Il faudra peut-être simplifier encore le vocabulaire en fonction du niveau d'instruction du prestataire.
- **Utilisation par des conseillers de groupes** : l'outil est initialement conçu pour être utilisé avec un(e) seul(e) client(e) à la fois (et son/sa partenaire). Si on veut l'utiliser pour des séances de groupe, il faudra en modifier la structure, tout en conservant une grande partie des informations. On pourrait, par exemple, procéder aux modifications suivantes :
  - *Agrandir* à la fois la taille des pages et celle du texte.
  - *Supprimer les pages destinées au prestataire* : pour donner un bref aperçu des méthodes, le conseiller n'aura besoin que des pages destinées au client. Ceci permet en outre de faire des économies à l'impression.
  - *Supprimer la section « Client de retour »*
  - *Supprimer la page « En quoi puis-je vous être utile ? », qui permet de faire un premier choix en fonction des besoins du client*
  - *Supprimer certains renseignements sur les méthodes* : critères de recevabilité médicale (page 2 de chaque méthode), détails sur l'emploi de la méthode, moment où il faut commencer et informations dont il faut se souvenir (car ce sont des renseignements qu'il vaut mieux donner en face-à-face). Ou, si l'on veut encore simplifier, ne conserver que la première page de chaque section traitant d'une méthode, pour en donner un aperçu.
  - *Poser des questions directes* : la formulation peut être adaptée aux séances de groupe. Par exemple, dans la première section, ne dites pas « Pensez-vous à une méthode en particulier ? » mais plutôt « Si vous pensez à une méthode... » ou « Si vous ne pensez à aucune méthode... ».

- **Utilisation par des médecins** : l'outil, qui s'adresse aux agents de santé des niveaux primaire et secondaire, peut être adapté à des médecins amenés à effectuer des consultations de contraception. Il faudra alors employer un vocabulaire plus technique sur la page destinée au prestataire et donner de plus amples détails sur les actes médicaux, tels que la stérilisation ou la pose d'un stérilet après un accouchement, et sur la prise en charge des effets secondaires et des complications.
- **Utilisation avec des clients illettrés** : si la plupart des clients sont illettrés, il est peut-être préférable de réduire, ou de supprimer complètement, le texte sur les pages qui leur sont destinées. Il ne faut toutefois pas oublier que ces pages sont souvent utilisées par le prestataire avec le client et il peut donc être utile de conserver une partie du texte et d'apprendre aux prestataires à en expliquer soigneusement le sens aux clients. Les essais pilotes permettront de savoir s'il est utile de procéder ainsi.
- **Utilisation avec des jeunes** : toutes les informations techniques indiquées dans l'outil s'appliquent aussi aux jeunes. Il est cependant souhaitable de les présenter de manière plus attrayante. Par exemple, on peut modifier les illustrations pour représenter des clients plus jeunes et utiliser un style de dessin différent. Enfin, il faut adapter les messages, notamment :
  - *Conseils sur la double protection* : il faut insister sur le report de la première expérience sexuelle et sur l'utilisation du préservatif. Il peut également être utile d'expliquer l'expression « Autres formes d'intimité sans risque ».
  - *Informations de base sur la biologie* : l'outil comporte trois annexes concernant la biologie de la procréation, qui mérite peut-être de faire l'objet d'une section distincte et d'être discutée plus en détail. On pourrait aussi ajouter des informations sur la grossesse, notamment sur les risques qui y sont associés et les signes annonciateurs.
  - *Conseils sur les méthodes définitives* : il faut souligner dans ces sections que les jeunes risquent certainement de regretter la stérilisation ou la vasectomie.
- **Utilisation dans les pharmacies** : L'outil pourrait être adapté de la même façon que pour être distribué dans la communauté (suppression des détails concernant les méthodes exigeant un acte médical tout en donnant des informations de base sur ces méthodes).

## g) Combinaison avec les listes de contrôle existantes

Si certains programmes fournissent déjà des listes de contrôle aux prestataires de la planification familiale, on pourra supprimer une partie des informations techniques de l'outil. Ainsi, les programmes donnent souvent aux prestataires des formulaires leur permettant de déterminer si la contraception est médicalement indiquée. Dans ce cas, on pourrait supprimer les pages correspondantes (généralement la page 2 de chaque section traitant d'une méthode) et mentionner que les prestataires doivent consulter ces formulaires.

## h) Considérations liées à la production

- **Conception graphique et couleurs** : plusieurs adaptations sont possibles :
  - La suppression des sections sur les méthodes risque de modifier la combinaison des couleurs. Dans la version actuelle, afin de retrouver les sections plus facilement, quatre couleurs alternent pour désigner les méthodes.
  - L'équipe chargée de l'adaptation peut aussi choisir de n'utiliser que deux couleurs pour faire des économies à l'impression (même si cela rend inutile les onglets de couleur). On peut aussi envisager d'imprimer chaque section sur un papier de couleur différente.
  - Dans les pays où le programme de planification familiale dispose déjà d'un code de couleurs et d'un graphisme particuliers, on pourra modifier l'outil, dans un souci d'uniformité avec les autres documents destinés à la communication.

**Ordre des sections :** l'équipe chargée de l'adaptation peut estimer que l'ordre des sections n'est pas idéal. Elle peut, par exemple :

- modifier l'ordre des sections pour présenter d'abord les méthodes les plus utilisées ;
- placer la section « Besoins spéciaux » en annexe.

