

Fournir des Services de Santé de la Reproduction aux Jeunes Femmes Mariées et aux Parentes pour la Première Fois

Un Module de Formation Complémentaire pour les Prestataires de Soins de Santé des Etablissements Sanitaires



Pathfinder
INTERNATIONAL



Remerciements

Ce module de formation complémentaire a été initialement écrit par Pathfinder International pour son Initiative Ouest Africaine au Burkina Faso, en Guinée et au Niger financée par le Pathfinding Fund, John Templeton Foundation, William and Flora Hewlett Foundation et Weyerhaeuser Family Foundation, Inc. Avec l'assistance technique et financière supplémentaire du projet Evidence to Action (E2A) dirigé par Pathfinder, le module de formation a été adapté par la suite par Pathfinder pour les utilisateurs au-delà du projet initial.

Les contributions des personnes suivantes ont rendu le développement et l'adaptation de ce module possibles: Callie Simon (Conseillère en Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes, QG Pathfinder International), Gwyn Hainsworth (Conseillère Principale en Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes), Sarah Eckhoff (Conseillère pour le Genre, QG Pathfinder International), Olivia Moseley (Conseillère en Conception d'Outils Pédagogiques, QG Pathfinder International), Regina Benevides (Conseillère Principale pour la Jeunesse, E2A/Pathfinder International), Oumar Diallo (Conseiller en Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes, Pathfinder International Guinée) et Abdoul Baldé (Directeur Technique, Santé Sexuelle et reproductive des Adolescents et des Jeunes, Pathfinder International Guinée).

Citation Suggérée: Pathfinder International. *Fournir des Services de Santé de la Reproduction aux Jeunes Femmes Mariées et aux Parentes pour la Première Fois: Un Module de Formation Complémentaire pour les Prestataires de Soins de Santé des Etablissements Sanitaires*. Watertown, MA: Pathfinder International, 2016.

Crédit Photo de Couverture: Abdoul Baldé

Les vues exprimées ici relèvent de la seule responsabilité de Pathfinder International et ne reflètent pas nécessairement celles de l'USAID, de la Fondation John Templeton, de la Fondation William et Flora Hewlett ou de la Fondation Famille Weyerhaeuser, Inc.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

E2A EVIDENCE TO ACTION
for Strengthened Reproductive Health

Table des Matières

Acronymes et Abréviations	3
Notes pour les Organisateurs et les Formateurs	4
Historique.....	4
Audience visée	5
But.....	6
Objectifs généraux d'apprentissage	6
Composants du module	6
Vue d'ensemble des sessions et activités	7
Adapter cette formation	7
Programme de formation à caractère illustratif.....	8
Programme Illustratif d'une Formation d'1 Journée	8
Session 1: Introduction au Module	9
Activité 1-1: Introduire les participants au module de formation complémentaire portant sur les jeunes femmes mariées et les parentes pour la première fois (PPFs)	10
Session 2: Comprendre les Besoins et les Défis des Jeunes Femmes Mariées et des PPFs	12
Activité 2-1: Comprendre les défis auxquels les jeunes femmes mariées et les PPFs sont confrontées lors de la recherche de services de santé reproductive	13
Activité 2-2: Expliquer pourquoi il est important d'offrir aux jeunes femmes mariées et aux PPFs des services complets et sans porter de jugement	16
Session 3: Attitudes et Valeurs Envers les Jeunes Femmes Mariées et les PPFs Concernant la Fécondité et la Contraception	17
Activité 3-1: Réfléchir sur les opinions et les croyances envers les jeunes femmes mariées et les parentes pour la première fois, la fécondité et la contraception.....	18
Session 4: Planification et espacement idéal des grossesses pour la santé	20
Activité 4-1: Comprendre la planification et l'espacement idéal des grossesses pour la santé.....	21
Activité 4-2: Examiner les options contraceptives, la PEIGS et le counseling pour les jeunes femmes mariées et les PPFs.....	24
Session 5: Conseiller les Jeunes Femmes Mariées et les PPFs.....	27
Activité 5-1: Identifier les principales approches pour conseiller les jeunes femmes mariées et les PPFs.....	28
Activité 5-2: S'exercer au counseling des jeunes femmes mariées et des PPFs.....	31
Session 6: Récapitulatif et Conclusion	34
Activité 6-1: Cercle de Révision.....	35
Annexe 1: Documents du Participant.....	36
Document du Participant 1: Programme de Formation Illustratif.....	37
Document du Participant 2: Etude de Cas – Fatimata	38
Document du Participant 3: PEIGS 101.....	40
Document du Participant 4: Scénarios pour les Jeux de Rôles sur le Counseling.....	46
Document du Participant 5: Liste d'Observation pour les Jeux de Rôles sur le Counseling.....	47

Acronymes et Abréviations

EDS	Enquête Démographique et de Santé
PPF	Parente pour la Première Fois
PEIGS	Planification et espacement idéal des grossesses pour la santé
DIU	Dispositif Intra-Utérin
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

Notes pour les Organisateurs et les Formateurs

Historique

Dans la majeure partie de l'Afrique Occidentale francophone, une proportion importante d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans et de jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans sont mariées ou vivent en union. Pour la grande majorité des jeunes femmes, le premier rapport sexuel et la procréation se produisent dans le cadre du mariage (unions formelles et informelles dans lesquelles un homme et une femme vivent ensemble). L'utilisation des contraceptifs modernes est faible c les jeunes femmes mariées et les adolescentes et la maternité commence généralement peu de temps après le mariage. Voir le tableau ci-dessous pour une sélection des données sur le mariage, la maternité et l'utilisation des contraceptifs dans plusieurs pays.

	Age minimum du mariage pour les filles	% des adolescentes âgées de 15 à 19 ans qui sont mariées/en union	% des femmes âgées de 20 à 24 ans qui sont mariées/en union	% des femmes de 20 à 24 ans qui ont donné naissance à 18 ans	% des femmes de 20 à 24 ans qui ont donné naissance à 20 ans	% des adolescentes mariées de 15 à 19 ans qui utilisent une méthode contraceptive
Burkina Faso (EDS2010)	15	31,5%	81%	28%	57%	6%
Guinée (EDS2012)	17	35%	76%	40%	59,6%	2,6%
Cameroun (EDS2011)	15	24,2%	61,8%	29,9%	49,4%	12,2%
Niger (EDS2012)	15	70%	90,5%	48,2%	73,9%	5,9%
DRC (EDS2007)	15	22,5%	65,3%	23,3%	48,3%	16,1%
Côte d'Ivoire (EDS2011-12)	18	20,7%	56%	31%	50,2%	6,9%
Sénégal (EDS2012-13)	16	22,6%	56,7%	17,7%	34,3%	2,8%
Mali (EDS2012-13)	16	43,1%	84,5%	46,2%	68,2%	6,5%
Bénin (EDS2011-12)	18	13,8%	61,4%	23,3%	41,6%	4,2%

Les parentes pour la première fois (PPFs) peuvent être mariées ou pas mariées, sont soit enceintes de leur premier enfant ou ont eu leur premier enfant, et sont âgées de 10 à 24 ans (bien que leur partenaire masculin puisse être beaucoup plus âgé dans certains cas). La carte ci-dessous offre une vue d'ensemble des taux de natalité chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans dans un certain nombre de pays francophones d'Afrique de l'Ouest.

Les jeunes femmes mariées et les parentes pour la première fois font face à un ensemble de défis à vivre une vie sexuelle et reproductive saine – défis différents de ceux rencontrés par les adolescentes non mariées, les femmes mariées plus âgées et les parentes plus âgées. Lorsqu'elles se marient, les jeunes femmes deviennent très vite isolées, avec des responsabilités ménagères et des limitations à leur mobilité qui les maintiennent à la maison sans réseaux de soutien social ou sans accès aux informations et services de santé. En outre, le choix de l'utilisation ou non de la contraception en vue de planifier quand et si elles veulent avoir des enfants est rarement de leur fait. Leurs maris/partenaires, coépouses, les anciens de la communauté et de la famille, les beaux-parents et les leaders religieux possèdent l'essentiel du pouvoir de décision (ou influence) relatif à la santé sexuelle et reproductive (SSR) et souvent décident également de la manière dont les ressources sont utilisées dans la maison.¹ Ces dynamiques inégales de pouvoir et ces inégalités liées au genre exposent les jeunes femmes mariées au risque particulier de violence basée sur le genre, de maltraitance domestique basée sur le genre, de pression à procréer avant qu'elles soient prêtes, et d'empêchement à espacer les grossesses. Comme résultats de ces dynamiques et d'autres facteurs (y compris les préférences socioculturelles autour de la fécondité et les préjugés des prestataires), beaucoup de jeunes femmes en union ou mariées deviennent parentes au cours de leur jeunesse et les jeunes mères ont des grossesses très rapprochées, compromettant leur santé et celle de leurs nouveau-né(e)s. Des preuves significatives indiquent que la mère et l'enfant sont tous les deux en meilleure santé si au moins 24 mois séparent chaque grossesse.^{2,3,4,5}

Malgré le besoin en services de santé et en programmes communautaires pour répondre aux normes liées au genre et à d'autres normes sociales, peu d'efforts programmatiques répondent intentionnellement aux besoins et droits des jeunes femmes mariées et des parentes pour la première fois. Il a été démontré qu'éduquer les prestataires de santé sur les besoins des adolescentes mariées a pour résultat un accroissement d'à la fois la prestation et l'utilisation des services anténataux et SSR visant les jeunes femmes mariées et les parentes pour la première fois.⁶

Audience visée

Cette formation est destinée aux prestataires de soins de santé (par exemple: médecins, infirmier(ère)s, sages-femmes). Seuls les prestataires de soins de santé ayant été déjà formés à la SSR des adolescents et des jeunes sont éligibles à participer à cette formation complémentaire.

¹ S. Engebretsen and G. Kabore, *Addressing the needs of girls at risk of early marriage and married adolescent girls in Burkina Faso* (Population Council, May 2011). Accessed June 25, 2013 at: http://www.popcouncil.org/pdfs/TABriefs/09_BurkinaFaso.pdf.

² S. Engebretsen and G. Kabore, *Addressing the needs of girls at risk of early marriage and married adolescent girls in Burkina Faso* (Population Council, May 2011). Accessed June 25, 2013 at: http://www.popcouncil.org/pdfs/TABriefs/09_BurkinaFaso.pdf.

³ UNFPA, *How Universal is Access to Reproductive Health? A Review of the Evidence* (UNFPA, 2010). Accessed Dec. 3, 2014 at: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/universal_rh.pdf.

⁴ A. Conde-Agudelo and A. Rosas-Bermudez, "Effects of Birth Spacing on Maternal, Perinatal, Infant and child Health: A Systematic Review of Causal Mechanisms" *Studies in Family Planning* (2012) 43[2]: 93–114.

⁵ J. Cleland, et al. "Contraception and health" *The Lancet* (2012) 380: 149-156.

⁶ The ACQUIRE Project, "Mobilizing married youth in Nepal to improve reproductive health: The Reproductive Health for Married Adolescent Couples Project, Nepal, 2005–2007," *E&R Report No. 12* (New York: EngenderHealth/The ACQUIRE Project, 2008).

La formation est conçue pour 15 à 20 participants. S'il y a plus de 20 participants, le formateur devra modifier certaines des activités.

