



POINTS DE CONTRÔLE POUR LE CHOIX :

UN DISPOSITIF D'ORIENTATION ET
DE RESSOURCES



POINTS DE CONTRÔLE POUR LE CHOIX :

UN DISPOSITIF D'ORIENTATION
ET DE RESSOURCES



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



EngenderHealth
for a better life

© 2014 EngenderHealth (Le Projet RESPOND)

Le Projet RESPOND
c/o EngenderHealth
440 Ninth Avenue
New York, NY 10001 U.S.A.
Téléphone : 212-561-8000
Fax : 212-561-8067
E-mail : info@respondproject.org
www.respondproject.org

Cette publication a été possible grâce au généreux soutien de la Fondation William and Flora Hewlett et de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) conformément aux termes de l'accord GPO-A-000-08-00007-00. Le contenu de cette publication relève de la responsabilité du Projet RESPOND et ne reflète pas nécessairement les points de vue de la Fondation Hewlett, de l'USAID ou du Gouvernement des États-Unis.

Cet ouvrage est couvert par la licence Creative Commons Paternité-Pas d'Utilisation Commerciale-Partage des conditions initiales à l'identique. Pour voir une copie de cette licence, veuillez consulter le site : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>.

ISBN : 978-1-937410-19-3

Imprimé aux États-Unis d'Amérique. Imprimé sur papier recyclé.

Citation suggérée : Projet RESPOND. 2014. *Points de contrôle pour le choix : Un dispositif d'orientation et de ressources*. New York : EngenderHealth/Projet RESPOND.

TABLE DES MATIÈRES

Préface	v
Remerciements	vii
Sigles et abréviations	ix
INTRODUCTION	1
But	2
Portée	2
Utilisateurs visés	2
CONCEPTS CLEFS ET DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE	5
Planification familiale axée sur le client	5
Choix total, libre et informé	6
Approche holistique des programmes de PF	7
Responsabilité pour le choix total, libre et informé dans les programmes de PF	8
PLAN D'ORIENTATION	11
PLAN DES SESSIONS ET RESSOURCES	15
Session 1. Ouverture : Bienvenue et présentation générale	17
Session 2. La planification familiale axée sur les clients qui garantit le choix total, libre et informé	21
Session 3. Facteurs de soutien et facteurs représentant une entrave au choix total, libre et informé ainsi qu'aux droits	23
Session 4. Les différentes difficultés auxquelles le choix total, libre et informé est confronté : quel élément nécessite le plus d'attention ?	41
Session 5. Choix de méthode contraceptive : de quoi s'agit-il et pourquoi est-ce important ?	47
Session 6. Responsabilité des programmes de PF dans le choix total, libre et informé	61
Session 7. Conclusion et réflexions	69
RÉFÉRENCES	77
ANNEXES	79
Annexe 1 : Suggestions de lecture et supports	81
Annexe 2 : Diapositives de la présentation PowerPoint	87

Préface

En septembre 2012, le projet RESPOND d'EngenderHealth, un effort global financé par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), a organisé une consultation de haut niveau à Bellagio en Italie dans le but d'examiner le recoupement entre les droits humains et la planification familiale (PF). Avec le soutien de l'USAID et de la Fondation Rockefeller, la consultation a rassemblé des experts de santé publique et des droits humains venus de 11 pays afin d'identifier les difficultés majeures et les actions prioritaires à mettre en place pour protéger le choix contraceptif et trouver un terrain d'entente quant aux stratégies de développement de l'accès des femmes à la méthode souhaitée. Cette réunion est arrivée à point nommé car elle s'est tenue peu de temps après le Sommet de Londres sur la planification familiale qui a établi l'objectif ambitieux de donner l'accès à des contraceptifs d'importance vitale à 120 millions de femmes et de jeunes dans les pays les plus pauvres du monde.

L'élan à l'origine de ce dispositif d'orientation et de ressources s'explique par le regain d'intérêt pour le développement de l'accès et l'utilisation de services de PF à la suite du Sommet de Londres. Tandis que l'engagement renouvelé à l'égard de la PF a bien été bien accueilli, les objectifs chiffrés et les délais fixés lors du Sommet mettent en évidence la nécessité d'avoir des garanties pour avoir la certitude que les principes de la planification familiale fondés sur les droits inscrits dans le Programme d'action de la Conférence sur la Population et le Développement (UNFPA, 1994) soient la référence pour tous les efforts entrepris en vue de la réalisation des objectifs de FP2020. Le dispositif d'orientation s'appuie sur les supports créés pour la consultation de Bellagio et donne suite aux recommandations issues des délibérations des experts, en particulier, l'appel en faveur de programmes de PF axés sur les clients et non sur les méthodes. Le dispositif se concentre sur le choix total, libre et informé. Il explique des concepts abstraits avec des termes concrets du point de vue des programmes et des clients. Il a pour but de compléter le Cadre conceptuel pour la planification familiale volontaire fondée sur les droits humains (VRBFP) (Hardee et al., 2013), qui a été défini par le Futures Group et EngenderHealth, avec le soutien de la Fondation Bill & Melinda Gates et qui contribue aux efforts en cours pour rendre opérationnels les concepts et principes relatifs aux droits humains dans les programmes de PF, le but étant de veiller à ce que les individus puissent exercer leur droit à accéder aux informations et services de PF axés sur les clients pouvant les aider à satisfaire leurs besoins et souhaits en matière de reproduction.