- **Numérotation des pages :** pour faciliter la suppression des sections ou d'autres adaptations, les pages de chaque section sont numérotées séparément (voir l'encadré 6). Après avoir déterminé quelles sections elle souhaite conserver, l'équipe peut décider de renuméroter les pages de l'outil de manière continue, à condition de ne pas ajouter de sections ultérieurement.
- **Pages amovibles :** l'outil a été conçu initialement comme un manuel complet et exhaustif, qui peut être réimprimé au fur et à mesure des mises à jour. La reliure actuelle permet d'ajouter et de supprimer des pages facilement, par exemple en cas de changement des recommandations ou lorsque les programmes souhaitent modifier l'outil. Les pays peuvent toutefois envisager d'autres systèmes de reliure.
- **Documents d'accompagnement :** l'équipe peut estimer que certains documents d'accompagnement sont utiles pour les clients, par exemple :

**Encadré 6 : Système de numérotation des pages**

<b>B :</b>	Bienvenue
<b>CM :</b>	Choix de la méthode
<b>DP :</b>	Double protection
<b>BS :</b>	Besoins spéciaux
<b>CR :</b>	Client de retour
<b>CU :</b>	Contraception d'urgence
<b>S :</b>	Stérilet
<b>P :</b>	La pilule
<b>PM :</b>	La pilule minidosée
<b>IR :</b>	Injectables retard
<b>IM :</b>	Injectables mensuels
<b>IMP :</b>	Implants
<b>V :</b>	Vasectomie
<b>SF :</b>	Stérilisation féminine
<b>PM :</b>	Préservatif masculin
<b>PF :</b>	Préservatif féminin
<b>MV :</b>	Méthodes vaginales
<b>MA :</b>	MAMA
<b>CF :</b>	Connaissance de la fécondité
<b>A :</b>	Annexes

- des « *fiches à emporter* » : ce type de document aide les clients à retenir les informations essentielles dont ils ont besoin. On peut par exemple faire des copies de la page intitulée « À retenir » dans chaque section consacrée à une méthode (la dernière page), où l'on peut aussi donner des renseignements plus détaillés. Il peut aussi être utile de faire des copies d'autres pages importantes, en particulier celle intitulée « Si vous oubliez de prendre la pilule », dans la section « La pilule ».
- des *affiches* : les affiches permettent de rappeler les messages importants contenus dans l'outil. Elles peuvent, par exemple, récapituler les informations essentielles sur chaque méthode (on peut s'inspirer de l'affiche de JHU/CCP « *Do you know your family planning choices?* », disponible sur le cédérom de mise en oeuvre), ou encourager les clients à dialoguer avec le prestataire et à lui poser des questions, rappeler les droits du client dans le cadre d'une consultation de planification familiale, ou véhiculer des messages sur la double protection. Dans un souci de cohérence, le style des affiches pourrait correspondre à celui de l'outil.

## i) Informations complémentaires pour la formation

Les premières pages de l'outil (pages i à iv) présentent succinctement le document et expliquent comment il doit être utilisé. Si les moyens de formation du programme sont limités, l'équipe peut décider d'indiquer sur ces pages davantage d'instructions sur l'utilisation de l'outil.

## j) Harmonisation de l'outil avec d'autres stratégies

Dans certains pays, les programmes disposent peut-être déjà de messages ou de campagnes touchant à la santé susceptibles d'être facilement incorporés dans l'outil. L'outil ne doit pas être utilisé isolément mais en même que d'autres documents dans le cadre du programme.

On peut, par exemple, utiliser des messages concernant la planification familiale et la santé génésique et apposer dans l'outil des logos nationaux d'assurance de la qualité, ou faire passer des messages en faveur de la santé en général, par exemple sur des campagnes de prévention des infections.

## Annexe 1 : Résultats des essais grandeur nature et de l'évaluation

---

Une équipe de l'Université Johns Hopkins (Center for Communication Programs) et de l'OMS a procédé à un essai grandeur nature de l'*Outil d'aide à la prise de décision* dans cinq pays, en partenariat avec plusieurs organisations locales qui soutiennent les programmes de planification familiale. Ces essais ont eu lieu en deux phases, comme indiqué ci-dessous. Le projet d'outil a été révisé sur la base des résultats des essais et des recommandations des prestataires, des clients et des experts de la planification familiale dans les pays.

### 1<sup>e</sup> phase : Observations des prestataires

Des ateliers de discussion ont été organisés dans trois pays :

- en Afrique du Sud, en collaboration avec l'unité de recherche en santé génésique de Durban ;
- à la Trinité-et-Tobago, en collaboration avec l'Association de la Trinité-et-Tobago pour la planification familiale et avec le Bureau régional de la Fédération internationale pour la Planification familiale pour l'hémisphère occidental ;
- en Indonésie, en collaboration avec le Programme STARH de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Ces ateliers avaient pour but :

- 1) d'obtenir des recommandations des prestataires pour rendre l'outil plus facile à utiliser, plus compréhensible et plus simple à lire ;
- 2) de recueillir des suggestions des prestataires sur la mise au point d'une série d'outils et de documents à l'intention des clients et des prestataires ;
- 3) de déterminer comment l'outil pourrait être utilisé dans chaque pays.