But

Cette formation complémentaire d'une journée est conçue pour être ajoutée à tout programme complet de formation sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes. Le but de ce module de formation complémentaire est d'améliorer la capacité des prestataires de soins de santé à offrir aux jeunes femmes mariées et/ou aux parentes pour la première fois des services de haute qualité et sans porter de jugement.

Pour les fins de cette formation, le terme jeunes femmes mariées fait référence aux **jeunes femmes** (10 à 24 ans) vivant en unions formelle et informelle dans lesquelles elles cohabitent avec un partenaire. Ce groupe inclut à la fois celles avec ou sans enfants. Le terme **parentes pour la première fois** fait référence à toute jeune personne âgée de 10 à 24 ans qui est enceinte ou qui a eu un enfant pour la première fois (parité d'1), quel que soit son statut matrimonial.

Objectifs généraux d'apprentissage

À la fin de cette formation complémentaire d'une journée, les participants seront en mesure de:

1. Décrire les défis particuliers auxquels les jeunes femmes mariées et les parents pour la première fois sont confrontés à vivre une vie reproductive saine.
2. Expliquer les trois principaux messages de la planification et l'espacement idéal des grossesses pour la santé (PEIGS).
3. Démontrer un counseling approprié, complet et sans porter de jugement pour les jeunes femmes mariées et pour les parentes pour la première fois concernant leur santé reproductive.

Composants du module

Ce module complémentaire comprend le guide du formateur (le présent document), les documents à distribuer aux participants (voir l'annexe 1 du présent document) et une Présentation PowerPoint qui peut être utilisée si le formateur le désire (disponible en version électronique sur le site Internet de Pathfinder).

Vue d'ensemble des sessions et activités

Sessions	Durée	Ressources de support
Session 1: Introduction au Module	15 minutes	Diapositive 1-1 Le Document du Participant 1
Session 2: Comprendre les besoins et les défis des jeunes femmes mariées et des FFPs	1 heure	Diapositive 2-1 Le Document du Participant 2
Session 3: Attitudes et valeurs envers les jeunes femmes mariées concernant la fécondité et la contraception	1 heure	Signes 'D'accord/Pas d'accord' pour chaque participant
Session 4: Planification et espacement idéal des grossesses pour la santé	1.5 heure	Diapositive 4-1 et Passage en Revue des Diapositives du Jeu de Révision Le Document du Participant 3 Petit prix 3 feuilles de papier colorées
Session 5: Conseiller les jeunes femmes mariées et les FFPs	2 heure	Diapositives 5-1, 5-2, 5-3 Le Document du Participant 4 et 5
Session 6: Révision et Conclusion	30 minutes	—
Durée totale	6 heures 15 minutes (375 minutes)	

Adapter cette formation

Cette formation a été développée initialement pour des travaux au Burkina Faso et en Guinée. Cependant, elle peut être adaptée assez facilement aux contextes d'autres pays francophones d'Afrique de l'Ouest, ou – avec un peu plus d'effort - de pays hors de la région. Il y a plusieurs endroits spécifiques où une adaptation peut être nécessaire, en fonction du pays et du contexte:

Informations spécifiques au pays: En introduisant la formation, vous pouvez partager les statistiques spécifiques à votre pays ou cadre spécifiques. Vous pouvez vous inspirer des informations figurant dans le tableau de la section 'Historique', qui présente des statistiques pertinentes sur le mariage précoce, la maternité et l'utilisation des contraceptifs dans divers pays.

Etudes de cas et jeux de rôles: Vous pourriez vouloir changer les noms qui sont utilisés dans les études de cas et les jeux de rôles (« Fatimata » dans la session 2, Activité 2-2; « Salimatou et Mariam » dans Activité 5-1). En fonction de l'âge typique de mariage dans la communauté dans laquelle vous travaillez, vous pourriez vouloir changer l'âge de vos personnages. En fonction de la (des) religion(s) de votre communauté cible, vous pourriez vouloir également changer les références

à l'Islam et aux leaders religieux Musulmans. De la même façon, si la polygamie n'est pas courante dans votre communauté cible, vous pourriez modifier ces détails dans les deux activités ci-dessus ainsi que dans les scénarios portant sur le counseling dans Activité 5-2.

Programme de formation à caractère illustratif

Ce module complémentaire peut être utilisé de différentes manières. Le formateur devrait développer le programme en fonction des besoins des participants et des contraintes de temps. Le module complémentaire peut être exploité en une journée et un programme illustratif d'une formation d'une journée peut être trouvé ci-dessous. Toutefois, si les formateurs sont en mesure d'utiliser le module sur une période de deux jours, cela permettra plus de temps pour une discussion et une réflexion approfondies, ce qui permettra d'améliorer le processus d'apprentissage. En outre, un formateur peut décider d'utiliser chaque session en intégrant le contenu dans un programme de formation complet sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes, plutôt que de garder ce module comme un supplément à la formation.

Programme Illustratif d'une Formation d'1 Journée

Durée	Sessions
9:00-9:15	Session 1: Introduction au Module
9:15-10:15	Session 2: Comprendre les besoins et défis des jeunes femmes mariées et des PPFs
10:15-10:30	Pause
10:30-11:30	Session 3: Attitudes et valeurs envers les jeunes femmes mariées et les FFPs concernant la fécondité et la contraception
11:30-13:00	Session 4: Planification et espacement idéal des grossesses pour la santé
13:00-14:00	Déjeuner
14:00-14:45	Session 5: Conseiller les jeunes femmes mariées et les PPFs Activité 5-1
14:45-15:00	Pause
15:00-16:15	Suite Session 5 Activité 5-2
16:15-16:45	Session 6: Révision et Conclusion

Session 1: Introduction au Module

Objectif de la session:

1. Introduire le module de formation complémentaire aux participants .

Avant la formation, le formateur devra:

- Passer en revue le contenu de la formation et se familiariser avec le matériel et les méthodologies.
- Préparer la **Diapositive 1-1**.
- Adapter le contenu et le programme de la formation de sorte que celle-ci réponde aux objectifs spécifiques du projet.
- Imprimer un nombre suffisant de copies du **Document du Participant 1: Programme de la Formation** pour tous les participants.

Durée totale de la session: 15 minutes

Activité 1-1: Introduire les participants au module de formation complémentaire portant sur les jeunes femmes mariées et les parentes pour la première fois (PPFs)

Durée: 15 minutes

Méthodologie: Présentation par le formateur

Le formateur devrait:

1. **Introduire la session en lisant à haute voix le contenu ci-dessous aux participants** (Vous pourriez ajouter des données spécifiques au pays, extraites du tableau présent dans la section 'Historique').

Dans la majeure partie de l'Afrique de l'Ouest francophone, une proportion importante d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans et de jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans sont mariées ou vivent en union. Pour la grande majorité des jeunes femmes, le premier rapport sexuel et la procréation surviennent dans le cadre du mariage (unions formelles et informelles dans lesquelles un homme et une femme vivent ensemble). L'utilisation des contraceptifs modernes est faible parmi les jeunes femmes mariées et la maternité commence généralement peu de temps après le mariage. Pour les fins de cette formation, le terme **jeunes femmes mariées** fait référence aux jeunes femmes (âgées de 10 à 24 ans) vivant en unions formelle et informelle, dans lesquelles elles vivent avec un partenaire. Ce groupe inclut à la fois celles avec ou sans enfants. Le terme **parentes pour la première fois** fait référence à toute jeune personne âgée de 10 à 24 ans qui est enceinte de son premier enfant ou a eu un enfant pour la première fois, quel que soit son statut matrimonial.

Les inégalités liées au genre et socioéconomiques rendent ce groupe de jeunes personnes particulièrement vulnérables, et ce module offrira une possibilité pour une exploration plus approfondie des défis spécifiques auxquels sont confrontés les jeunes femmes mariées et les parentes pour la première fois à vivre une vie reproductive saine.

2. **Présenter la Diapositive 1-1 (session 1, diapositive 1) et présenter le contenu ci-dessous:**

Le module s'appuie sur la formation dont vous avez bénéficié sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes en mettant un accent supplémentaire sur les jeunes femmes mariées et les parentes pour la première fois. A la fin de cette formation complémentaire d'1 jour, les participants seront capables de:

- Expliquer les défis particuliers auxquels les jeunes femmes mariées et les parentes pour la première fois (PPFs) sont confrontées à vivre une vie reproductive saine.
- Expliquer les trois principaux messages de la planification et l'espacement idéal des grossesses pour la santé (PEIGS).
- Démontrer un counseling approprié, complet et sans porter de jugement pour les jeunes femmes mariées et les parentes pour la première fois en ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive.

- 3. Demander aux participants s'ils ont des questions**
- 4. Distribuer et examiner le [Document du Participant 1: le Programme de Formation](#) .**

Session 2: Comprendre les Besoins et les Défis des Jeunes Femmes Mariées et des PPFs

Objectifs de la session:

1. Accroître la prise de conscience et la compréhension sur les besoins des jeunes femmes mariées et des parentes pour la première fois et les défis auxquels elles sont confrontées à vivre une vie reproductive saine.
2. Expliquer pourquoi il est important de fournir aux jeunes femmes mariées et aux PPFs des conseils et des services de santé de la reproduction complets et sans porter de jugement.

Avant la formation, le formateur devrait:

- Examiner le contenu de la formation et ajouter toute donnée spécifique de pays que vous jugerez utile.
- Préparer la **Diapositive 2-1**.
- Imprimer des copies du **Document du Participant 2: Etude de Cas – Fatimata** en nombre suffisant pour tous les participants.

Durée totale de la session: 1 heure

Activité 2-1: Comprendre les défis auxquels les jeunes femmes mariées et les PPFs sont confrontées lors de la recherche de services de santé reproductive

Durée: 40 minutes

Méthodologie: Etude de cas et discussion

Le formateur devrait:

1. Lire aux participants ce qui suit:

Parlons des obstacles que les jeunes femmes mariées et les PPFs rencontrent en essayant de rechercher des services de santé reproductive. Je vais vous lire une étude de cas au sujet d'une jeune femme appelée Fatimata. Pendant que je lis l'étude de cas, veuillez noter par écrit chacun des obstacles que Fatimata rencontre en essayant d'avoir accès à des services de contraception. Les obstacles peuvent être dans sa maison, sa communauté et à l'établissement de santé.

2. Distribuer le [Document du Participant 2: Etude du Cas de Fatimata](#) et lire l'étude de cas au sujet de Fatimata (présent également ci-dessous) à haute voix aux participants.

3. Après lecture de l'étude de cas, accorder quelques minutes aux participants afin qu'ils relisent l'étude de cas eux-mêmes et prennent des notes supplémentaires, si nécessaire. Ensuite leur demander de partager avec les autres certains des défis qu'ils ont notés.

4. Après que les participants aient partagé, mener une discussion avec eux en utilisant les questions suivantes. Poser chaque question à haute voix et permettre aux membres du groupe de débattre de leurs réponses à ces questions.