Remerciements

EngenderHealth voudrait remercier la Fondation William et Flora Hewlett et le Projet RESPOND (financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international [USAID]) de leur généreux soutien pour la conception du dispositif d'orientation et de ressources. Ce guide a été rédigé par Jan Kumar (Conseiller senior, EngenderHealth), Lynn Bakamjian (consultante), Shannon Harris (consultante), et Holly Connor (chargée de programme senior, EngenderHealth). Les auteurs souhaitent remercier plusieurs collègues d'EngenderHealth d'avoir consacré leur temps et expertise à l'élaboration et/ou étude de ce guide notamment Docteur Yetnayet Demissie Asfaw, Ellen Brazier, Docteur Levent Çağatay, Rouguiatou Diallo, Richard Killian, ainsi que Docteur Harriet Stanley. Ils expriment également leur gratitude à un certain nombre d'experts techniques en particulier Carolyn Curtis, Beverly Johnston, et Erin Mielke (tous membres du personnel de l'USAID) et Karen Newman (consultante), qui ont relu le projet d'orientation et de ressources. Mariam Bagayoko a traduit ce guide, et André Koalaga, Levent Çağatay, et Holly Connor ont édité la traduction. Michael Klitsch a assuré la supervision éditoriale de la version finale de ce document et il a dirigé le processus de publication dans son ensemble ; Cassandra Cook a conçu et formaté le dispositif d'orientation et de ressources.

Sigles et abréviations

DIU	dispositif intrautérin
EDS	Enquête démographique et de santé
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PF	planification familiale
SEED	Supply, Enabling Environment and Demand [L'offre, l'environnement favorable et la demande]
SR	santé reproductive
SSR	santé sexuelle et reproductive
TPC	taux de prévalence contraceptive
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH	virus d'immunodéficience humaine
VRBFP	voluntary, rights-based family planning [Cadre de planification familiale volontaire fondé sur les droits]

INTRODUCTION

Points de contrôle pour le choix : Un dispositif d'orientation et de ressources aide les parties prenantes impliquées dans les programmes de planification familiale (PF) à examiner les thèmes relatifs au droit total, libre et informé à travers le regard des clients. Il explique les concepts clefs liés au choix contraceptif, aide les participants à appréhender les caractéristiques des méthodes contraceptives qui importent aux femmes, examine l'ensemble des difficultés ayant un impact sur le fait qu'elles obtiennent ce qu'elles souhaitent des programmes de PF, et met en avant les atouts du programme qui devraient être maintenus et étendus. Il identifie également les facteurs et signes d'alerte pouvant faire l'objet d'un suivi par les responsables afin d'évaluer si le choix total, libre et informé peut être compromis et il explore les mesures à prendre pour garantir le choix contraceptif dans le cadre du programme de PF. Alors que la communauté internationale de la PF œuvre pour développer les informations et les services afin de prendre en charge 120 millions de femmes et jeunes filles en plus d'ici 2020, ce dispositif constitue un guide pratique donnant des orientations sur la manière dont les programmes peuvent faire en sorte que les besoins et préférences des clients soient au cœur de leurs actions.

Bien que de nombreux outils existent pour former les conseillers en PF, afin de développer et améliorer la qualité des services cliniques mais aussi adopter une approche de la santé sexuelle et reproductive (SSR) fondée sur les droits, une étude systématique menée récemment sur les outils qui soutiennent la PF volontaire fondée sur les droits (Kumar, Bakamjian & Connor, 2013) a révélé que très peu d'outils examinent l'expérience des clients de façon explicite. Ce document comble une lacune en se concentrant sur le point de vue, les préférences et l'expérience des clients mais aussi sur de nombreux facteurs qui ont un impact sur la capacité des individus à faire un choix total, libre et informé concernant la PF. Opter pour une approche davantage axée sur les clients, en matière de planification, de mise en œuvre et de suivi des programmes de PF permettrait non seulement de faire avancer la protection et l'exercice des droits humains ; mais selon toute vraisemblance, cela permettrait aux programmes de PF d'être plus efficaces et pérennes.

Un engagement renouvelé à l'égard de la PF conduit au développement des services et des efforts visant à accroître l'accès à un éventail plus large de méthodes dans de nombreux pays. L'accès et le choix étendu constitue un soutien aux droits humains des femmes. Pourtant le développement rapide accompagné d'objectifs de performance ambitieux et des programmes sur des méthodes spécifiques peut avoir des conséquences imprévues qui remettent en cause le volontarisme. Il est essentiel que les parties prenantes restent concentrées sur la dignité de l'individu, son autonomie, les besoins et les préférences et leurs expériences vis à vis du programme. En gardant le choix total, libre et informé au cœur des programmes de la PF, les services sont volontaires et de haute qualité, fournissent les informations suffisantes et précises, et éliminent tous les obstacles à l'accès et à l'utilisation qui sont dans le champ d'application du programme. Cette orientation d'une journée présentée en détail dans ce document met en exergue plusieurs questions qui influent sur le résultat souhaité.

BUT

Ce dispositif fournit tous les supports nécessaires à la conduite d'un atelier d'une journée pour aider les parties prenantes en matière de PF à comprendre les concepts liés au choix total, libre et informé afin de savoir dans quelle mesure le choix contraceptif est protégé dans leurs programmes et services. L'objectif général de cet atelier est de renforcer l'élément central des programmes de PF sur les droits et les choix des clients, afin de renforcer la capacité d'un programme à identifier et affronter les vulnérabilités, pour améliorer la communication et l'offre de services, pour développer l'action des personnes et améliorer leur santé et bien-être.