Chaque atelier, auquel ont assisté 10 à 15 prestataires de services de planification familiale, a duré trois jours. Les participants travaillaient principalement dans des établissements de soins primaires ou dans des consultations de planification familiale. En Indonésie, l'outil a été traduit en Bahasa Indonesia. Après une brève présentation de l'outil, de la procédure de conseil et des techniques de communication dans le domaine de la planification familiale, les prestataires ont fait des exercices pour se familiariser avec le document. On leur a ensuite demandé de faire part de leurs impressions lors de séances de discussion et au travers d'exercices interactifs en groupe, au cours desquels ils devaient remanier l'outil pour répondre le mieux possible à leurs besoins. Les participants ont également rempli un questionnaire de satisfaction anonyme. Enfin, une discussion a été organisée pour savoir comment parvenir à introduire l'outil dans le programme de chaque pays.

### 2<sup>e</sup> phase : Recherche d'observation

Des études d'observation ont été menées dans trois pays :

- en Indonésie (2<sup>e</sup> visite), en collaboration avec le Programme STARH ;
- au Mexique, en collaboration avec le Conseil de la Population ;
- au Nicaragua, en collaboration avec le Centre pour les programmes de communication, Family Health International et l'Institut de santé génésique de l'Université de Georgetown.

Lors de la deuxième phase des essais, des chercheurs de l'Université Johns Hopkins (Center for Communication Programs), en collaboration avec divers partenaires, ont mené des études d'observation pour déterminer dans quelle mesure l'outil était utilisable et acceptable pour les clients et les prestataires de la planification familiale. Au Mexique et au Nicaragua, on a utilisé la version en espagnol et en Indonésie, la version en Bahasa Indonesia, comme pour la première phase. Ces études étaient fondées sur une méthodologie novatrice : en effet, les prestataires et les clients étaient filmés pendant la consultation pour contrôler et analyser leur manière de communiquer. Sur les trois sites, des sages-femmes et des prestataires de niveau primaire, ainsi que des médecins et des infirmiers ou des infirmières travaillant à l'hôpital ont participé à l'étude.

Après le recueil des données de base (enregistrements vidéo des consultations et interviews des clients à la sortie), l'étude prévoyait :

- une formation de deux jours et demi pour présenter l'outil et les notions fondamentales relatives au conseil et à la communication dans le domaine de la planification familiale et apprendre aux prestataires à utiliser l'outil ;
- l'utilisation de l'outil par les prestataires lors de consultations, pendant un mois au Mexique et en Indonésie et pendant quatre mois au Nicaragua ;
- une visite de suivi pour aider les prestataires à utiliser l'outil (sauf au Nicaragua).

Les prestataires ont ensuite été enregistrés à nouveau à la fin de l'étude et d'autres clients ont été interviewés. Chaque prestataire a été filmé avec 8 clients environ, soit 4 clients par cycle de recueil des données. Idéalement, dans chaque groupe de 4, il y avait un nouveau client qui pensait déjà à une méthode contraceptive, un nouveau client qui ne pensait à aucune méthode en particulier, un client qui revenait consulter parce qu'il avait un problème et un client qui revenait consulter mais qui n'avait pas de problème. Les cassettes vidéo ont été récupérées et leur contenu retranscrit puis les prestataires ont été invités à participer à des groupes de discussion et à des entrevues approfondies (au cours desquelles ils visionnaient leur cassette et devaient répondre à des questions détaillées sur la façon dont ils utilisaient l'outil). On leur demandait également de remplir un questionnaire anonyme. Des interviews approfondies ont aussi été organisées avec certains clients afin de connaître leur opinion sur l'*Outil d'aide à la prise de décision* et d'obtenir des suggestions en vue d'éventuelles améliorations.

L'évaluation était globalement axée sur les domaines suivants :

- compréhension, facilité d'utilisation et acceptabilité de l'outil ;
- avantages et inconvénients de l'outil pour le conseil dans le domaine de la planification familiale ;
- pertinence de l'outil pour aider les clients à choisir la méthode qui leur convient ou à régler leurs problèmes dans le domaine de la planification familiale ;
- utilisation de l'outil par les prestataires au quotidien ;
- modifications nécessaires pour que l'outil intervienne davantage dans la prise de décision et dans la communication entre le client et le prestataire.

Outre les données qualitatives recueillies lors des discussions en groupe et des interviews, et à l'aide des questionnaires, des données quantitatives ont été obtenues grâce au codage et à l'analyse des consultations filmées. La communication ainsi que le contact visuel entre le client et le prestataire ont été analysés et les attitudes face à la prise de décision ont été notées. Les résultats de l'analyse de l'étude effectuée au Mexique ont été publiés dans la revue *International Family Planning Perspectives* (Kim YM et al., Promoting informed choice: evaluating a decision-making tool for family planning clients and providers, *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31(4):162-171) ; il est possible de télécharger cet article à partir du cédérom de mise en oeuvre.