- L'histoire relative à ce cas pourrait-elle s'appliquer aux jeunes femmes mariées et aux parentes pour la première fois dans votre communauté? Pourquoi ou pourquoi pas?
- Que croyez-vous que Fatimata pense et ressent durant cette expérience?
- Qui pourrait être en train de faire pression sur Fatimata ou d'influencer les décisions que son mari et elle prennent?
- Quels pourraient être certains des besoins en santé de Fatimata et d'autres jeunes femmes mariées dans votre communauté?
- Quel soutien serait utile à Fatimata et à d'autres jeunes femmes mariées et parentes pour la première fois dans votre communauté?

5. Conclure l'activité en lisant à haute voix ce qui suit:

Quand une jeune femme commence un mariage ou a un enfant, sa vie et celle de son partenaire peuvent changer à la fois positivement et négativement. En fonction de la structure de soutien à la personne, de sa culture, de sa situation économique et de ses relations personnelles, une nouvelle relation peut créer des difficultés pour lesquelles ils peuvent ne pas être préparés. Comme nous

l'avons discuté dans l'étude de cas, les jeunes femmes et leurs maris/partenaires subissent souvent des pressions et des influences qui sont différentes de celles qui touchent les jeunes célibataires ou les femmes mariées plus âgées, notamment autour de la procréation. En tant que prestataire de soins de santé en Afrique de l'Ouest, il est important de comprendre ces pressions et d'offrir des conseils d'encouragement aux jeunes femmes et à leurs partenaires afin qu'ils puissent naviguer à travers les défis divers auxquels ils sont confrontés afin de vivre une vie sexuelle et reproductive saine.

Etude de cas: Fatimata (également Document du Participant 2)

Mon nom est Fatimata. J'ai 17 ans. J'ai une fillette d'1 an. Je suis mariée depuis deux ans. Je suis la plus jeune des trois épouses de mon mari. J'adore ma fillette, mais je m'inquiète beaucoup pour elle parce qu'il semble qu'elle est tout le temps malade. La mère de mon mari demande constamment quand nous aurons notre enfant. Elle dit que le bébé commencera bientôt à courir partout, donc il est temps.

Je sais que j'ai besoin d'avoir un autre bébé, notamment parce que mon premier enfant est une fille. Mais je sais qu'avoir un autre bébé tôt sera très difficile pour moi et pour ma fillette, puisqu'elle est si malade. Cela signifiera que j'aurai à partager davantage le peu de nourriture que nous avons.

J'ai entendu parler de la possibilité d'avoir une injection pour éviter d'avoir un bébé pendant trois, mais je ne sais rien à ce sujet. Certains agents communautaires travaillent dans ma communauté, mais ce sont des femmes plus âgées qui sont amies avec ma belle-mère, et je sais que mon mari et ma belle-mère désapprouveraient s'ils apprenaient que je voulais apprendre plus sur ce médicament qui empêche la grossesse. Je n'ai aucune amie à qui parler de cela. Je sors même à peine de la cour. Toutes mes amies d'école sont également mariées et vivent loin.

J'avais peur. Néanmoins, j'ai décidé de me rendre au centre de santé le plus proche. J'espérais ne pas y rencontrer des personnes que je connaissais. J'ai dit à mon mari et à ma belle-mère que le bébé était malade et j'ai marché jusqu'au centre de santé le plus proche situé à 10 kms.

Je suis allée au centre de santé tôt le matin parce que j'avais besoin de revenir à la maison et effectuer des tâches domestiques avant qu'il ne soit trop tard dans la journée. Lorsque je suis arrivée, il y avait plusieurs femmes qui attendaient dehors avec de nombreux enfants. Elles me regardaient sans cesse.

Le personnel du centre de santé était en retard. J'ai attendu pendant une heure. Quand le centre a ouvert, j'ai eu assez de courage pour parler à la femme derrière une table portant un signe disant « Réception ». Elle m'a demandé pourquoi j'étais à la clinique alors que mon bébé n'était pas malade. Quand j'ai expliqué que je voulais parler à l'infirmière de la planification familiale, elle a eu un visage désapprobateur et m'a juste indiqué du doigt la salle d'attente pour les consultations.

J'ai attendu pendant deux heures près de la salle de planification familiale. Je n'avais rien mangé et mon bébé a commencé à pleurer. J'ai eu l'impression que toutes les femmes plus âgées me fixaient du regard. L'une des femmes m'a reconnue. C'est une amie de ma belle-mère et elle m'a demandé pourquoi j'étais là puisque les services de planification familiale sont destinés aux plus âgées qui

sont prêtes à arrêter d'avoir des enfants, pas à une jeune femme comme moi qui devrait avoir un autre enfant pendant qu'elle est encore jeune.

J'ai finalement été appelée pour parler avec l'une des infirmières. A mon entrée dans la salle de consultation, l'infirmière semblait en colère. Elle m'a demandé pourquoi j'étais là. Je lui ai dit que je ne voulais pas tomber enceinte très tôt après la naissance de mon bébé et que j'ai entendu parler d'une espèce d'injection que je pourrais obtenir. Elle m'a demandé si mon mari m'avait donné la permission d'être là. J'ai baissé le regard et lui ai dit que je ne lui avais pas dit que je venais. L'infirmière m'a dit que je ferais mieux de ne pas utiliser la planification familiale car mon mari était certain de trouver une autre épouse si je n'avais pas bientôt un autre bébé, en particulier parce que mon premier bébé était une fille. Elle m'a dit que je devais avoir tous mes enfants maintenant, pendant que je suis encore jeune.

J'ai expliqué que mon bébé était constamment malade et qu'il ne serait pas bon pour nous d'avoir un autre enfant si tôt. Finalement, l'infirmière m'a dit qu'elle acceptait que j'utilise une méthode et m'a conseillé d'utiliser l'injectable de trois mois, mais n'a pas mentionné d'autres options de méthodes contraceptives. J'ai attendu pendant une autre heure avant d'obtenir l'injection. Ensuite, l'infirmière m'a appelée à très haute voix « Fatimata, ton injection est prête ». Je pouvais sentir les regards des autres femmes dans la salle d'attente me fixant, y compris cette amie de ma belle-mère. J'ai reçu l'injection et quitté la clinique très embarrassée et inquiète.

Activité 2-2: Expliquer pourquoi il est important d'offrir aux jeunes femmes mariées et aux PPFs des services complets et sans porter de jugement

Durée: 20 minutes

Méthodologie: Brainstorming présentation par le formateur

Le formateur devrait:

1. Engager un brainstorming: Demander aux participants pourquoi ils pensent qu'il est important d'offrir aux jeunes femmes mariées et aux PPFs en Afrique de l'Ouest des conseils et services SSR complets et sans porter de jugement.
2. Après que les participants aient répondu, compléter leurs réponses en montrant la [Diapositive 2-1 et en lisant à haute voix le contenu ci-dessous](#). (Le formateur peut souhaiter ajouter au contenu les données spécifiques à un pays en ce qui concerne: le pourcentage de femmes âgées de 10 à 24 ans qui sont mariées et l'utilisation de la contraception moderne par tranche d'âge [15 à 19 ans; 25 à 29 ans; 30 à 34 ans]).

Contenu: Raisons pour lesquelles il est important d'offrir aux jeunes femmes mariées et aux parentes pour la première fois des conseils et services SSR complets et sans porter de jugement

- Les jeunes femmes mariées subissent des pressions de la part de la communauté, de la famille et des maris pour procréer immédiatement. Les parentes pour la première fois subissent souvent beaucoup de pression pour avoir des enfants rapidement et ne pratiquent pas la planification et l'espace idéal des grossesses pour la santé.
- Les jeunes femmes ont souvent très peu de pouvoir pour:
 - Négocier l'utilisation des services de santé;
 - Décider quand et si ils veulent avoir des enfants;
 - Décider de quand et si utiliser la contraception dans leur relation.
- Les jeunes qui sont mariées sont souvent ignorées par d'autres programmes conçus pour la jeunesse parce qu'elles ne vont pas à l'école ou n'appartiennent pas à des groupes communautaires de jeunes. Les services traditionnels adaptés aux jeunes sont souvent tournés vers les garçons et filles non mariés et ceux qui n'ont pas encore d'enfants.
- Les jeunes femmes mariées et leurs partenaires ne font que commencer leur relation et leur vie reproductive commune, donc c'est une occasion pour développer des pratiques sexuelles et reproductives saines pour la vie et pour encourager une meilleure communication et une meilleure prise de décision conjointe au sein des couples.
- Encourager le retard de la première naissance et espacer la seconde et les suivantes, en plus de la prise de décision conjointe et de la communication entre les jeunes femmes et leurs partenaires, peut avoir pour résultat une augmentation de l'utilisation de la contraception, une fécondité plus faible pour la vie, une réduction de la mortalité maternelle et un accroissement de la capacité de ces jeunes femmes à participer à des opportunités économiques et d'éducation.

Session 3: Attitudes et Valeurs Envers les Jeunes Femmes Mariées et les PPFs Concernant la Fécondité et la Contraception

Objectif de la session:

1. Réfléchir sur les attitudes et valeurs envers la fécondité, la contraception et la prise de décision chez les jeunes femmes mariées et leurs partenaires ainsi que chez les parentes pour la première fois.

Avant la formation, le formateur devrait:

- Examiner le contenu de la formation.
- Confectionner des morceaux de papier qui sont vierges sur une face, et écrire soit 'D'accord' ou 'Pas d'Accord' sur l'autre face. En faire suffisamment pour que chaque participant ait une carte qui porte 'D'accord' et une carte qui porte 'Pas d'Accord'.

Durée totale de la session: 1 heure

Activité 3-1: Réfléchir sur les opinions et les croyances envers les jeunes femmes mariées et les parentes pour la première fois, la fécondité et la contraception

Durée: 1 heure

Méthodologie: Jeu

Le formateur devrait:

1. Expliquer aux participants que cette activité est destinée à leur offrir un temps de réflexion sur leurs propres valeurs et attitudes ainsi que celles des autres envers les problèmes de santé reproductive que rencontrent les jeunes femmes mariées, les couples et les PPFs. Elle vise également à les aider à clarifier ce qu'ils ressentent à propos de certaines questions. Rappeler aux participants que ceci est un lieu sûr pour une discussion ouverte et que chacun a droit à sa propre opinion. Les opinions de chacun doivent être respectées, même en cas de désaccord.
2. Inviter les participants à s'asseoir en cercle. Remettre à chaque participant un morceau de papier qui porte « D'accord » et un autre qui porte « Pas d'Accord ».
3. Lire à haute voix la première des déclarations listées ci-dessous.
4. Accorder quelques secondes aux participants pour réfléchir à propos de s'ils sont d'accord ou pas d'accord avec cette déclaration (répéter la déclaration, si nécessaire). Une fois que chacun a eu le temps de prendre une décision, dites « 1, 2, 3 ». A « 3 », chaque participant devra lever une carte. S'ils sont d'accord avec la déclaration, ils devront lever la carte « D'Accord ». S'ils ne sont pas d'accord, ils devront lever la carte « Pas d'Accord ».
5. Inviter deux volontaires (de préférence un « d'Accord » et un « Pas d'Accord ») à expliquer pourquoi ils ont choisi leurs réponses. Discuter de la répartition des réponses – la plupart des participants ont-ils choisi « d'Accord » ou « pas d'Accord »? Les participants pensent-ils que cela reflète la variété d'opinions dans leur communauté?
6. Répéter les étapes 3 à 5 avec la prochaine déclaration. Continuer avec chacune des déclarations ci-dessous.