Les objectifs de l'atelier sont de :

1. Développer la connaissance et la compréhension des concepts clés liés au choix total, libre et informé
2. Accroître la capacité des participants à considérer le point de vue des clients lors de la conception et de la prestation de services
3. Accroître la connaissance et la compréhension des facteurs au niveau de la politique, de la prestation de services, de la communauté, et au niveau individuel qui soutiennent et représentent une entrave au choix contraceptif total, libre et informé
4. Développer la connaissance des vulnérabilités des programmes et les garanties en termes de protection du choix total, libre et informé
5. Développer la compréhension de l'importance du choix dans la contraception
6. Encourager les bonnes pratiques que les programmes peuvent maintenir et sur lesquelles ils peuvent s'appuyer pour s'assurer que les clients puissent exercer le choix total, libre et informé

PORTÉE

Ce dispositif se concentre sur le concept de choix total, libre et informé dans les programmes de PF axés sur le client. Il comprend un plan d'orientation qui donne une vision d'ensemble sur l'atelier d'une journée, ainsi que des plans des sessions qui fournissent des instructions aux animateurs et tous les supports pertinents (présentations PowerPoint [disponible via www.engenderhealth.org/pubs/family-planning/human-rights-based-family-planning.php], fiches de travail, photocopiés, et directives destinées aux animateurs, pour chaque session). L'orientation peut être utilisée seule ou avec d'autres formations, évaluations ou activités de planification voire des outils ayant pour but d'améliorer la dimension consacrée au volontarisme, au choix contraceptif, aux droits humains et à la responsabilité dans le cadre des programmes de PF. L'animateur peut modifier le plan d'orientation, en sélectionnant les modules adaptés aux contraintes de temps et pour se concentrer sur les domaines ayant le plus d'intérêt pour les parties prenantes. Les supports et outils de référence qui sont étroitement liés aux sujets traités lors de cette orientation sont énumérés en annexe 1.

UTILISATEURS VISÉS

Ce dispositif a été conçu à l'intention des animateurs expérimentés pour diriger un atelier avec participants divers, notamment les donateurs, les décideurs, les planificateurs et gestionnaires de programmes, les prestataires de services, le personnel des organismes d'assistance technique, ainsi que les défenseurs des droits de la communauté. Il est destiné à des groupes de 15 à 40 parties prenantes de PF qui ont une certaine connaissance de la politique, la prestation de services, et perspectives communautaires. Il fonctionne mieux lorsqu'il est conduit avec des participants qui travaillent dans un pays ou dans un contexte spécifique. Les animateurs doivent bien connaître les questions de PF et être compétents en facilitation de groupe et en synthèse de discussion.

CONCEPTS CLEFS ET SUPPORTS DE RÉFÉRENCE

Cette orientation repose sur une approche axée sur les clients en matière de programmation relative à la PF, en se concentrant sur la manière dont l'environnement et l'expérience des services déterminent leur capacité à faire des choix globaux, libres et informés sur l'utilisation et les méthodes contraceptives. Quatre notions conceptuelles principales créent les fondements de cet atelier :

1. Programmes de PF axés sur les clients
2. Choix total, libre et informé
3. Approche holistique des programmes de PF
4. Responsabilité à l'égard du choix total, libre et informé dans les programmes de PF

Bien que ce ne soit pas l'objectif de cet atelier, cette orientation référence les approches en matière de droits humains et axés sur les droits pour les programmes de PF afin de montrer que le choix total, libre et informé soutient l'exercice des droits humains.

PLANIFICATION FAMILIALE AXÉE SUR LE CLIENT

La PF axée sur le client traite les clients avec respect et confère une place essentielle à la dignité, à l'autonomie, aux besoins et aux préférences des clients au cœur du programme. Elle s'efforce de veiller à ce que chaque client soit activement intéressé et soutenu pour faire un choix total, libre et informé concernant la PF. Les éléments suivants sont des aspects de PF axés sur le client :

- Les informations, services, équipements, et fournitures sont habituellement disponibles pour une large gamme d'options en matière de PF
- Les services sont de la meilleure qualité possible notamment la qualité clinique ; ils prodiguent des counseling efficaces et personnalisés ; ils respectent la dignité, l'intimité et la confidentialité.
- Les clients ont un accès volontaire à la PF et à la méthode de leur choix sans contrainte ou obstacle.
- Les prestataires sont objectifs et n'ont pas de préjugés concernant les méthodes contraceptives et les groupes de clients ; ils ne pratiquent aucune discrimination à l'égard des jeunes, des personnes non mariées, des minorités et d'autres groupes défavorisés.
- Les informations complètes et précises sont fournies sur toutes les options disponibles et sur la méthode choisie par un client.
- La communauté et la famille soutiennent le pouvoir et la prise de décision autonome.

CHOIX TOTAL, LIBRE ET INFORMÉ

Les programmes de PF qui respectent la capacité d'une personne à décider de recourir ou non à la contraception et de choisir une méthode contraceptive qui correspond à son mode de vie, ses croyances, ses besoins, ses préférences, et ses intentions en matière de reproduction contribuent à l'exercice du droit fondamental des individus à choisir, de manière libre et responsable, le nombre, le moment et l'espacement des enfants (ONU, 1968 ; FNUAP, 1994). Le concept de choix libre et informé est fondamental en matière d'éthique médicale (Faden & Beauchamp, 1986) et il fait partie intégrante des programmes de PF de qualité. Les éléments d'un choix total, libre et informé peuvent se résumer ainsi :

- **Choix total** : l'accès à un large éventail de méthodes disponibles à partir desquelles choisir (méthode de courte durée d'action, de longue durée d'action, permanente, hormonale, non-hormonale, contrôlée par le client, ou reposant sur le prestataire)
- **Choix libre** : la décision de recourir ou non à la PF et le type de méthode à utiliser, prise volontairement, sans obstacles ou coercition
- **Choix informé** : une décision fondée sur des informations complètes, précises et impartiales concernant toutes les options de PF, notamment les avantages, effets secondaires et risques de même que des informations sur la bonne utilisation de la méthode choisie ainsi que les risques encourus en cas de non utilisation