### Récapitulatif des résultats de la 1<sup>e</sup> et de la 2<sup>e</sup> phase

- **L'outil a partout donné satisfaction** : dans tous les pays concernés, les prestataires (médecins, infirmiers ou infirmières, conseillers, sages-femmes et psychologues) et les clients se sont montrés très satisfaits par l'outil. Ils ont jugé que c'était un excellent instrument de travail. Ils ont proposé peu de modifications importantes mais ont fait des suggestions quant à la conception et à la production. Les clients ont également apprécié l'outil qui, ont-ils estimé, leur a permis d'être mieux conseillés.
- **L'utilisation de l'outil devient plus facile avec la pratique** : la plupart des prestataires ont estimé qu'il était très important de s'entraîner suffisamment à utiliser l'outil avant de s'en servir avec les clients. Ils ont également indiqué qu'avec le temps, mieux on connaissait le contenu de l'outil, plus il était facile de s'en servir. Les prestataires ont enfin été nombreux à penser qu'un suivi incitait à utiliser l'outil.
- **Les clients participent davantage et sont plus satisfaits** : l'outil facilite la participation des clients à la consultation et à la prise de décision. En effet, les clients ont posé davantage de questions, se sont déclarés plus satisfaits des services et les informations qu'on leur a données qui, parce qu'elles figuraient dans l'outil, leur ont semblé plus crédibles et plus fiables. L'analyse des films a toutefois montré qu'on pouvait faire participer davantage le client, en particulier au moment de confirmer le choix de la méthode.

- **Les informations données par les prestataires sont mieux structurées et plus complètes** : lorsqu'ils ont utilisé l'outil, les prestataires ont donné des informations plus complètes sur les méthodes, notamment sur leurs effets secondaires et sur la manière de les utiliser. L'outil a également aidé les prestataires à donner des informations mieux structurées. Ils ont particulièrement apprécié la classification des clients par « types » (nouveaux clients, clients de retour, clients ayant des besoins spéciaux, etc...) car elle leur a permis de structurer leur consultation.
- **La double protection est davantage favorisée** : les études ont montré que, grâce à l'outil, la double protection était beaucoup plus souvent abordée. Si tous les prestataires ont estimé que l'outil permettait d'aborder plus facilement ce sujet sensible, ils s'en sont rarement servi pour aider les clients à évaluer leurs risques et ils ont été très peu nombreux à vérifier que les clients pouvaient utiliser le préservatif systématiquement et correctement.
- **Les clients qui pensent déjà à une méthode ne sont pas les premiers ciblés** : lorsque le client pensait déjà à une méthode en particulier, le prestataire ne s'intéressait pas particulièrement à cette méthode mais essayait plutôt d'aborder toutes les autres méthodes disponibles. Le chapitre « method in mind » (qui figurait dans le projet d'outil qui a été testé) a rarement été consulté pour vérifier que la méthode envisagée était appropriée. L'outil a été révisé pour remédier à ce problème (voir ci-dessous).
- **La limitation progressive des possibilités pose problème** : les prestataires ne parvenaient pas à limiter les choix possibles pour les nouveaux clients qui ne pensaient à aucune méthode en particulier. Ils continuaient souvent à donner des explications sur toutes les méthodes disponibles, sans tenir compte des besoins et de la situation du client. L'outil a été révisé pour remédier à ce problème (voir ci-dessous).
- **Les annexes et la section « Besoins spéciaux » sont rarement utilisées mais les prestataires souhaiteraient qu'elles contiennent plus d'informations** : bien que les études d'observation aient montré que la section « Besoins spéciaux » et les annexes étaient rarement consultées par les prestataires (en particulier au Mexique), ceux-ci ont indiqué qu'ils trouvaient ces chapitres utiles et qu'ils souhaitaient qu'ils contiennent davantage d'informations. De nombreux prestataires ont notamment demandé plus d'informations sur d'autres sujets relatifs à la santé sexuelle et génésique que ceux déjà traités.
- **Les pages concernant les clients qui reviennent consulter ne sont pas correctement utilisées** : dans le premier projet d'outil qui a été testé, les pages concernant les clients qui reviennent consulter étaient placées à la fin de chaque section portant sur une méthode. Les prestataires n'utilisaient pas ces pages avec les clients qui revenaient mais avec les nouveaux clients. L'outil a été révisé pour remédier à ce problème (voir ci-dessous).
- **Les prestataires communiquent mieux avec leurs clients et parviennent mieux à les conseiller** : les prestataires ont remarqué qu'ils parvenaient mieux à conseiller leurs clients, ce qu'ont également observé les chercheurs. Les prestataires étaient plus attentifs à leurs clients et se sentaient plus sûrs d'eux-mêmes, notamment en Indonésie. Ils sollicitaient davantage la participation des clients et vérifiaient plus souvent qu'ils avaient compris. Enfin, ils apportaient davantage de soutien affectif et cherchaient plus souvent à connaître les sentiments de leurs clients.
- **Les prestataires souhaitent que l'outil soit diffusé dans le cadre des programmes** : tous les prestataires ont exprimé le souhait que l'outil soit diffusé systématiquement dans le cadre de leurs programmes. Certains prestataires ont même commencé à former leurs collègues à son utilisation.
- **La durée des consultations a augmenté, leur qualité s'est améliorée** : Grâce à l'utilisation de l'outil, la durée des consultations a augmenté. Ainsi, la durée moyenne de la consultation est passée de 5 minutes à 11 minutes au Mexique et de 6 minutes à 15 minutes en Indonésie. Certains prestataires ont estimé que l'allongement des consultations était difficilement compatible avec l'organisation actuelle des programmes et qu'il fallait donc prévoir de consacrer davantage de temps aux consultations si on voulait utiliser l'outil systématiquement. Ils ont convenu que l'allongement du temps des consultations était positif et permettrait d'améliorer la qualité des soins.