Déclarations

- Il y a de nombreuses méthodes contraceptives qui sont dangereuses à utiliser pour les adolescents et les jeunes.
- Il est acceptable qu'une jeune femme utilise la contraception avant qu'elle ait eu son premier enfant.
- Les maris devraient décider de l'utilisation ou non de la contraception par le couple.

- Si une jeune femme mariée n'a pas d'enfant dans les premières deux années suivant son mariage, il est acceptable que son mari la quitte ou qu'il cherche une femme supplémentaire.
- Les jeunes personnes mariées ne devraient pas utiliser la contraception jusqu'à ce qu'ils atteignent le nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir.
- Il est acceptable qu'un prestataire de soins de santé fournisse des conseils et des soins SSR aux jeunes femmes mariées sans la permission du mari ou à son insu.
- Beaucoup de méthodes contraceptives ont un effet à long terme sur la fécondité.
- Il est parfois approprié que les agents de soins de santé rapportent à la famille d'une jeune femme mariée ses choix en matière de santé sexuelle et reproductive.

7. Après la lecture de toutes les déclarations, engager les participants dans une discussion en utilisant les questions suivantes:

- Y avait-il des déclarations avec lesquelles vous avez trouvé difficile d'être d'accord ou pas d'accord? Si oui, lesquelles et pourquoi?
- Que pensez-vous que d'autres personnes dans votre communauté pourraient ressentir à propos de ces déclarations? Seraient-ils d'accord ou pas d'accord avec vous? Comment pensez-vous que vos attitudes pourraient affecter vos interactions avec les jeunes femmes mariées et les parentes pour la première fois?

8. Conclure en lisant à haute voix ce qui suit:

En tant que prestataire de soins de santé, il est important de comprendre les pressions que les jeunes femmes mariées subissent de la part de la société pour avoir des enfants, ainsi que les défis auxquels elles pourraient être confrontées au niveau de la communication sur la fécondité avec leurs partenaires, leurs belles-mères et d'autres personnes qui exercent une influence. Il est également essentiel que vous, en tant que prestataires de soins de santé, réfléchissiez à la façon dont vos propres préjugés pourraient influencer la manière dont vous fournissez des services aux jeunes. Les prestataires de soins de santé doivent concilier ces croyances avec la réalité de la vie de ces jeunes femmes afin de garantir le droit des jeunes à recevoir des conseils et services SSR. Rappelez-vous, les jeunes femmes peuvent utiliser n'importe quelle méthode contraceptive, bien que les méthodes permanentes ne constituent pas toujours le meilleur choix. Elles peuvent commencer à utiliser une méthode avant d'avoir un enfant ou à tout moment au cours de leur vie reproductive. Il est sain pour une jeune femme de retarder sa première naissance jusqu'à l'âge de 18 ans au moins et d'espacer les grossesses suivantes de deux ans au moins. Nous pouvons avoir des communautés, des femmes et des enfants en meilleure santé si les jeunes femmes mariées et leurs partenaires sont soutenus dans le retard et l'espacement de leurs grossesses en utilisant la contraception.

Session 4: Planification et espacement idéal des grossesses pour la santé

Objectifs de la session:

1. Décrire les trois principaux messages de la planification et l'espacement idéal des grossesses pour la santé (PEIGS).
2. Faire une synthèse de la gamme des options de méthodes contraceptives pour les jeunes.

Avant la formation, le formateur devrait:

- Examiner le contenu de la formation.
- Imprimer une quantité suffisante de copies du [Document du Participant 3: PEIGS 101](#) pour tous les participants.
- Examiner [Diapositive 4-1](#) et [Examiner les Diapositives du Jeu de Révision](#).
- Obtenir un petit prix (par exemple: bonbon) pour l'équipe victorieuse dans l'Activité 4-2.
- Préparer trois morceaux de papier colorés pour le jeu dans l'Activité 4-2.

Durée totale de la session: 90 minutes (1 heure and 30 minutes)

Activité 4-1: Comprendre la planification et l'espacement idéal des grossesses pour la santé

Durée: 45 minutes

Méthodologie: Présentation par le formateur

Le formateur devrait:

1. Présenter le contenu ci-dessous et montrer la **Diapositive 4-1**.

Contenu: Planification et espacement idéal des grossesses pour la santé

La planification et l'espacement idéal des grossesses pour la santé (PEIGS) est une approche de prestation de service de planification familiale qui aide les femmes et les couples à prendre une décision éclairée au sujet du retard de la première grossesse et à planifier (espacer ou limiter) les grossesses suivantes afin d'assurer une meilleure santé pour la mère et le bébé. Il existe trois messages clés associés à la PEIGS. Ils sont basés sur les recherches qui ont déterminé pour à la fois la mère et le bébé le moment le plus approprié pour commencer à avoir des enfants et l'intervalle de temps idéal entre une naissance et la prochaine grossesse. Les trois principaux messages pour la PEIGS sont:

1. Pour les couples qui désirent une prochaine grossesse après une naissance vivante, les messages sont les suivants:
 - Pour la santé de la mère et du bébé, attendre au moins deux ans avant d'essayer de tomber enceinte.
 - Penser à utiliser une méthode contraceptive de votre choix au cours de cette période.
2. Pour les couples qui désirent une prochaine grossesse après une fausse couche ou un avortement, les messages sont les suivants:
 - Pour la santé de la mère et du bébé, attendre au moins six mois avant d'essayer de tomber enceinte de nouveau.
 - Penser à utiliser une méthode contraceptive de votre choix au cours de cette période.
3. Pour une jeune femme qui n'a pas eu d'enfant, les messages sont les suivants:
 - Pour votre santé et la santé de votre futur enfant, attendre d'avoir au moins 18 ans avant d'essayer de tomber enceinte.

En conseillant les jeunes femmes mariées et les parentes pour la première fois, utiliser les messages PEIGS comme guide. Interroger les jeunes femmes à propos de quand et si elles aimeraient avoir un enfant, et parler aux parentes pour la première fois de quand et si elles aimeraient avoir d'autres enfants. Chercher à comprendre les pressions que les femmes pourraient subir par rapport à leur fécondité, expliquer les principaux messages et leur fournir des options pour atteindre leurs objectifs de fécondité. Cela inclurait des conseils sur les options contraceptives ainsi que des conseils concernant la prise de décision conjointe au sein des couples et la réaction aux influences extérieures sur leur choix en matière de reproduction.

2. Réviser les messages clés en posant aux participants les questions suivantes:

- Combien de temps un couple devrait-il attendre avant d'essayer de tomber de nouveau enceinte après une naissance vivante?
 - *Réponse: Deux ans*
- Après quel âge est-il plus sain pour une femme de commencer à avoir des enfants?
 - *Réponse: Pour la santé de la mère et du bébé, retarder la première grossesse jusqu'à l'âge de 18 ans au moins.*
- Combien de temps un couple doit-il attendre avant d'essayer de tomber de nouveau enceinte après une fausse couche ou un avortement?
 - *Réponse: Espacer la grossesse d'au moins six mois après un avortement spontané ou provoqué.*

3. Inviter les participants à réfléchir ensemble sur certains des avantages de la PEIGS pour les femmes, les adolescentes et les nouveau-né(e)s. Les recherches ont montré une réduction considérable de la mortalité maternelle et infantile lorsque la PEIGS est pratiquée. A la suite du brainstorming, présenter la **Diapositive 4-2** et lire à haute voix le contenu ci-dessous aux participants.

Pour les femmes:

- Réduction du risque de mortalité maternelle
- Réduction du risque de pré-éclampsie
- Réduction du risque de fausse couche

Pour les nouveau-né(e)s:

- Réduction du risque de décès périnatal
- Réduction du risque de naissance prématurée
- Réduction du risque de faible poids de naissance
- Réduction du risque d'enfant petit pour l'âge gestationnel

Pour les familles:

- Davantage de sécurité financière
- Potentialité pour les femmes de poursuivre les études ou de travailler

4. Distribuer le **Document du participant 3: PEIGS 101** comme feuille de rappel

5. Présenter le contenu ci-dessous:

La majorité des jeunes femmes en bonne santé peuvent utiliser n'importe quelle méthode de contraception pour pratiquer la PEIGS. Notre rôle de prestataire de soins de santé est d'informer, éduquer et conseiller les femmes et les couples sur les options qui leur sont disponibles. Il est toutefois important de rappeler que les femmes et les couples doivent comprendre qu'ils peuvent choisir librement d'utiliser une méthode contraceptive ou non, et qu'ils peuvent décider librement de la méthode qu'ils aimeraient utiliser. Les conseils sur la PEIGS peuvent être offerts à divers

moments, y compris avant qu'une jeune femme ait un enfant, au cours des soins prénataux et postnataux, et même au cours des visites de santé de l'enfant.

6. Demander aux participants s'ils ont des questions.

Activité 4-2: Examiner les options contraceptives, la PEIGS et le counseling pour les jeunes femmes mariées et les PPFs

Durée: 45 minutes

Méthodologie: Jeu

Le formateur devrait:

1. Répartir les participants en 2 ou 3 équipes.
2. Remettre à chaque équipe un bout de papier de couleur différente. Ce bout de papier sera utilisé par le leader de l'équipe pour signaler que son équipe a une réponse.
3. Poser chacune des questions ci-dessous, une à la fois en utilisant les huit **Diapositives du Jeu de Révision**. Chaque équipe devra se concerter pour trouver une réponse et *se mettre d'accord sur leur réponse commune*. Lorsque l'équipe a atteint un consensus sur sa réponse, le leader de l'équipe devra lever le bout de papier coloré. L'équipe qui lèvera le papier en premier a la possibilité de partager sa réponse. S'ils n'ont pas la bonne réponse, alors la prochaine équipe à lever son bout de papier peut partager sa réponse. L'équipe obtient un point pour chaque réponse correcte.
4. L'équipe ayant obtenu le plus de points à la fin du jeu remporte un petit prix (par exemple: des bonbons).
5. Lorsque le jeu est terminé, le formateur devra une fois de plus examiner les questions, cette fois en détaillant plus les réponses, à l'aide du contenu ci-dessous.

Contenu: Jeu de révision sur la contraception pour les jeunes femmes et les PPFs et leurs partenaires

Question 1: Quelles méthodes de contraception sont contre-indiquées pour les jeunes femmes de moins de 25 ans qui *n'ont pas* eu d'enfants?

Réponse 1: A peu près toutes les méthodes contraceptives sont sans danger pour les femmes de tous âges. Cela inclut les pilules, les injectables, les implants, les DIUs, les préservatifs et davantage. Bien que l'âge ne constitue pas une contre-indication clinique pour toute méthode, la stérilisation est la seule méthode qui est considérée contre-indiquée pour la majorité des jeunes femmes en raison de leur stade de vie et de la nature permanente de cette méthode.

Tous les clients doivent être informés qu'uniquement les préservatifs masculin et féminin utilisés seuls ou avec une autre méthode (utilisation de la double protection) offrent une protection contre, à la fois, la grossesse non désirée et les ISTs, y compris le VIH.

Question 2: Quelles méthodes contraceptives peuvent être utilisées quand une femme allaite au sein?