Il s'avère que l'accroissement du nombre de méthodes contraceptives disponibles permet d'augmenter de façon générale leur utilisation et cela est en accord avec les principes traditionnels de qualité des services de PF (Ross et al., 2002 ; Ross & Stover, 2013 ; Lundgren et al., 2012 ; Bruce, 1990 ; et Jain, 1989). Cependant, pour bon nombre de programmes de PF, l'offre efficace d'une large gamme de méthodes aux clients reste compliquée. De plus, la capacité des personnes à obtenir des informations et les services de PF qu'elles souhaitent est impactée par de nombreux facteurs relevant des politiques, de la prestation de services, de la communauté et des personnes soutenant ou limitant la capacité des individus à accéder aux services. Certains de ces facteurs représentent des obstacles et d'autres font pression sur l'utilisation, ce qui compromet le caractère volontaire du choix des personnes et de leur droit à accéder aux services, aux produits et aux informations qu'elles souhaitent. Par conséquent, le concept de choix total, libre et informé va au-delà des points de prestations de services, et il repose sur des facteurs situés à divers niveaux qui influent sur la capacité d'un individu à prendre des décisions ou agir sur des décisions relatives à l'utilisation de la PF

Principes de la planification familiale volontaire

- Les individus peuvent choisir volontairement d'utiliser la planification familiale ou une méthode de planification familiale spécifique.
- Les individus ont accès à des informations sur un large éventail de choix en matière de planification familiale, notamment les avantages et les risques sanitaires de méthodes spécifiques.
- Les clients bénéficient soit directement soit par référence, d'une gamme variée de méthodes et services.
- Le consentement volontaire et informé de tout client qui opte pour la stérilisation est vérifié par un document écrit, signé par le client attestant du consentement de ce dernier.

USAID, 2013

Cette orientation développe les connaissances relatives à de nombreux facteurs entrant en ligne de compte justifiant l'attention des parties prenantes, les interventions sur les programmes, les garanties de protection, et le suivi explicite.

Le choix total, libre et informé est étroitement lié à la PF volontaire, un principe de longue date utilisé pour la définition de programmes sur la PF. La définition du choix total, libre et informé permet d'évaluer la qualité de la décision d'un individu d'utiliser une méthode contraceptive.

De plus, le choix total, libre et informé soutient vigoureusement les droits humains. Le respect, la protection et l'exercice du droit des femmes et des couples à choisir le nombre, le moment et l'espacement de leurs naissances requièrent l'accès des personnes aux informations et services (FNUAP, 1994). Ce droit est en partie exercé, en veillant à ce que les personnes puissent faire des choix librement sans obstacles ou coercition. Bien qu'il soutienne vivement les droits humains, le fait de garantir un choix total, libre et informé ne peut pas pour autant être assimilé à une approche de la PF fondée sur les droits. Une approche fondée sur les droits implique la conception de programmes reposant sur des principes reconnus à l'échelle internationale, tels que la participation, la non-discrimination, l'autonomisation et la responsabilité.

APPROCHE HOLISTIQUE DES PROGRAMMES DE PF

Les parties prenantes sont encouragées à avoir une approche holistique, axée sur les clients de la PF et un point de vue s'appuyant sur les systèmes sanitaires, abordant tous les facteurs à différents échelons susceptibles de soutenir ou compromettre les droits humains et le niveau d'utilisation de la PF résultant du choix total, libre et informé du client. Une approche holistique des programmes de PF s'appuie sur un modèle écologique de santé, qui explique les comportements et résultats sanitaires basés sur la vision systémique des individus dans les relations, les communautés, les infrastructures de service, et des normes sociales plus larges ainsi que des conditions politiques. Pour soutenir l'accès à la PF et son utilisation, il faut prendre en compte différents niveaux du modèle écologique. Le modèle écologique envisage les droits sanitaires et humains comme étant le résultat des interactions entre de nombreux facteurs à quatre niveaux différents – individuel, relationnel, communautaire, et social. Le cadre écologique traite les interactions entre les facteurs relevant de différents niveaux de manière égale par rapport à l'influence des facteurs dans un même niveau (Krug et al., 2002). L'offre, l'environnement favorable et la demande (en anglais, Supply, enabling environment and demand, ou SEED) (EngenderHealth, 2011) et le cadre de planification familiale volontaire fondé sur les droits (VRBFP) (Hardee et al., 2013) sont deux exemples de modèle de programmation holistique.

Pendant l'atelier, les participants devront prendre en compte les facteurs programmatiques au niveau des politiques, des services, de la communauté et des individus, comme le décrit le dispositif VRBFP :

- Le **niveau politique** comprend les lois, les actions et les autres facteurs influençant les politiques qui affectent l'accès et le traitement équitable ; les ressources adaptées ; la bonne gouvernance ; et la gestion ainsi que la responsabilité pour garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des informations et services de PF.

- Le **niveau des services** est celui des interactions entre le client et le programme. Il comprend toutes les modalités de prestation de service dans l'ensemble des secteurs, y compris les organisations publiques, privées et non-gouvernementales ; les centres de santé et les centres communautaires ; les services fixes et mobiles ; ainsi que le marketing social, entre autres. L'échelon de la prestation de service prend en compte les actions ou facteurs qui influent sur la capacité du système sanitaire à rendre les services de PF volontaire disponibles, accessibles, acceptables, de haute qualité et responsables à la fois dans les établissements et au sein des communautés. Il inclut les compétences, les attitudes et comportements des prestataires et toutes les interactions entre les clients et d'autres agents de santé.
- Le **niveau communautaire** représente les actions et facteurs permettant de rendre les membres de la communauté autonome pour : (1) participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques et programmes conçus pour eux ; (2) tenir les décideurs et prestataires responsables ; (3) adapter les normes et coutumes ; et (4) développer les connaissances de la communauté en matière de PF, leur droit à faire un choix total, libre et informé pour la PF et à bénéficier d'informations et de services de haute qualité concernant la PF volontaire.
- Le **niveau individuel** correspond aux actions et facteurs – notamment la situation familiale, le niveau d'éducation, la situation économique, la religion, l'ethnicité, le genre et les normes sociales – qui ont un impact sur le pouvoir et la capacité des personnes dans une communauté spécifique à exercer leur droit de faire un choix total, libre et informé par rapport à la PF.