Cliente : *« J'ai été rassurée de savoir que les méthodes de planification familiale sont sans danger »*

Cliente : *« Vous devez continuer à utiliser cet outil. C'est vraiment utile, parce que parfois je suis tendue en entrant et ça me tranquillise de voir les explications et les dessins »*

Prestataire : *« L'outil a un effet positif. En effet, désormais c'est le patient qui a le dernier mot. Je ne prends plus de décision à sa place »*

Prestataire : *« Je trouve que c'est un excellent outil de travail, que tout le monde devrait connaître et utiliser »*

Prestataire : *« L'outil est très utile. À la fin de la consultation, le patient est satisfait et le prestataire aussi »*

#### Modifications apportées à l'outil :

Sur la base des résultats des tests grandeur nature, l'outil a été modifié afin d'être plus facile à utiliser et plus efficace. On trouvera ci-après un récapitulatif des modifications effectuées :

- **Ajout d'illustrations** : de nombreuses images ont été ajoutées à l'outil.
- **Révision de la section « Client de retour »** : cette section a été entièrement remaniée. Tous les conseils destinés aux clients qui reviennent consulter font l'objet d'une section à part et ont été supprimés des sections concernant les méthodes. Ces conseils sont spécifiques à chaque méthode.
- **Révision du processus de prise de décision** : les sections initiales « method in mind » et « no method in mind » ont été regroupées en une seule section, intitulée « Choix de la méthode ». La page qui présente des informations sur toutes les méthodes qui existent n'est plus placée au début de l'outil afin que les prestataires ne soient pas tentés d'aborder l'ensemble des méthodes dès le début de la consultation. En revanche, ils sont incités à déterminer d'abord quels sont les besoins du client.
- **Révision de la section sur la double protection** : une page a été ajoutée à la section sur la double protection pour inciter les clients à évaluer leur prise de risques. Cette page indique aussi quels sont les symptômes d'IST, information qui figurait auparavant en annexe.
- **Nouvelles annexes** : les annexes contiennent davantage d'informations sur la santé sexuelle et génésique, y compris sur la violence, et plus de conseils, notamment des informations sur l'infécondité.
- **Révision de l'introduction** : l'introduction de l'outil a été révisée et un « organigramme » montrant quelles sont les différentes sections de l'outil et comment les utiliser les unes par rapport aux autres a été ajouté.
- **Ajout de conseils pour la prise de décision** : des conseils, notamment sous forme d'icônes, ont été ajoutés pour inciter clients et prestataires à prendre les décisions ensemble.



## Annexe 2 : Utilisation des fichiers électroniques de l'*Outil d'aide à la prise de décision*

---

### Utilisation des fichiers

- Pour faciliter sa traduction et son adaptation, l'outil a été conçu à l'aide de Microsoft PowerPoint. Les différentes sections sont réparties en 21 fichiers.
- Chaque feuille comporte une PAGE POUR LE CLIENT et une PAGE POUR LE PRESTATAIRE correspondante. La page pour le prestataire reprend le texte figurant sur la page pour le client mais contient aussi des informations de référence, des suggestions et différentes formules à employer pour le conseil (voir à la page iv de l'introduction les caractéristiques standard des pages destinées au prestataire). Au format électronique, les pages pour le client et celles pour le prestataire alternent. Les pages pour le client comportent généralement des illustrations alors que les pages pour le prestataire en sont normalement dépourvues.

### Impression

- Imprimez les fichiers PowerPoint.
- L'*Outil d'aide à la prise de décision* est un CAHIER À FEUILLES MOBILES imprimées sur les deux faces. Pour l'imprimer correctement, vous devez donc utiliser une imprimante capable d'imprimer recto-verso ET sélectionner l'option « DANS LA LARGEUR » dans les propriétés de l'imprimante. Reliez les pages par le bord supérieur.
- Dans chaque fichier PowerPoint, la première page appartient à la section précédente et la dernière page appartient à la section suivante. Chaque section commence par la page de la *section précédente* destinée au PRESTATAIRE et se termine par la page *de la section suivante* destinée au CLIENT. Ce n'est pas une erreur. Cela vous permet d'imprimer l'intégralité de l'outil plus facilement.

### Suppression ou ajout de sections de l'outil

- Pour que l'outil puisse être imprimé correctement, la première page de chaque section destinée au client se trouve dans le fichier électronique précédent. Donc, si vous décidez, à des fins d'adaptation, de supprimer certaines sections se rapportant à des méthodes, vous devez modifier les fichiers correspondants afin que la dernière page soit la première page destinée au client de la section suivante.

### Conseils pour l'impression d'un grand nombre d'exemplaires d'une version adaptée de l'outil

- Pour l'impression de la version anglaise de l'outil, les fichiers PowerPoint ont été convertis au format PDF. Pour convertir les fichiers, l'imprimeur aura peut-être besoin des originaux des illustrations (qui se trouvent sur le cédérom de mise en oeuvre).
- Pour imprimer un grand nombre d'exemplaires, certains imprimeurs peuvent exiger que les fichiers PowerPoint soient convertis dans un format reconnu par les logiciels de conception graphique.
- Dans la version PowerPoint, les pages sur lesquelles il faut mettre un onglet portent une marque qui en indique l'emplacement. Lorsque les onglets ont été fabriqués ou que les pages ont été conçues chez l'imprimeur, on peut supprimer les marques servant au placement des onglets.
- Les remerciements et l'introduction ne sont destinés qu'au prestataire. Dans la version non adaptée, les trois premières pages destinées au client (couverture intérieure, page i et page iii) ont été positionnées dans le sens inverse des autres pages pour que le prestataire puisse les lire à plat lorsque le document est imprimé.