Réponse 2: une femme empêche la grossesse par l'allaitement au sein uniquement si le bébé a moins de 6 mois, le bébé est nourri exclusivement au sein (aucun autre aliment ou liquide n'est donné au bébé, pas même de l'eau), et les menstrues ne sont pas revenues. Une femme/un couple peut utiliser la minipilule (pilules progestatives), les implants, les DIUs et les préservatifs masculins et féminins durant la période de postpartum et pendant qu'elle allaite au sein. Le DIU peut être inséré dans les 48 heures après l'accouchement. Après la fenêtre de 48 heures postpartum, retarder l'insertion jusqu'à 4 semaines après l'accouchement. Les pilules progestatives et les implants peuvent être utilisés immédiatement après l'accouchement par les femmes qui allaitent au sein. Les contraceptifs injectables peuvent être utilisés par les femmes qui allaitent au sein à partir de 6 semaines après l'accouchement. Les prestataires peuvent consulter: [Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives](#) de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Medical Eligibility Criteria pour plus d'information.⁷

Question 3: Donnez 3 exemples de moments où un prestataire peut discuter de la contraception et de la PEIGS avec une jeune femme mariée ou une parente pour la première fois.

Réponse 3:

- Au cours des consultations prénatales
- Au cours des consultations postnatales
- Au cours des visites de suivi de la santé du bébé

Les conseils sur l'importance de l'espacement des naissances devraient commencer au cours des consultations prénatales. Si une femme veut espacer sa prochaine grossesse, elle peut choisir une méthode contraceptive à ce moment-là et commencer à l'utiliser au cours de la période postpartum. Les contrôles postpartum et les visites de santé de l'enfant constituent également une bonne occasion pour fournir des conseils sur la PEIGS et la contraception.

Question 4: Donnez 3 exemples de moyens par lesquels la confidentialité peut être préservée au cours d'une consultation avec une jeune femme mariée ou une parente pour la première fois.

Réponse 4: N'importe laquelle de ce qui suit:

- Effectuer la consultation dans une pièce séparée ou partitionnée.
- S'assurer que seuls les membres du personnel requis pour la consultation sont présents.
- Garder toutes les notes concernant la consultation dans un endroit verrouillé.
- Ne pas dire le nom entier de la cliente ou la raison de sa visite dans la salle d'attente.
- Ne parler de la consultation à personne, y compris le mari/partenaire ou la belle-famille de la femme.

⁷ WHO and JHU-CCP, *Family Planning: A Global Handbook for Providers* (Geneva: WHO, 2011): <https://www.fphandbook.org/language/french>; WHO, *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, Fifth Edition* (Geneva: WHO, 2015): http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/fr/.

Les jeunes femmes mariées subissent souvent une pression considérable pour concevoir, notamment si elles n'ont pas encore eu d'enfant. De la même façon, il peut être attendu de celles qui sont mères pour la première fois d'avoir un autre enfant très vite. Par conséquent, elles peuvent subir une stigmatisation en recherchant des services contraceptifs. Il est donc très important de préserver la confidentialité lors du counseling et du traitement des jeunes femmes mariées et des parentes pour la première fois afin de s'assurer qu'elles sont en mesure de prendre les décisions qui sont meilleures pour leur santé et pour leur vie.

Session 5: Conseiller les Jeunes Femmes Mariées et les PPFs

Objectifs de la session:

1. Identifier les principaux principes du counseling des jeunes femmes mariées et des parentes pour la première fois.
2. S'exercer au counseling des jeunes femmes mariées et des parentes pour la première fois sur la PEIGS et la contraception.

Avant la formation, le formateur devrait:

- Examiner le matériel de formation.
- Examiner les **Diapositives 5-1, 5-2, 5-3**.
- Imprimer une quantité suffisante du **Document du participant 4 et 5** pour tous les participants.

Durée totale de la session: 2 heures

Activité 5-1: Identifier les principales approches pour conseiller les jeunes femmes mariées et les PPFs

Durée: 45 minutes

Méthodologie: Etude de cas et discussion de groupe

Le formateur devrait:

1. Introduire la session en lisant à haute voix le contenu suivant:

En tant que prestataire de soins de santé formé pour travailler avec les adolescents et les jeunes, il est important de penser à comment fournir au mieux un counseling SSR aux jeunes femmes mariées, aux PPFs et à leurs partenaires (s'ils accompagnent les jeunes femmes à la clinique). La manière dont vous communiquez avec les individus influence ce qu'ils sont disposés et capables d'apprendre de vous. Si vous parlez à une jeune femme et estimez qu'elle ne devrait pas utiliser la contraception, cela se remarquera dans vos actions, dans le ton de votre voix et dans votre langage corporel. Les compétences et principes du counseling que vous avez appris dans la formation précédente sur la santé sexuelle et reproductive de l'adolescent sont tous pertinents pour les jeunes femmes mariées et les PPFs. En nous appuyant sur ce que vous avez appris lors de cette formation, nous allons à présent examiner un scénario portant sur le counseling.

2. Lire à haute voix le contenu suivant. Dire aux participants de noter par écrit ce que Salimatou fait bien et ce qu'elle ne fait pas très bien.

Salimatou est une infirmière en planification familiale au centre de santé. Mariam a 19 ans et est mariée à Karim depuis un an et demi. Ils ont un bébé de 6 mois et Mariam est mère pour la première fois. Elle compte introduire des aliments solides dans l'alimentation de son bébé et une fois qu'elle l'aura fait, elle sait que l'allaitement au sein ne la protégera plus contre la grossesse. Elle ne veut pas d'un enfant tout de suite, mais ne sait pas beaucoup au sujet de la contraception. Mariam se rend au centre de santé le plus proche pour en savoir plus. Après avoir attendu pendant 3 heures, c'est au tour de Mariam de rencontrer Salimatou (l'infirmière en planification familiale). Soucieuse de protéger la vie privée de Mariam, Salimatou invite discrètement Mariam dans la salle de consultation et s'assure que la porte est fermée. Salimatou s'assoit en face de Mariam et la regarde avec gentillesse. Elle pose à Mariam des questions sur sa santé et celle du bébé. Ensuite, elle demande à Mariam la raison de sa venue au service de planification familiale. Mariam lui répond qu'elle sait que l'allaitement au sein ne la protégera plus d'une grossesse et elle désire attendre avant d'avoir un autre bébé et qu'elle a entendu dire qu'il existe un médicament qui pouvait empêcher les grossesses. Salimatou commence à sembler en colère. Elle demande: « Mariam, Karim sait-il que tu es ici »? Mariam répond qu'elle lui a dit qu'elle devait se rendre à la clinique pour que l'enfant soit vu par l'infirmière. Salimatou dit que Mariam n'a pas besoin d'utiliser la contraception maintenant; elle a seulement besoin d'attendre six mois entre avoir un enfant et tomber de nouveau enceinte, et que c'est le moment idéal pour essayer d'avoir un bébé. Même si elle voulait la contraception, Salimatou ne se sent pas à l'aise pour lui en donner sans la permission de Karim. Salimatou est amie à la mère de Karim et elle sait que cette dernière ne l'accepterait pas.

3. Poser aux participants les questions suivantes. Compléter avec les réponses ci-dessous.

Qu'est-ce que Salimatou, l'infirmière, a fait qui est bien?

Les réponses possibles pourraient inclure:

- Salimatou a fermé la porte pour assurer l'intimité.
- Salimatou a accueilli chaleureusement Mariam.
- Salimatou s'est assise en face de Mariam, à hauteur d'yeux (pas au-dessus d'elle).
- Salimatou a posé à Mariam des questions ouvertes sur sa santé et la santé de son enfant.

Qu'est-ce que Salimatou a mal fait?

Les réponses possibles peuvent inclure:

- Salimatou a réprimandé Mariam pour vouloir utiliser la contraception.
- Salimatou a livré à Mariam des informations incorrectes au sujet de l'espacement des grossesses la plus appropriée.
- Salimatou ne devrait pas exiger la permission de Karim avant de fournir la contraception à Mariam.
- Salimatou devrait respecter la vie privée de Mariam et ne devrait pas laisser son amitié avec la mère de Karim affecter ses conseils pour Mariam.
- Salimatou devrait avoir fourni à Mariam un counseling contraceptif approfondi et la méthode contraceptive de son choix.

4. Présenter le contenu ci-dessous:

En tant que prestataires de soins de santé qui auront à conseiller des jeunes femmes mariées et des parentes pour la première fois, il est important d'apprendre à partir des erreurs commises par Salimatou et s'appuyer sur les bonnes choses qu'elle a faites. Il est de votre devoir de protéger la vie privée et la confidentialité de tous les clients et de les traiter avec respect et dignité. Il est également important de noter que si un mari ou un partenaire accompagne une jeune femme à la clinique et que la jeune femme est à l'aise avec sa présence à la session de counseling, le prestataire de soins de santé devrait bien accueillir l'homme et l'inviter à joindre la consultation.

5. Inviter les participants à réfléchir ensemble sur une liste de bonnes techniques de counseling qu'ils connaissent. Après le brainstorming, compléter leurs réponses avec les suggestions ci-dessous et présenter les Diapositives 5-1, 5-2, 5-3.

Réponses complémentaires à considérer pour un bon counseling contraceptif:

- Protéger la vie privée et la confidentialité de la cliente. S'assurer que le counseling se déroule dans une pièce où les d'autres personnes ne peuvent voir ni entendre. Ne pas annoncer dans la salle d'attente les services pour lesquels la cliente est présente à la clinique.
- S'asseoir à hauteur des yeux avec la cliente.

- Accueillir chaleureusement la cliente.
- Poser des questions ouvertes au sujet de son bien-être et du bien-être de son enfant/ses enfants (si elle en a).
- Ne pas monopoliser la parole.
- Faire preuve de respect pour la relation entre les membres du couple, en posant des questions à la femme sur ses relations avec son partenaire/mari (par exemple: comment les décisions sont-elles prises dans le ménage) et les désirs de fécondité du partenaire/mari et son point de vue sur l'utilisation de la contraception. En aucun cas, la contraception ne doit être refusée à une femme parce que son mari ne l'a pas approuvé.
- Mettre l'accent sur l'importance de la PEIGS dans la santé de la famille et sur les autres avantages de la PEIGS, tels qu'une meilleure stabilité économique et une nutrition améliorée.
- Faire attention à vous-même, à ce que vous ressentez et à ce que vous offrez à l'autre. Ne pas laisser vos propres valeurs et préjugés vous empêcher de conseiller la jeune femme de manière correcte et complète.
- Donner des informations correctes, ne jamais donner d'informations incorrectes. Si vous ne savez pas quelque chose, dites que vous ne savez pas (et que vous trouverez).
- Utiliser des mots simples.
- Encourager la cliente à poser des questions.
- Utiliser des aides visuelles (par exemple: une image, tableau à feuilles) s'il y en a ou montrer comment exécuter une tâche pendant que vous expliquez.
- Ecouter attentivement ce qui est dit et répéter à votre interlocutrice pour être sûr que vous avez bien compris.