Un modèle de programmation holistique guide les parties prenantes pour que leur réflexion se situe au-delà d'un domaine d'expertise, de responsabilité ou d'un niveau dans le système pour appréhender le programme dans son intégralité. Idéalement, cela permettra d'opter pour des solutions innovantes et des partenariats pouvant avoir un impact durable et positif.

RESPONSABILITÉ POUR LE CHOIX TOTAL, LIBRE ET INFORMÉ DANS LES PROGRAMMES DE PF

La responsabilité dans le cadre des programmes de PF/SR comprend un large éventail d'actions pour suivre les engagements financiers du gouvernement, l'application du programme à l'échelon national et la prestation de services pour veiller à ce que les processus et les résultats des programmes soient guidés par les normes et principes relatifs aux droits humains (telles que l'équité, l'autonomisation et la non-discrimination) et contribuer à l'utilisation volontaire des services de PF de qualité.

Le manuel « *Points de contrôle pour le choix* » aborde la composante (ou l'aspect) de la responsabilité des donateurs offrant des financements destinés à la PF, celle des responsables, et des prestataires de service qui font en sorte que les individus pris en charge par leur établissement ou programme soient capables d'exercer leur choix total, libre et informé à utiliser ou ne pas utiliser la contraception et à utiliser la méthode de leur choix. Les programmes

doivent établir (et systématiquement rendre compte des résultats par le biais de rapports) des mécanismes de responsabilité qui soutiennent le choix total, libre et informé :

- Le suivi systématique des caractéristiques des clients, des processus, et des données de service fournit des informations sur la prise en charge, l'équité, la qualité et le niveau de service. Parmi les questions clefs figurent :
 - ▶ Les caractéristiques de la population de clients sont-elles similaires/non similaires à celles de la population générale dans la zone d'intervention du programme ? (Qui est pris en charge/n'est pas pris en charge ?)
 - ▶ Quel est le pourcentage de clients qui bénéficie de counseling ? Quel est le pourcentage de clients qui partent avec la méthode de leur choix ?
 - ▶ Quel pourcentage de clients interrompt l'utilisation d'une méthode pour des raisons autres que la volonté de tomber enceinte ? Assurez-vous un suivi des services de d'insertion et de retrait (pour les implants et les dispositifs intrautérins [DIU]) outre ceux d'insertion ? Que vous enseignent les données ?
 - ▶ Le consentement informé est-il suffisamment documenté pour tous les clients utilisateurs de méthodes permanentes ?
- Les protections systématiques visant à assurer le caractère volontaire, des mécanismes de counseling et de feedback des clients, sont établies et mises en œuvre de manière efficace.
- Des protocoles existent pour enquêter sur les rapports ou les instances de problèmes suspectés par rapport au volontarisme, notamment l'identification de la personne responsable, et des étapes clairement délimités sont en place pour évaluer le problème supposé, communiquer les résultats de l'enquête, et identifier les actions de suivi, si nécessaire. Ces protocoles sont suivis de manière systématique.
- Un processus est en place pour gérer et veiller à ce que des actions de suivi aient lieu pour pallier les problèmes avérés, notamment la personne responsable, dans un certain délai, et signalé à quelle personne.
- Des mécanismes de redressement sont instaurés pour compenser et soutenir des clients dont les droits ont été remis en cause.

PLAN D'ORIENTATION

Durée : 8 heures (déjeuner compris)

Participants : 15 au 40 personnes

But : Renforcer le volet des programmes de PF consacré aux droits et au choix des clients, afin de consolider la prestation de services en général, accroître le pouvoir des personnes et améliorer leur santé et bien-être

OBJECTIFS

1. Développer la connaissance et la compréhension des concepts clés liés au choix total, libre et informé
2. Accroître la capacité des participants à considérer le point de vue des clients lors de la conception et de la prestation de services
3. Accroître la connaissance et la compréhension des facteurs au niveau de la politique, de la prestation de services, de la communauté, et au niveau individuel qui soutiennent et représentent une entrave au choix contraceptif total, libre et informé
4. Développer la connaissance des vulnérabilités des programmes et les garanties en termes de protection du choix total, libre et informé
5. Développer la compréhension de l'importance du choix dans la contraception
6. Encourager les bonnes pratiques que les programmes peuvent maintenir et sur lesquelles ils peuvent s'appuyer pour s'assurer que les clients puissent exercer le choix total, libre et informé

Plan d'orientation

Session/Horaire/Ressources	Objectifs de la session	Contenu/méthodologie
<p>Session 1 : Ouverture : Bienvenue et présentation générale</p> <p>30 min.</p> <p>Ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diapositive PowerPoint • Papier pour tableau mobile • Marqueurs • Polycopié : Programme de l'orientation 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Créer un environnement d'apprentissage sûr, confortable et ouvert dans lequel les participants peuvent poser des questions liées au choix et aux droits contraceptifs. 2. Clarifier le but et le contenu de l'atelier. 3. Favoriser la cohésion de groupe et la participation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Propos et allocution d'ouverture • Présentations/mise en train • Présentation des objectifs de la réunion et du programme • Définition des règles de base
<p>Session 2 : La planification familiale axée sur les clients qui garantit le choix total, libre et informé</p> <p>30 min.</p> <p>Ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présentation PowerPoint • Papier pour tableau mobile • Marqueurs 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Expliquer les concepts clefs relatifs au choix total, libre et informé, aux programmes axés sur les clients et à la programmation holistique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation PowerPoint exposant les principaux concepts et principes, la capacité des clients à faire un choix total, libre et informé ainsi que les niveaux d'action pour lesquels certains facteurs soutiennent ou entravent les résultats escomptés
<p>Session 3 : Facteurs de soutien et facteurs représentant une entrave au choix total, libre et informé ainsi qu'aux droits</p> <p>1 heure et 15 min.</p> <p>Ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Papier pour tableau mobile • Marqueurs • Ruban adhésif • Cartes ou post-it • Polycopié sur les études de cas (une par une personne) • Grilles d'études de cas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier les facteurs au niveau des politiques, de la prestation de service, de la communauté et individuel dans les programmes de PF qui soutiennent et qui représentent une entrave au choix total, libre et informé de même que pour le respect, la protection et l'exercice des droits dans les programmes de PF. 	<ul style="list-style-type: none"> • Travail sur les études de cas en petits groupes • Compte-rendu et discussion en plénière
<p>PAUSE 15 min.</p>		
<p>Session 4 : Les différentes difficultés auxquelles le choix total, libre et informé est confronté : Quel élément nécessite le plus d'attention ?</p> <p>45 min.</p> <p>Ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Papier pour tableau mobile • Marqueurs • Diapositive PowerPoint • Fiches colorées de 15x20cm • Ruban adhésif • Echantillon de grilles pour l'animateur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Examiner l'ensemble des difficultés et signes d'alerte montrant que le choix total, libre et informé peut courir un risque ou être compromis. 2. Identifier les difficultés qui nécessitent plus d'attention et d'action. 	<ul style="list-style-type: none"> • Petits groupes • Compte-rendu et discussion en plénière