Pour obtenir des conseils sur l'impression, contacter INFO Project à l'adresse suivante : [orders@jhuccp.org](mailto:orders@jhuccp.org).

## Annexe 3 : Informations techniques pour l'impression de l'outil

---

On trouvera ci-dessous les informations techniques utiles à l'impression de l'outil. Ces informations sont indicatives et peuvent être adaptées en fonction des besoins et des ressources du pays.

1. Nombre de pages : 244
2. Format du papier : 8,5 pouces x 11 (204 pages) (pages normales)  
9 x 11(28 pages) (pages munies d'un onglet en bas)  
8,5 x 11,5 (12 pages) (pages munies d'un onglet sur le côté)
3. Grammage du papier : 130 g/m<sup>2</sup> (204 pages), mat verni  
220 g/m<sup>2</sup> (28 pages), mat  
220 g/m<sup>2</sup> (12 pages), mat
4. Nombre de couleurs : 4
5. Reliure/conditionnement : carton enroulé 20 oz x 2, dessus et dessous, coupé à la forme pour l'index, percement de 3 trous à l'aide d'une perceuse, assemblage, emballage sous pellicule rétrécissable etc...

### ***Caractéristiques du classeur***

1. Dimensions : Hauteur – 12,64 pouces  
Largeur – 10,70 pouces  
Largeur du dos – 2,20 pouces
2. Couleur : Pantone 2945C
3. Anneau : un pouce et demi
4. Impression sur le classeur : Texte et illustrations à imprimer en sérigraphie sur le dos du classeur.
5. Épaisseur de la couverture du classeur : 2,5 mm

## Annexe 4 : Pratiques fondées sur des bases factuelles

---

### Utilisation des contraceptifs fondée sur des bases factuelles

Les **orientations techniques** relatives à l'utilisation des contraceptifs qui figurent dans l'*Outil d'aide à la prise de décision* sont principalement tirées des publications suivantes :

*Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, 3<sup>e</sup> édition. 2005. Organisation mondiale de la Santé.

*Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives*, 2<sup>e</sup> édition. 2005. Organisation mondiale de la Santé.

*Éléments de la technologie de la contraception*. 1997. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Population Information Program, 1997. Cinquième impression, 2005.

et l'ouvrage qui l'a remplacé : *Family Planning: A Global Handbook for Providers*. 2007. Organisation mondiale de la Santé et Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Tous ces documents peuvent être téléchargés à partir du cédérom de mise en oeuvre.

En outre, d'autres informations sur des sujets particuliers ont été tirées des ouvrages suivants :

*Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidelines*, 2<sup>nd</sup> édition. 2004. International Consortium for Emergency Contraception.

*Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale : Guide de pratiques essentielles*. 2003. Organisation mondiale de la Santé.

*Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur – Guide de pratiques essentielles*. 2005. Organisation mondiale de la Santé.

*Standard Days Method of Family Planning: Reference Guide for Counseling Clients*. 2002. Institut de santé génésique. Université de Georgetown.

*Directives médicales et de prestation des services : santé sexuelle et reproductive*, 3<sup>e</sup> édition. 2004. Fédération internationale pour la Planification familiale.

*Planification familiale après avortement : guide pratique à l'intention des responsables de programmes*. 1997. Organisation mondiale de la Santé.

*HIV in Pregnancy: A Review*. 1999. Organisation mondiale de la Santé.

## Meilleures pratiques en matière de conseil et de communication pour la planification familiale

L'*Outil d'aide à la prise de décision* s'inspire de nombreuses pratiques recommandées en matière de conseil et de communication pour la planification familiale, qui sont énumérées dans le tableau ci-dessous, avec les principales références correspondantes.

Meilleures pratiques	Références
<p>Les prestataires doivent avoir une attitude respectueuse et être à l'écoute des besoins du client, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ respecter la vie privée et la confidentialité ;</li> <li>○ être à l'écoute du client et répondre à ses besoins et à ses préoccupations, notamment contredire les rumeurs ;</li> <li>○ parler sur un ton aimable et utiliser une gestuelle montrant qu'ils sont attentifs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koenig MA, Hossain MB, Whittaker M. The influence of quality of care upon contraceptive use in rural Bangladesh. <i>Studies in Family Planning</i>. 1997, 28(4):278–89.</li> <li>• Morris N. Respect: its meaning and measurement as an element of patient care. <i>Journal of Public Health Policy</i>, 1997, 18(2):133–54.</li> <li>• Schuler SR, Bates LM, Islam MK. The persistence of a service delivery 'culture': findings from a qualitative study in Bangladesh. <i>International Family Planning Perspectives</i>, 2001, 27(4):194–200</li> </ul>
<p>Les prestataires doivent amener le client à participer activement à la consultation, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ l'inciter à poser des questions ;</li> <li>○ vérifier qu'il a bien compris le message ;</li> <li>○ l'inciter à exposer ses problèmes et ses attentes ;</li> <li>○ chercher à obtenir des informations et demander au client quels renseignements il souhaite obtenir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brown LD et al. <i>Improving Patient-Provider Communication: Implications</i>. 1995. Bethesda. University Research Corporation.</li> <li>• Kim et al. Client participation and provider communication in family planning counseling: transcript analysis in Kenya. <i>Health Communication</i>, 1999, 11(1):1–19.</li> <li>• Kim YM et al. Client communication behaviors with health care providers in Indonesia. <i>Patient Education and Counseling</i>, 2001, 45: 59–68.</li> <li>• Kim YM et al. Increasing patient participation in reproductive health consultations: an evaluation of "Smart Patient" coaching in Indonesia. <i>Patient Education and Counseling</i>, 2002, 50:113–122.</li> <li>• Nathanson CA, Becker MH. The influence of client-provider relationships on teenage women's subsequent use of contraception. <i>American Journal of Public Health</i>, 1985, 75(1): 33–38.</li> <li>• Roter D and Hall J. <i>Doctors Talking with Patients, Patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits</i>. 1992. Westport.</li> </ul>
<p>Les clients doivent participer à la consultation, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ informer le prestataire de leur situation personnelle ;</li> <li>○ poser des questions et chercher à obtenir des informations ;</li> <li>○ faire part de leurs inquiétudes et de leurs craintes ;</li> <li>○ demander des conseils et de l'aide pour prendre leur décision</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kim YM, Kols A, Mucheke S. Informed choice and decision-making in family planning counseling in Kenya. <i>International Family Planning Perspectives</i>, 1998, 30(1):4–11&amp;42.</li> <li>• Kim YM et al. Increasing patient participation in reproductive health consultations: an evaluation of "Smart Patient" coaching in Indonesia. <i>Patient Education and Counseling</i>, 2002, 50:113–122.</li> </ul>