Activité 5-2: S'exercer au counseling des jeunes femmes mariées et des PPFs

Durée: 1 heure et 15 minutes

Le formateur devrait:

1. Introduire l'exercice de jeu de rôles.
2. Distribuer le **Document du participant 4: Scénarios des Jeux de Rôles sur le Counseling** et **Document du participant 5: Liste d'Observation pour les Jeux de Rôles sur le Counseling**.
3. Examiner les deux documents du participant avec le groupe, en les orientant sur les trois scénarios du Document du participant 4 et la liste d'observation présente dans le Document du participant 5.
4. Inviter les participants à former des groupes de trois personnes. Pour chaque groupe de trois, inviter les participants à décider qui sera le prestataire, qui sera la cliente et qui sera l'observateur pour le premier jeu de rôles.
5. Inviter chaque groupe de participants à choisir l'un des trois scénarios du Document du participant 4.
6. Inviter les participants à jouer les scénarios en utilisant les compétences en counseling dont nous avons parlé. Une personne devra jouer le rôle de prestataire, l'autre le rôle de cliente et la troisième le rôle d'observateur. Après qu'ils aient joué le premier scénario, l'observateur(trice) devra fournir son feedback en utilisant le Document du participant 5 pour guider ses observations.
Note au formateur: Vous pouvez circuler et observer les jeux de rôles. Si le « prestataire » a besoin d'assistance, vous pouvez utiliser les suggestions incluses sous chaque scénario comme indicatifs (« Sujets que le prestataire peut couvrir au cours du counseling »).
7. A présent, inviter les participants à choisir un autre scénario et faites tourner les rôles afin que la personne qui était le prestataire devienne la cliente, que la personne qui jouait le rôle de la cliente devienne l'observateur, et que la personne qui était l'observateur devienne le prestataire. Répéter l'étape 6.
8. Inviter ensuite les participants à choisir un troisième scénario et à changer les rôles afin que chaque membre puisse jouer le rôle qu'il n'a pas encore joué. Répéter l'étape 6.
9. Remettre le groupe ensemble et faciliter une discussion en utilisant les questions ci-dessous. Inviter les répondants à se référer à leurs listes d'observation pour faciliter la discussion.
 - Quand vous jouiez rôle de la cliente, quels comportements décourageants aviez-vous remarqué? Quels comportements étaient rassurants?

- Quand vous jouiez le rôle du prestataire, quels comportements avez-vous trouvé naturel pour vous? Quels comportements ne vous étaient pas naturels ou étaient plus difficiles à jouer?
- Quand vous étiez l'observateur, quelles étaient certaines des qualités positives de counseling que vous avez observées? Quelles étaient certains moyens par lesquelles les prestataires pouvaient s'améliorer?

Scénarios: Jeux de Rôles pour Conseiller les Jeunes Femmes Mariées et les PPFs (également Document du Participant 4)

Scénario 1: La cliente est une jeune femme de 16 ans. Elle s'est récemment mariée et n'a pas encore d'enfant. Elle est venue parce que sa sœur, qui est plus âgée, lui a dit que si elle utilisait cette chose appelée planification familiale, elle pourrait être en mesure d'éviter la grossesse et de retourner à l'école. Sa belle-mère et les sœurs de son mari parlent déjà de la possibilité qu'elle soit stérile puisqu'elle n'est pas encore tombée enceinte cinq mois après le mariage.

Thème que le prestataire peut couvrir au cours du counseling: L'importance de retarder la première naissance jusqu'à l'âge de 18 ans au moins pour la santé de la mère et du bébé; les méthodes de contraception qu'elle pourrait utiliser pour retarder la première naissance; l'utilisation des différentes méthodes; les caractéristiques des différentes méthodes contraceptives; les possibilités d'aller à l'école ou de travailler si elle retarde le fait de tomber enceinte; les stratégies pour faire face à la pression qu'elle subit de la part de son mari, de sa belle-mère et de ses belles-sœurs; les stratégies pour parler à son mari de son désir de retarder une grossesse.

Scénario 2: La cliente est une jeune femme de 19 ans. Elle vient de donner naissance à son premier enfant. Elle quittera la maternité pour la maison plus tard dans la journée. Elle est nerveuse. Le travail a été très difficile et elle ne désire pas tomber de nouveau enceinte tout de suite. Elle mentionne ses préoccupations à l'infirmière de la maternité et dit qu'elle n'aimerait pas tomber enceinte à nouveau trop tôt. Elle ne sait pas combien de temps elle devrait attendre avant de tomber enceinte et elle n'a pas entendu beaucoup parler de la planification familiale.

Thème que le prestataire peut couvrir au cours du counseling: L'importance d'attendre au moins 2 ans avant de tomber de nouveau enceinte et pourquoi cela est important pour la santé de la mère et du bébé; les méthodes de contraception qu'elle pourrait utiliser pour espacer la prochaine grossesse; les différentes méthodes contraceptives disponibles; les caractéristiques des différentes méthodes contraceptives; les stratégies en vue de parler à son mari de son désir d'espacer sa prochaine grossesse; les stratégies pour faire face aux coépouses et à d'autres pressions pour avoir un autre enfant très vite qu'elle pourrait subir

Scénario 3: La cliente est une jeune femme de 22 ans. Elle est venue à l'établissement de santé avec ses trois enfants parce que l'un d'eux est malade. L'infirmière qui a consulté l'enfant malade envoya la jeune mère à la salle de planification familiale pour conseil. L'infirmière dans la salle de consultation des enfants dit à la jeune femme que ses bébés étaient tous mal nourris et qu'elle ne devrait pas avoir un autre enfant assez tôt. La jeune femme est troublée. Elle ne sait pas ce qu'est la planification familiale, mais elle veut faire quelque chose pour maintenir ses bébés et elle en bonne santé. Comme elle a trois filles, son mari exige un garçon.

Thème que le prestataire peut couvrir au cours du counseling: L'importance d'attendre au moins 2 ans avant d'essayer de tomber de nouveau enceinte; pourquoi l'espacement est important pour la santé de la mère et du bébé; pourquoi espacer la prochaine grossesse aidera à son bien-être et à celui de ses enfants; les différentes méthodes contraceptives disponibles; les stratégies en vue de parler au mari de son désir d'espacer sa prochaine grossesse; les stratégies pour faire face à la belle-mère et à d'autres pressions pour avoir un autre enfant très vite qu'elle pourrait subir.

Session 6: Récapitulatif et Conclusion

Objectif de la session:

1. Passer en revue les principaux enseignements du module de formation.

Avant la formation, le formateur devrait:

- Passer le matériel en revue.

Durée totale de la session: 30 minutes

Activité 6-1: Cercle de Révision

Durée: 30 minutes

Méthodologie: Brainstorming

Le formateur devrait:

1. Inviter les participants à former un cercle.
2. Inviter les participants à passer cinq minutes à réfléchir sur toute la journée de formation et de trouver une chose qu'ils ont apprise.
3. Faire le tour du cercle et demander à chaque participant de partager une chose qu'il a apprise. Les participants ne peuvent pas répéter quelque chose que les autres participants ont déjà dit.
4. Remercier les participants pour leur participation à la session, demander s'il y a des questions restantes, et terminer la session du jour.

Annexe 1: Documents du Participant

Document du Participant 1: Programme de Formation Illustratif

Programme de Formation Illustratif d'une Journée: Formation Complémentaire pour la Prestation de Services de santé reproductive aux Jeunes Femmes Mariées (âges 10 à 20 ans).

Durée	Sessions
9:00-9:15	Session 1: Introduction au Module
9:15-10:15	Session 2: Comprendre les besoins et les défis des jeunes femmes mariées et des PPFs
10:15-10:30	Pause
10:30-11:30	Session 3: Attitudes and et valeurs envers les jeunes femmes mariées et les PPFs concernant la fécondité et la contraception
11:30-13:00	Session 4: Planification et espacement idéal des grossesses pour la santé
13:00-14:00	Déjeuner
14:00-14:45	Session 5: Conseiller les jeunes femmes mariées et les PPFs Activité 5-1
14:45-15:00	Pause
15:00-16:15	Session 5 Suite Activité 5-2
16:15-16:45	Session 6: Récapitulatif et Conclusion

Document du Participant 2: Etude de Cas – Fatimata

Mon nom est Fatimata. J'ai 17 ans. J'ai une fillette d'1 an. Je suis mariée depuis deux ans. Je suis la plus jeune des trois épouses de mon mari. J'adore ma fillette, mais je m'inquiète beaucoup pour elle parce qu'il semble qu'elle est tout le temps malade. La mère de mon mari demande constamment quand nous aurons notre prochain enfant. Elle dit que le bébé commencera bientôt à courir partout, donc il est temps.

Je sais que j'ai besoin d'avoir un autre bébé, notamment parce que mon premier enfant est une fille. Mais je sais qu'avoir un autre bébé tôt sera très difficile pour moi et pour ma fillette, puisqu'elle est si malade. Cela signifiera que j'aurai à partager davantage le peu de nourriture que nous avons.

J'ai entendu parler de la possibilité d'avoir une injection pour éviter d'avoir un bébé pendant trois, mais je ne sais rien à ce sujet. Certains agents communautaires travaillent dans ma communauté, mais ce sont des femmes plus âgées qui sont amies avec ma belle-mère, et je sais que mon mari et ma belle-mère désapprouveraient s'ils apprenaient que je voulais apprendre plus sur ce médicament qui empêche la grossesse. Je n'ai aucune amie à qui parler de cela. Je sors même à peine de la cour. Toutes mes amies d'école sont également mariées et vivent loin.

J'avais peur. Néanmoins, j'ai décidé de me rendre au centre de santé le plus proche. J'espérais ne pas y rencontrer des personnes que je connaissais. J'ai dit à mon mari et à ma belle-mère que le bébé était malade et j'ai marché jusqu'au centre de santé le plus proche situé à 10 kms.

Je suis allée au centre de santé tôt le matin parce que j'avais besoin de revenir à la maison et effectuer des tâches domestiques avant qu'il ne soit trop tard dans la journée. Lorsque je suis arrivée, il y avait plusieurs femmes qui attendaient dehors avec de nombreux enfants. Elles me regardaient sans cesse.

Le personnel du centre de santé était en retard. J'ai attendu pendant une heure. Quand le centre a ouvert, j'ai eu assez de courage pour parler à la femme derrière une table portant un signe disant « Réception ». Elle m'a demandé pourquoi j'étais à la clinique alors que mon bébé n'était pas malade. Quand j'ai expliqué que je voulais parler à l'infirmière de la planification familiale, elle a eu un visage désapprobateur et m'a juste indiqué du doigt la salle d'attente pour les consultations;

J'ai attendu pendant deux heures près de la salle de planification familiale. Je n'avais rien mangé et mon bébé a commencé à pleurer. J'ai eu l'impression que toutes les femmes plus âgées me fixaient du regard. L'une des femmes m'a reconnue. C'est une amie de ma belle-mère et elle m'a demandé pourquoi j'étais là puisque les services de planification familiale sont destinés aux plus âgées qui sont prêtes à arrêter d'avoir des enfants, pas à une jeune femme comme moi qui devrait avoir un autre enfant pendant qu'elle est encore jeune.