Plan d'orientation

Session/Horaire/Ressources	Objectifs de la session	Contenu/méthodologie
DÉJEUNER 45 min.		
<p>Session 5 : Choix de méthode contraceptive : de quoi s'agit-il et pourquoi est-ce important ?</p> <p>1 heure</p> <p>Ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présentation PowerPoint • Tableaux préparés • Polycopié 5.1 : Caractéristiques des méthodes prise en compte par les clients • Papier pour tableau mobile • Marqueurs • Guide de discussion pour l'animateur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier, du point de vue d'un client, les caractéristiques des méthodes qui sont importantes et l'éventail de méthodes qui devrait être offert. 2. Expliquer le concept de choix de méthode contraceptive et examiner la gamme de méthodes à dispenser pour répondre aux intentions et préférences des clients en matière de fécondité. 3. Présenter la gamme actuelle de méthodes et discuter des personnes dont les besoins sont ou ne sont pas satisfait. 	<ul style="list-style-type: none"> • Discussion plénière • Présentation PowerPoint • Discussion
PAUSE 15 min.		
<p>Session 6 : Responsabilité des programmes de PF dans le choix total, libre et informé</p> <p>1 heure et 45 min.</p> <p>Ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présentation PowerPoint • Polycopiés : Vignettes du programme • Papier pour tableau mobile • Marqueurs 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Développer la connaissance des situations qui aboutissent à des vulnérabilités qui pourraient compromettre le choix total, libre et informé et même dans les programmes bien intentionnés. 2. Identifier les actions que les parties prenantes individuelles impliquées dans les programmes de PF (prestataires de service, managers de programme, décideurs, bailleurs de fonds) peuvent prendre et inclure dans un plan visant à suivre et exercer leurs responsabilités et garantir le choix total, libre et informé dans leurs programmes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation PowerPoint • Activité en petit groupe : Vignettes du programme • Réflexion individuelle • Discussion plénière supervisée par un animateur
<p>Session 7 : Conclusion et réflexions</p> <p>1 heure</p> <p>Ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Papier pour tableau mobile • Marqueurs • Polycopié 7.1 : Déclaration d'engagement • Polycopié 7.2 : Évaluation de l'atelier 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en évidence et renforcer les concepts et messages clefs. 2. Demander aux participants d'identifier des mesures concrètes qu'ils peuvent prendre pour partager leur apprentissage et veiller au choix total, libre et informé dans le cadre des programmes de PF qu'ils soutiennent ou mettent en œuvre dans leur travail. 3. Remplir la fiche sur l'évaluation de l'atelier. 	<ul style="list-style-type: none"> • Discussion en petit groupe, avec compte-rendu • Remplir la fiche sur les actions • Évaluation de l'atelier

PLAN DES SESSIONS ET SUPPORTS

1. Ouverture : Bienvenue et présentation générale

Plan de session | Directives de l'animateur | Programme

2. La planification familiale axée sur les clients qui garantit le choix total, libre et informé

Plan de session | Directives de l'animateur | Présentation PowerPoint

3. Facteurs de soutien et facteurs représentant une entrave au choix total, libre et informé ainsi qu'aux droits

Plan de session | Directives de l'animateur | Présentation PowerPoint | Polycopiés

4. Les différentes difficultés auxquelles le choix total, libre et informé est confronté : quel élément nécessite le plus d'attention ?

Plan de session | Directives de l'animateur | Présentation PowerPoint | Polycopiés

5. Choix de méthode contraceptive : de quoi s'agit-il et pourquoi est-ce important ?

Plan de session | Directives de l'animateur | Présentation PowerPoint | Polycopiés

6. Responsabilité des programmes de PF dans le choix total, libre et informé

Plan de session | Directives de l'animateur | Présentation PowerPoint | Polycopiés

7. Conclusion et réflexions

Plan de session | Directives de l'animateur | Polycopiés

SESSION 1

30 MINUTES

OUVERTURE : BIENVENUE ET PRÉSENTATION GÉNÉRALE

OBJECTIFS

1. Créer un environnement d'apprentissage sûr, confortable et ouvert dans lequel les participants peuvent poser des questions liées au choix et aux droits contraceptifs
2. Clarifier le but et le contenu de l'atelier
3. Favoriser la cohésion de groupe et la participation

NOTE DESTINÉE AUX ANIMATEURS

Avant de lancer cet atelier, examiner le plan d'orientation qui donne une vue d'ensemble de l'atelier qui se tiendra sur une journée, et les plans de chacune des sessions qui donnent des instructions détaillées aux animateurs et identifier tous les supports pertinents qui seront nécessaires (présentations PowerPoint, fiches de travail, photocopiés, et directives pour les animateurs, pour chaque session). La plupart de ces supports doivent être préparés à l'avance préalablement à l'atelier.