<p>Les prestataires doivent faire participer le client à la prise de décision, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ indiquer au client les différentes possibilités qui s'offrent à lui et l'aider à prendre une décision ;</li> <li>○ organiser la prise de décision ;</li> <li>○ inciter le client à indiquer son choix à haute voix ;</li> <li>○ récapituler la discussion et les décisions du client ;</li> <li>○ aider les clients à planifier leur décision.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. In <i>Shared Decision Making. Patient Involvement in Clinical Practice</i>, 2001, Nijmegen, WOK.</li> <li>• EngenderHealth. <i>Choices in Family Planning: Informed and Voluntary Decision Making</i>, 2003.</li> <li>• Gwyn R, Elwyn G. When is a shared decision not (quite) a shared decision? Negotiating preferences in a general practice encounter. <i>Social Science and Medicine</i>, 1999, 49(4):437–47.</li> <li>• Ivey AE, Bradford Ivey M. <i>Intentional Interviewing and Counseling: Facilitating client Development in a Multicultural Society</i>. 1999. Pacific Grove: Brooks/Cole Pub.</li> <li>• Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. <i>British Medical Journal</i>. 1999, 319:766–771.</li> </ul>
<p>Lorsqu'un client pense déjà à une méthode, on doit la lui proposer, si possible.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Huezo C, Malhotra U. <i>Choice and user-continuation of methods of contraception: a multicentre study</i>. 1993. London: International Planned Parenthood Federation.</li> <li>• Pariani S et al. Does contraceptive choice make a difference to contraceptive use? Evidence from East Java. <i>Studies in Family Planning</i>, 1991, 22(6):384–390.</li> </ul>
<p>Les prestataires doivent suivre les meilleures pratiques lorsqu'ils donnent des informations, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ les informations doivent être adaptées aux besoins et à la situation du client ;</li> <li>○ les informations doivent être communiquées de façon structurée et concise ;</li> <li>○ les prestataires doivent aider les clients à faire leur choix parmi plusieurs méthodes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bertakis K. The communication of information from physician to patient: a method for increasing patient retention and satisfaction. <i>Journal of Family Practice</i>, 1977, 32(2):175–81.</li> <li>• Delbanco TL, Daley J. Through the patient's eyes: strategies toward more successful contraception. <i>Obstetrics and Gynecology</i>, 1996, 88(3 Suppl): 41S–47S.</li> <li>• Huezo C, Malhotra U. <i>Choice and user-continuation of methods of contraception: a multicentre study</i>. 1993. Londres: Fédération internationale pour la Planification familiale.</li> <li>• Kim YM, Kols A, Mucheke S. Informed choice and decision-making in family planning counseling in Kenya. <i>International Family Planning Perspectives</i>, 1998, 30(1):4–11&amp;42.</li> <li>• Leon FR et al. Length of counselling sessions and amount of relevant information exchanged: a study in Peruvian clinics. <i>International Family Planning Perspectives</i>, 2001, 27(1):28–33&amp;46.</li> <li>• Ley P. Satisfaction, compliance and communication. <i>British Journal of Clinical Psychology</i>, 1982, 21: 241–254.</li> <li>• Soliman MH. Impact of antenatal counselling on couples' knowledge and practice of contraception in Mansoura, Egypt. <i>Eastern Mediterranean Health Journal</i>, 1999, 5(5): 1002–1013.</li> </ul>