J'ai finalement été appelée pour parler avec l'une des infirmières. A mon entrée dans la salle de consultation, l'infirmière semblait en colère. Elle m'a demandé pourquoi j'étais là. Je lui ai dit que je ne voulais pas tomber enceinte très tôt après la naissance de mon bébé et que j'ai entendu parler d'une espèce d'injection que je pourrais obtenir. Elle m'a demandé si mon mari m'avait donné la permission d'être là. J'ai baissé le regard et lui ai dit que je ne lui avais pas dit que je venais. L'infirmière m'a dit que je ferais mieux de ne pas utiliser la planification familiale car mon mari était certain de trouver une autre épouse si je n'avais pas bientôt un autre bébé, en particulier parce que mon premier bébé était une fille. Elle m'a dit que je devais avoir tous mes enfants maintenant, pendant que je suis encore jeune.

J'ai expliqué que mon bébé était constamment malade et qu'il ne serait pas bon pour nous d'avoir un autre enfant si tôt. Finalement, l'infirmière m'a dit qu'elle acceptait que j'utilise une méthode et

m'a conseillé d'utiliser l'injectable de trois mois, mais n'a pas mentionné d'autres options de méthodes contraceptives. J'ai attendu pendant une autre heure avant d'obtenir l'injection. Ensuite, l'infirmière m'a appelée à très haute voix « Fatimata, ton injection est prête ». Je pouvais sentir les regards des autres femmes dans la salle d'attente me fixant, y compris cette amie de ma belle-mère. J'ai reçu l'injection et quitté la clinique très embarrassée et inquiète.

Document du Participant 3: PEIGS 101

Le document du participant débute à la page suivante et est disponible en ligne en Français et en Anglais:

<https://www.k4health.org/toolkits/htsp/htsp-101-everything-you-want-know-about-healthy-timing-and-spacing-pregnancy>

PEIG 101: Tout ce que vous voulez savoir sur la planification et l'espacement idéal des grossesses

La Planification et l'Espacement Idéal des Grossesses pour la Santé (PEIGS) est une intervention destinée à aider les femmes et les familles à retarder ou à espacer leurs grossesses afin de réduire les risques pour la santé maternelle, périnatale et infantile, dans le contexte d'un choix libre et informé.

Contexte

Au cours des dernières années, l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) a financé une série d'études sur l'espacement des grossesses et son impact sur la santé. L'objectif de ces recherches était d'évaluer les effets éventuels de l'espacement entre les grossesses sur la santé maternelle, néonatale et infantile. En juin 2005, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a invité un panel de 30 experts pour passer en revue les six études financées par l'USAID. Sur la base de ce travail, le panel d'experts a fait deux recommandations* à l'OMS qui furent publiées dans un rapport et une synthèse technique¹:

- Après une naissance vivante, l'intervalle minimum recommandé avant de planifier une nouvelle grossesse est au moins de 24 mois afin de réduire les risques pour la santé maternelle, périnatale et infantile.
- Après une fausse couche ou un avortement provoqué, l'intervalle minimum recommandé avant une nouvelle grossesse est au moins de six mois afin de réduire les risques pour la santé maternelle et périnatale.

Qu'est-ce que la PEIGS ?

La planification et l'espacement idéal des grossesses pour la santé (PEIGS) constituent une intervention qui vise à aider les femmes et les familles à prendre une décision informée sur le retard de la première grossesse et l'espacement ou la limitation des grossesses suivantes afin d'atteindre les meilleurs résultats pour les femmes, les enfants, les nouveaux-nés, les bébés et les enfants dans le contexte d'un choix libre et informé sur la contraception. Cette

intervention prend en compte les intentions de fécondité, le nombre d'enfants désiré et le contexte social et culturel.

Ainsi, la PEIGS sous entend une compréhension plus large du cycle reproductif, qui commence avec l'âge idéal de l'adolescente au moment de sa première grossesse mais aussi l'espacement des grossesses ultérieures (après une naissance vivante, un mort-né, une fausse couche ou un avortement provoqué), saisissant ainsi *tout* intervalle lié à une grossesse durant la vie reproductive d'une femme.



Agent de santé volontaire lisant le Guide de Poche sur la PEIGS dans le camp de réfugiés, Dadaab, au Kenya (Photo Jennifer Mason)

* L'OMS est en train de revoir les recommandations faites par le panel d'experts et a demandé que des analyses supplémentaires soient effectuées pour résoudre les questions survenues durant la réunion de 2005. Les recommandations de l'OMS seront partagées une fois que l'analyse sera terminée.

Pourquoi la PEIGS ? La Justification

Des études multiples ont démontré l'impact négatif sur la santé maternelle et périnatale des grossesses trop rapprochées. Comme l'indique le Tableau 1 ci-dessous, les risques sont particulièrement élevés pour les femmes qui deviennent enceintes trop tôt après une grossesse antérieure, une fausse couche ou un avortement provoqué.

Tableau 1. Risques après une grossesse survenue après un court intervalle comparé à un groupe témoin utilisé dans les études sélectionnées.

AUGMENTATION DU RISQUE LORSQUE LA GROSSESSE SURVIENT 6 MOIS APRES UNE NAISSANCE VIVANTE		
Résultats adverses		Augmentation du risque
Avortement provoqué		650%
Fausse couche		230%
Mort du nouveau-né (<9 mois.)		170%
Mort maternelle		150%
Accouchement prématuré		70%
Mort-né		60%
Faible poids à la naissance		60%
AUGMENTATION DU RISQUE LORSQUE LA GROSSESSE SURVIENT MOINS DE 6 MOIS APRES UN AVORTEMENT PROVOQUE OU UNE FAUSSE COUCHE		
Augmentation du risque avec 1-2 mois d'intervalle		Avec 3-5 mois d'intervalle
Faible poids à la naissance	170%	140%
Anémie maternelle	160%	120%
Accouchement prématuré	80%	40%
Sources: Conde-Agudelo, et al, 2000, 2005, 2006; Da Vanzo, et al, 2004; Razzaque, et al, 2005; Rutstein, 2005.		

Les intervalles trop longs (>5 ans) sont aussi associés à des conséquences néfastes sur la santé de la mère et de l'enfant. Ainsi, à travers la promotion de la planification et de l'espacement idéal des grossesses, il est possible de réduire significativement les risques pour les mères et les enfants. La PEIGS permet de:

- *Réduire les risques après une naissance vivante:*
Un accouchement survenant moins de 18 mois ou de plus de 59 mois après une naissance vivante pose un plus grand risque pour la mère et le bébé qu'un accouchement survenant entre 18 à 23 mois².

- *Réduire les risques après une fausse couche ou un avortement provoqué :* Les femmes concevant moins de six mois après une fausse couche ou un avortement provoqué, courent un plus grand risque (pour la santé maternelle et périnatale) que celles accouchant d'un enfant 18 à 23 mois après un avortement.³
- *Réduire les risques pour les adolescentes:* Le rapport annuel sur la charge mondiale de la maladie estime que 14 millions d'adolescentes tombent enceintes chaque année. Soixante pourcent d'adolescentes mariées ont indiqué que leur première grossesse était non planifiée ou non souhaitée.⁴ Comparées aux femmes plus âgées, les adolescentes courent deux fois plus le risque de mourir suite aux complications de grossesse et de l'accouchement ; leurs bébés eux aussi font face à un risque 50 % plus élevé de mourir avant l'âge d'un an que les bébés nés des femmes dans leur vingtaine.⁵

Il existe encore des besoins considérables non satisfaits en planification familiale pour espacer les grossesses chez les groupes de filles âgées de 15-19 ans et les femmes en post-partum comme le montrent les données ci-dessous.

- *Groupe de femmes dans les cohortes de jeunes :* L'espacement est la raison principale de demande en planification familiale parmi les groupes de femmes âgées de 15-19 ans. Parmi les femmes mariées d'âge inférieur ou égal à 29 ans, qui souhaitent utiliser la planification familiale, la demande en PF pour espacer les grossesses varie entre 66 % à plus de 90 %.⁶ Les données provenant des pays en développement montrent aussi que les jeunes femmes paucipares ont la demande et le besoin les plus élevés pour l'espacement de naissances. Généralement, entre 90% et 100% des demandes pour espacement dans le groupe de femmes âgées de 15 à 24 ans proviennent des femmes dont la parité est 2 ou moins.⁷

- *Femmes durant la période post-partum* : Le besoin non satisfait pour l'espacement parmi les femmes durant la période post-partum est très élevé. En effet, 95-98% des femmes en post-partum ne désirent pas un autre enfant dans les 2 ans suivant une naissance vivante - cependant, seulement 40% utilisent la planification familiale.⁸ C'est-à-dire, 60% de femmes en post-partum qui désirent espacer leurs grossesses ont un besoin non satisfait en planification familiale.

La PEIGS est un aspect de la PF associé à une fertilité saine dans la mesure où elle aide les femmes et leurs familles à faire des choix informés par rapport à l'espacement et à la planification de leurs grossesses. La planification familiale (PF) a fait de grands progrès en aidant les femmes à éviter les grossesses non désirées. Jusqu'à ce jour, la PF s'est focalisée davantage sur la baisse de la fertilité que sur la fertilité saine. Les résultats de recherche du panel technique de l'OMS démontrent le rôle de la planification familiale dans la réalisation d'une fertilité saine et d'un aboutissement sain des grossesses.

La PEIGS est une porte d'entrée efficace pour renforcer et redynamiser la PF dans les milieux sensibles parce qu'elle vise le couple mère/enfant et ainsi l'amélioration de la santé maternelle et celle du bébé. La PEIGS permet de mettre l'accent sur la PF comme une intervention préventive dans le cadre d'une approche de promotion de la santé des mères, des bébés, des familles et des communautés.

De la Recherche à la Pratique

Le projet «Expansion de la Prestation des Services» (ESD), en partenariat avec l'USAID, mène actuellement une activité qui consiste à mettre en pratique les résultats de recherches.

De façon spécifique, ESD est en train d'élaborer une approche pour ses programmes de PEIGS centrée sur la réalisation de trois objectifs - (1) espacement idéal des grossesses après une naissance vivante; (2) espacement idéal des grossesses après un avortement spontané ou provoqué ; et (3) planification idéale de la 1^{ère} grossesse chez les adolescentes, à retarder jusqu'à l'âge de 18 ans pour une meilleure santé de la mère et du bébé.

Les deux premiers objectifs de la PEIGS s'appuient sur les deux recommandations du panel d'experts de l'OMS. Le troisième objectif a été ajouté par l'USAID pour aborder le problème des grossesses survenues à un âge précoce – un important facteur qui contribue significativement à la mortalité maternelle et infantile dans beaucoup de pays en développement.

Vers la Réalisation des objectifs de la PEIGS: Les Messages

Pour atteindre les objectifs de la PEIGS, trois messages ont été élaborés- à discuter *dans le cadre d'un choix de planification familiale informé, des objectifs individuels en santé de la reproduction et l'intention par rapport à la fertilité.*

Pour les couples qui désirent une grossesse après une naissance vivante, les messages sont :

- Pour la santé de la mère et du bébé,^{*} attendez au moins 24 mois, mais pas plus de cinq ans[†] avant d'envisager de devenir de nouveau enceintes.
- Pensez à utiliser une méthode de planification familiale de votre choix et de façon continue dans l'entre-temps.

Pour les couples qui décident d'avoir un enfant après un avortement provoqué ou spontané, les messages sont :

- Pour la santé de la mère et du bébé, attendez au moins six mois avant d'envisager de devenir de nouveau enceintes.
- Pensez à utiliser une méthode de planification familiale de votre choix et de façon continue dans l'entre-temps.