Dans le cadre de cette orientation, des informations importantes sont fournies par le biais d'une présentation PowerPoint. Veuillez- vous assurer de la disponibilité d'un ordinateur et d'un projecteur sur le site de l'atelier. Dans le cas contraire, prévoir de présenter les supports via les diapositives de la présentation Powerpoint qui fera office de tableau.

Préparation

1. Faire suffisamment de photocopies du Polycopié 1.1 : Programme de l'orientation à distribuer à l'ensemble des participants.
2. Identifier un intervenant qui connaît le public et peut parler de l'importance des sujets à traiter lors de l'atelier.

Horaire	Contenu/méthodologie	
5 min.	Accueil <ol style="list-style-type: none">1. Accueil des participants à l'atelier. Expliquer qu'il comprendra cinq sessions interactives mettant en évidence des questions majeures liées au choix contraceptif et aux droits humains.2. Examiner les objectifs de l'atelier et distribuer le programme de l'atelier.3. S'occuper de toutes les questions pratiques (localisations des toilettes, mots de passe pour l'accès à Internet, etc.).	RESSOURCES : Objectifs de l'atelier, indiqués sur une diapositive PowerPoint (Diapositive 3) ou écrits sur un tableau à feuilles mobiles Plycopié 1.1 : Programme de l'orientation
10 min.	Présentations <ol style="list-style-type: none">1. Demander à chaque personne de se présenter : prénom/nom et fonction.	
5 min.	Fixer les règles de base pour la journée <ol style="list-style-type: none">1. Répéter que l'atelier sera interactif. Demander aux participants de suggérer des règles de base qui les aideront à faire de l'atelier un lieu où chacun se sent à l'aise pour participer.2. Noter leurs suggestions sur le tableau à feuilles mobiles et afficher la feuille sur un mur où les participants pourront la voir.	RESSOURCES : Papier pour tableau à feuilles mobiles Marqueurs
10 min.	Propos et allocution d'ouverture <ol style="list-style-type: none">1. Souhaiter la bienvenue à l'intervenant invité et le/la présenter aux participants.2. Demander à l'intervenant d'ouvrir la session en expliquant pendant 10 minutes maximum, les raisons d'accueillir l'atelier et en quoi les thématiques de l'atelier contribuent au travail du programme.	

SESSION 1

SUPPORTS COMPLÉMENTAIRES

POLYCOPIÉ

1.1 : Programme de l'orientation

SESSION 1

POLYCOPIÉ 1.1 :

PROGRAMME DE L'ORIENTATION

Horaire	Session
30 min.	Session 1 : Ouverture : Bienvenue et présentation générale
30 min.	Session 2 : La planification familiale axée sur les clients qui garantit le choix total, libre et informé
1 heure, 15 min.	Session 3 : Facteurs de soutien et facteurs représentant une entrave au choix total, libre et informé ainsi qu'aux droits
	PAUSE
45 min.	Session 4 : Les différentes difficultés auxquelles le choix total, libre et informé est confronté : Quel élément nécessite le plus d'attention ?
	DÉJEUNER
1 heure	Session 5 : Choix de méthode contraceptive : de quoi s'agit-il et pourquoi est-ce important ?
1 heure, 45 min.	Session 6 : Responsabilité des programmes de PF dans le choix total, libre et informé
1 heure	Session 7 : Conclusion et réflexions

SESSION 2

30 MINUTES

LA PLANIFICATION FAMILIALE AXÉE SUR LES CLIENTS QUI GARANTIT LE CHOIX TOTAL, LIBRE ET INFORMÉ

OBJECTIFS

1. Expliquer les concepts clefs relatifs au choix total, libre et informé, aux programmes axés sur les clients et à la programmation holistique

NOTE DESTINÉE AUX ANIMATEURS

Pendant cette session, l'animateur utilisera une présentation PowerPoint pour présenter et expliquer les concepts clefs liés au choix total, libre et informé.

Préparation

1. Écrire les objectifs de la session sur une feuille du tableau à feuilles mobiles.

Horaire	Contenu/méthodologie
---------	----------------------

5 min.	1. Commencer la session par l'étude des objectifs écrits sur le tableau à feuilles mobiles.
--------	---

25 min.	1. En utilisant les diapositives de la présentation PowerPoint et les notes : <ol style="list-style-type: none">Expliquer la signification et l'importance de la PF axée sur le client et fondée sur les droits.Expliquer les termes de choix total, libre et informé.Expliquer les concepts de programmation holistique/les niveaux programmatiques/modèles écologiques.
---------	---

Note: La présentation doit être terminée dans les 15 minutes pour laisser 10 minutes aux questions-réponses.

RESSOURCES :

Présentation PowerPoint (diapositives 4–12):
Concepts/notions clefs

Diapositives PowerPoint avec un espace réservé aux notes

SESSION 3

1 HEURE, 15 MIN.

FACTEURS DE SOUTIEN ET FACTEURS REPRÉSENTANT UNE ENTRAVE AU CHOIX TOTAL, LIBRE ET INFORMÉ AINSI QU' AUX DROITS

OBJECTIFS

1. Identifier les facteurs au niveau des politiques, de la prestation de service, de la communauté et au niveau individuel dans les programmes de PF qui soutiennent et qui représentent une entrave au choix total, libre et informé de même que pour le respect, la protection et l'exercice des droits dans les programmes de PF

NOTE DESTINÉE AUX ANIMATEURS

Cette session permet aux participants d'appliquer les concepts évoqués durant la session d'ouverture aux études de cas mettant en évidence bon nombre des conditions favorables et bonnes pratiques qui soutiennent le choix contraceptif total, libre et informé et les droits dans les programmes de PF – de même que les défis qui représentent une entrave pour ce choix et ces droits. Parmi les facteurs défavorables figurent les pressions exercées et l'obligation faite aux personnes d'accepter quelque chose contre leur volonté de même que les facteurs qui les empêchent d'obtenir ce qu'elles souhaitent (autrement dit, les obstacles en matière d'accès).