<p>Pendant la consultation, il faut donner des conseils sur la double protection (pour éviter la grossesse et pour se prémunir des IST et du VIH/sida).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adeokun L; Mantell JE; Weiss E; Delano GE; Jagha T. Promoting dual protection in family planning clinics in Ibadan, Nigeria. <i>International Family Planning Perspectives</i>, 2002, 28(2):87–95.</li> <li>• Cates, W. The "ABC to Z" Approach: Condoms are one element in a comprehensive approach to HIV/STI prevention. <i>Network</i>, 2003, 22(4).</li> <li>• Cates, W; Steiner, M. Dual protection against pregnancy and sexually transmitted infections: What is the best contraceptive approach? <i>Sexually Transmitted Diseases</i>, 2002, 29(3):168–74.</li> <li>• <i>Sexual and Reproductive Health of Women Living with HIV: Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings</i>. OMS et FNUAP 2006.</li> </ul>
<p>Les prestataires doivent indiquer aux clients les effets secondaires éventuels des méthodes et doivent traiter tous les effets secondaires dont souffrent les clients qui reviennent consulter.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ali M, Cleland J. Contraceptive discontinuation in six developing countries: a cause-specific analysis. <i>International Family Planning Perspectives</i>, 1995, 21(3):92–97.</li> <li>• Cotton N et al. Early discontinuation of contraceptive use in Niger and the Gambia. <i>International Family Planning Perspectives</i>, 1992, 18(4):145–149.</li> <li>• Lei Z et al. Effect of pretreatment counseling on discontinuation rates in Chinese women given depo-medroxyprogesterone acetate for contraception. <i>Contraception</i>, 1996, 53(6): 357–361.</li> <li>• Rutenberg N, Watkins SC. The buzz outside the clinics: conversations and contraception in Nyanza province, Kenya. <i>Studies in Family Planning</i>, 1997, 28(4): 290–307.</li> </ul>
<p>Les prestataires doivent aider les clients qui le souhaitent à changer de méthode.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ali M, Cleland J. Contraceptive discontinuation in six developing countries: a cause-specific analysis. <i>International Family Planning Perspectives</i>, 1995, 21(3):92–97.</li> <li>• Grady WR, John OG, Klepinger B. Contraceptive Method Switching in the United States. <i>Perspectives on Sexual and Reproductive Health</i>, 2002, 34(3):135–145.</li> </ul>
<p>Les prestataires peuvent utiliser des documents d'aide afin de placer le patient au centre des soins et de la prise de décision.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edwards A, Elwyn G. The potential benefits of decision aids in clinical medicine. <i>Journal of the American Medical Association</i>, 1999, 282(8):779–280.</li> <li>• McBride CM et al. A tailored intervention to aid decision-making about hormone replacement therapy. <i>American Journal of Public Health</i>, 2002, 92(7):1112–1114.</li> </ul>
<p>Documents sur la relation client-prestataire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abdel-Tawab N, Roter D. The relevance of client-centered communication to family planning settings in developing countries: Lessons from the Egyptian experience. <i>Social Science and Medicine</i>, 2002, 54(9):1357-1368.</li> <li>• Gask L, Usherwood T. ABC of psychological medicine: The consultation. <i>British Medical Journal</i>, 2002, 324:1567-1569.</li> <li>• Jennings V et al. Analyzing the organizational context for a positive client-provider interaction : a leadership challenge for reproductive health. <i>MAQ Papers</i>, 2000, 1(1). [<a href="http://www.maqweb.org/maqdoc/index.htm">http://www.maqweb.org/maqdoc/index.htm</a>].</li> <li>• Lipkin M Jr. Physician-patient interaction in reproductive counseling. <i>Obstetrics and Gynecology</i>, 1996, 88(3 Suppl):31S-40S.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Murphy E, Steele C. Client-provider interactions in family planning services: guidance from research and program experience. <i>MAQ Papers</i>, 2000, 1(2). <a href="http://www.maqweb.org/maqdoc/vol2.pdf">[http://www.maqweb.org/maqdoc/vol2.pdf]</a></li> <li>• PATH. Improving interactions with clients: a key to high-quality services. <i>Outlook</i>, 1999, 17(2). <a href="http://www.path.org/files/eol17_2.pdf">[http://www.path.org/files/eol17_2.pdf]</a></li> <li>• Rinehart W, Rudy S, Drennan M. GATHER guide to counseling. <i>Population Reports</i>, 1998, Series J(48). <a href="http://www.infoforhealth.org/pr/j48edsum.shtml">[http://www.infoforhealth.org/pr/j48edsum.shtml]</a>.</li> <li>• Rudy S et al. Improving client-provider Interaction. <i>Population Reports</i>, 2003, Series Q(1). <a href="http://www.infoforhealth.org/pr/q01/index.shtml">[http://www.infoforhealth.org/pr/q01/index.shtml]</a></li> </ul>
Documents sur les soins centrés sur le patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerteis M et al. (eds). <i>Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care</i>, 1993. San Francisco: Jossey-Bass.</li> <li>• <i>Former les personnels de santé du XXI<sup>e</sup> siècle : le défi des maladies chroniques</i>. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.</li> <li>• RamaRao S et al. The link between quality of care and contraceptive use. <i>International Family Planning Perspectives</i>, 2003, 28(2):76–83.</li> <li>• Smith RC, Hoppe RB. The patient's story: integrating the patient- and physician-centered approaches to interviewing. <i>Annals of Internal Medicine</i>, 1991, 115(6):470–477.</li> <li>• Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. <i>Canadian Medical Association Journal</i>, 1995, 152(9):1423–33.</li> </ul>
Documents sur le choix éclairé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pariani S et al. Does contraceptive choice make a difference to contraceptive use? Evidence from East Java. <i>Studies in Family Planning</i>, 1991, 22(6):384–390.</li> <li>• Upadhyay UD. Informed choice in family planning: Helping people decide. <i>Population Reports</i>, 2001, Series J(50). <a href="http://www.infoforhealth.org/pr/j50edsum.shtml">[http://www.infoforhealth.org/pr/j50edsum.shtml]</a></li> </ul>