^{*}Ce message englobe la santé périnatale, néonatale et infantile et peut être adapté à plusieurs contextes – par exemple les programmes post-partals devraient insister sur la santé périnatale, néonatale et maternelle.

[†]Certains experts qui ont participé à la consultation technique de l'OMS en 2005 ont souligné qu'il était important de noter qu'en cas d'intervalle de 5 ans ou plus entre les grossesses, il y a augmentation de risques chez la femme, spécialement de la pré-éclampsie et chez le fœtus, spécialement la prématurité, le faible poids à la naissance et le retard de croissance (in utero).

Pour les adolescentes, les messages sont:

- Pour votre santé et celle de votre bébé, veuillez attendre jusqu'à l'âge de 18 ans avant d'envisager de devenir enceinte.
- Pensez à utiliser une méthode de planification familiale de votre choix et de façon continue jusqu'à ce que vous ayez 18 ans.

Les Interventions

Les interventions-clé de la PEIGS comprennent :

- Plaidoyer auprès des décideurs politiques ;
- Education et counseling des femmes, des familles et références aux services de PF; et
- Suivi et évaluation.

Plaidoyer.

Il existe une augmentation significative des risques lorsque les grossesses sont trop rapprochées. Un plaidoyer devrait donc être entrepris pour informer les décideurs des résultats de recherche sur la PEIGS et des recommandations faites en 2005 par la Consultation technique de l'OMS. De même, il faudra les informer des résultats d'enquêtes démographiques et sanitaires concernant la charge de maladie au niveau de chaque pays ; ainsi que du rôle important de la PEIGS dans la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile par la réduction des facteurs de risques. Des résumés de plaidoyer spécifiques pour certains pays ont été élaborés par ESD et sont disponibles sur le site web : www.esdproj.org

L'éducation et le counseling des femmes, des familles et le lien aux services de PF.

Des récentes recherches opérationnelles indiquent que l'éducation et le counseling des femmes et des familles sont associés à l'augmentation des connaissances et à l'utilisation des services de PF.⁹ Pour s'assurer que les femmes et les couples sont informés, éduqués et ont bénéficié du counseling sur la PEIGS, les programmes ont besoin d'utiliser toutes les périodes propices. En plus de services de PF, plusieurs autres prestations de services représentent d'excellentes opportunités pour l'éducation et le counseling sur la PEIGS : les consultations prénatales, les consultations post-partum, les consultations de nourrissons, les séances de surveillance de croissance des enfants, les séances de vaccination, les services de soins après

avortement, les séances de counseling sur les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH notamment la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) et le conseil et dépistage volontaire (CDV). Les activités autres que celles de la santé telles que celles qui engagent la jeunesse, ou qui touchent à l'alphabétisation et à l'agriculture constituent aussi des périodes propices au counseling sur la PEIGS. Les leaders communautaires et religieux peuvent aussi être formés et devenir des champions de la PEIGS. Les connaissances des prestataires de service devraient aussi être améliorées de telle sorte que la PF ne joue pas seulement un rôle dans la santé de la reproduction, mais aussi dans la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Pour cette fin, les matériels de la PEIGS sont disponibles sur le site internet du Projet ESD, www.esdproj.org, et peuvent être utilisés pour renforcer les activités de formation, d'éducation et de counseling sur la PEIGS.

Le lien aux services de PF est capital et permettra d'atteindre les objectifs de la PEIGS. Certaines femmes de même que les couples peuvent préférer ne pas décider immédiatement après l'éducation et le counselling. Les programmes ont besoin d'avoir un mécanisme en place pour s'assurer que ces femmes reviennent pour les services de PF, qu'elles aient accès à une gamme variée de méthodes contraceptives, notamment les méthodes à longue durée et les méthodes permanentes, ou qu'elles soient référées aux services de PF appropriés tel que la stérilisation volontaire dans le cas où elles choisiraient de limiter leur grossesse.

Les matériels de formation sur la PEIGS ainsi que les curricula offrent des informations⁹ sur toutes les méthodes disponibles pour l'espacement et la limitation des naissances. Ils aident aussi durant le counseling sur les

⁹ Ceci inclut des informations et formations sur toutes les méthodes de PF notamment les méthodes à long terme et les méthodes permanentes ainsi que le counseling sur les intentions par rapport à la fertilité et la référence aux services de santé appropriés pour la stérilisation volontaire.

intentions par rapport à la fertilité, de telle sorte que les prestataires peuvent référer les femmes notamment aux services de stérilisation volontaire si elles expriment leur désir de limiter.

Suivi et évaluation. Une revue des programmes sur l'espacement des naissances effectuée en 2004 a démontré que la plupart des programmes de PF ou de santé maternelle et infantile (SMI) n'utilisent pas, pour mesurer leur succès, d'indicateurs sur les intervalles accouchement-nouvelle grossesse. Dans les prochaines années, le Projet ESD va donc travailler avec le Réseau des Champions de la PEIGS pour faire le suivi et évaluer les tendances et connaissances sur la PEIGS, en utilisant une matrice de suivi. ESD est aussi en train d'élaborer une liste d'indicateurs communs de la PEIGS.

Conclusion

USAID travaille en partenariat avec l'OMS et d'autres organisations pour intégrer la PEIGS dans les programmes de santé et autres programmes hors santé. Afin que les pays réduisent leur charge de maladie et atteignent les Objectifs du Millénaire pour le développement, incorporer des interventions sur la PEIGS dans les stratégies et programmes de ces pays devrait être considéré comme une priorité.

Préparé par May Post, Projet Expansion de la Prestation des Services (ESD)
Basé sur la Stratégie ESD PEIGS, disponible sur le site web : www.esdproj.org
Veuillez contacter esdmail@esdproj.org pour plus d'information.

¹ Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing. World Health Organization, 2006.

² Conde-Agudelo A., et al., Birth Spacing and the Risk of Adverse Perinatal Outcomes: A Meta Analysis. *Journal of the American Medical Association*, 29, April 2006.

³ Conde-Agudelo A., et al., Effect of the interpregnancy interval after an abortion on maternal and perinatal health in Latin America. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 89, Supplement 1, April 2005.

⁴ Married Adolescents: No Place for Safety. WHO and UN Population Fund: WHO, 2006.

⁵ Shane Barbara (1997), cited in *State of the World's Mothers 2006: Saving the Lives of Mothers and Newborns*. Save the Children, 2006.

⁶ Jansen, W., Existing Demand for Birth Spacing in Developing Countries: Perspectives from Household Survey Data. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 89, Supplement 1, April 2005.

⁷ Jansen, W and L Cobb, USAID Birth Spacing Programmatic Review: An Assessment of Country-Level Programs, Communications and Training Materials. POPTECH Publication No. 2003-154-024, 2004.

⁸ Ross and Winfrey, Contraceptive use, intention to use and unmet need during the extended postpartum period, *International Family Planning Perspectives*, Vol. 27, No. 1, March 2001.

⁹ Minia Village Household Survey; Communications for Healthy Living, Egypt, 2000-2005; PRACHAR Project, Pathfinder/India, 2001-2005; Results of the Household Survey, TAHSEEN/Pathfinder, Egypt, 2003-2005; Promoting Postpartum Contraception: Possible Opportunities, Population Council, New Delhi 2007; Solo et al. (1999), Kenya. Cited in Report of the PAC Technical Advisory Panel, USAID, April 2007. Programs, Communications and Training Materials. POPTECH Publication No. 2003-154-024, 2004.

Document du Participant 4: Scénarios pour les Jeux de Rôles sur le Counseling

Scénario 1: La cliente est une jeune femme de 16 ans. Elle s'est récemment mariée et n'a pas encore d'enfant. Elle est venue parce que sa sœur, qui est plus âgée, lui a dit que si elle utilisait cette chose appelée planification familiale, alors elle pourrait être en mesure d'éviter la grossesse et de retourner à l'école. Sa belle-mère et les sœurs de son mari parlent déjà de la possibilité qu'elle soit stérile puisqu'elle n'est pas encore tombée enceinte cinq mois après le mariage.

Scénario 2: La cliente est une jeune femme de 19 ans. Elle vient de donner naissance à son premier enfant. Elle quittera la maternité pour la maison plus tard dans la journée. Elle est nerveuse. Le travail a été très difficile et elle ne désire pas tomber de nouveau enceinte tout de suite. Elle mentionne ses préoccupations à l'infirmière de la maternité et dit qu'elle n'aimerait pas tomber enceinte à nouveau trop tôt. Elle ne sait pas combien de temps elle devrait attendre avant de tomber enceinte et elle n'a pas entendu beaucoup parler de la planification familiale.

Scénario 3: La cliente est une jeune femme de 22 ans. Elle est venue à l'établissement de santé avec ses trois enfants parce que l'un d'eux est malade. L'infirmière qui a consulté l'enfant malade envoya la jeune mère à la salle de planification familiale pour conseil. L'infirmière dans la salle de consultation des enfants dit à la jeune femme que ses bébés étaient tous mal nourris et qu'elle ne devrait pas avoir un autre enfant assez tôt. La jeune femme est troublée. Elle ne sait pas ce qu'est la planification familiale, mais elle veut faire quelque chose pour maintenir ses bébés et elle en bonne santé. Comme elle a trois filles, son mari exige un garçon.

Document du Participant 5: Liste d'Observation pour les Jeux de Rôles sur le Counseling

TÂCHE OU ACTION	OUI	NON	COMMENTAIRES
Le prestataire assure la confidentialité?			
Sympathique/accueillant/souriant/respectueux?			
Ne porte pas de jugement et n'est pas condescendant?			
Ecoute attentivement/hoche la tête pour encourager et reconnaître les réponses des clientes?			
Utilise des questions ouvertes (c.-à-d. pas des questions auxquelles répondre par oui/non)?			
Utilise des termes et un langage non techniques que la cliente peut comprendre?			
Conseille la cliente en utilisant les messages PEIGS?			
Interroge la cliente sur les pressions pour avoir un bébé qu'elle peut subir à la maison et comment faire face à ces pressions?			
Ecoute attentivement et patiemment les réponses des clientes?			
Offre encouragement et réconfort?			
Conseille la cliente sur une gamme complète de méthodes contraceptives, y compris les méthodes à longue durée d'action (c.-à-d. n'offre pas seulement une ou deux méthodes)?			
Prépare la cliente à l'utilisation efficace de la méthode qu'elle a choisie, y compris à travers une discussion approfondie sur les effets secondaires et ce à quoi la cliente peut s'attendre?			
Répond à la communication non-verbale de la cliente (c.-à-d. rassure la cliente quand elle semble nerveuse)?			
Est non-directif (c.-à-d. ne dit pas à la cliente ce qu'elle doit faire ou ne pas faire)?			
Demande à la cliente si elle a des questions?			
Répond aux questions de la cliente?			
Résume et s'assure d'une compréhension commune de la discussion?			

Veillez noter tout(e)s les remarques/commentaires supplémentaires pour le prestataire:



Pathfinder
INTERNATIONAL
Sexual and reproductive health
without fear or boundary

9 Galen Street, Suite 217
Watertown, MA 02472 USA

T 617.924.7200

F 617.924.3833

technicalcommunications@pathfinder.org

WWW.PATHFINDER.ORG