Chaque étude de cas porte sur une femme et les circonstances dans lesquelles elle cherche à bénéficier de services de PF. Les participants prendront en compte les facteurs favorables ou défavorables au choix total, libre et informé et aux niveaux des politiques, de la prestation de services, mais aussi communautaire et individuel. L'animateur doit connaître chaque étude de cas et les différentes questions que chacune met en lumière, en utilisant les Grilles d'étude de cas (voir les instructions pour animateur 3-1).

Préparation

1. Avant la session, l'animateur doit illustrer le modèle ci-dessous sur plusieurs feuilles de papier.

Niveau	Facteurs favorables au choix total, libre et informé ainsi qu'aux droits	Facteurs coercitifs	Facteurs créant des obstacles pour l'accès
Politique			
Prestation de service			
Communautaire			
Individuel			

2. Faire suffisamment de photocopies des quatre études de cas pour pouvoir les distribuer à chaque participant.

Horaire	Contenu/méthodologie	
5 min.	<p>Présentation de l'activité de groupe</p> <ol style="list-style-type: none"> Afficher les feuilles géantes déjà préparées dans la salle en face des participants (avant la session). Répartir les participants dans 3-6 petits groupes (comprenant un maximum de huit personnes), en fonction du nombre total de participants. Demander à chaque groupe d'identifier une personne chargée du chronométrage et un rapporteur pour afficher les résultats du travail de groupe et faire un compte-rendu durant la plénière. Distribuer les quatre études de cas à chaque participant, mais attribuer une étude de cas à chaque groupe pour l'activité en elle-même ; plusieurs groupes peuvent traiter la même étude de cas s'il y a plus de quatre groupes. En outre, distribuer des fiches et du ruban adhésif ou des post-it et marqueurs à tous les groupes. Demander à chaque petit groupe de lire son étude de cas et de discuter des facteurs <i>favorables</i> et les facteurs <i>défavorables</i> aux femmes à faire un choix libre, total et informé et exercer leurs droits humains. Dire aux groupes d'écrire un facteur par fiche ou post-it et déterminer le niveau du système sanitaire dans lequel il est constaté. Dire aux participants que pour les facteurs favorables, ils doivent tenir compte de ce qui peut être consolidé et de ce sur quoi on peut miser ; pour les difficultés, ils doivent identifier celles qui créent des pressions pour accepter quelque chose contre sa volonté, et celles qui créent des obstacles qui empêchent les personnes d'obtenir ce qu'elles souhaitent. Encore une fois, ils doivent utiliser une fiche ou un post-it pour chaque intervention ou changement suggéré. 	<p>RESSOURCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> Papier pour tableau mobile Marqueurs Ruban adhésif Cartes ou post-it Polycopié sur les études de cas (une par une personne) Grilles d'études de cas
45 min.	<p>Activité en petits groupes</p> <ol style="list-style-type: none"> Accorder 45 minutes aux groupes pour travailler sur cette activité. Projeter la diapositive PowerPoint 15 pendant le travail en petit groupe. 	<p>RESSOURCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> Diapositive PowerPoint 15
25 min.	<p>Synthèse de l'activité et discussion animée par un facilitateur</p> <ol style="list-style-type: none"> Choisir un groupe pour commencer le compte-rendu. Leur demander de montrer leur étude de cas. Donner à chacun deux minutes pour la lire. Inviter le rapporteur du groupe à exposer les résultats de son groupe en affichant les fiches ou post-it sur la grille vierge placée à l'avant de la salle, chacun/e dans la catégorie correspondante. Si plus d'un groupe a analysé la même étude de cas, les rapporteurs des groupes qui ont présenté leur étude de cas peuvent faire le compte-rendu ensemble et se relayer pour donner des réponses uniques non citées au préalable, pour éviter les répétitions. Suivre le même processus pour couvrir toutes les études de cas et groupes. Les résultats d'une étude de cas peuvent être affichés sur ceux du groupe précédent, si la grille est trop chargée. Par ailleurs, l'animateur peut retirer les fiches ou post-it après chaque présentation d'étude de cas. NE PAS LES JETER. Elles seront réutilisées pour la session suivante. Se référer aux instructions 3-1 destinée aux animateurs : grilles d'études de cas, le cas échéant, pour s'assurer que toutes les suggestions sont abordées. Demander aux participants de faire des commentaires lors des plénières en posant les questions suivantes pendant la discussion : <ol style="list-style-type: none"> Ces études de cas vous paraissent-elles réalistes ? Des problèmes similaires se posent-ils dans votre propre programme ? Avez-vous été surpris par quelque chose ? Si c'est le cas, qu'est-ce qui vous a surpris et pourquoi ? 	

Suite à la page suivante

Horaire	Contenu/méthodologie
---------	----------------------

✱ Messages à retenir qu'il faut mettre en évidence :

- Des facteurs peuvent soutenir et représenter une entrave au choix total, libre et informé pour les quatre niveaux ; il est important d'adopter une approche holistique qui implique des interventions à tous les échelons, pas seulement au niveau de la prestation de service.
- Prendre en considération les facteurs favorables qui devraient être mis en avant, renforcés et sur lesquels il faut s'appuyer.

SESSION 3

SUPPORTS COMPLÉMENTAIRES

POLYCOPIÉ

3.1 : Quatre études de cas

INSTRUCTIONS DESTINÉES AUX ANIMATEURS

3-1 : Grilles d'études de cas

SESSION 3

POLYCOPIÉ 3.1:

QUATRE ÉTUDES DE CAS

Florence – Étude de cas 1

Le gouvernement d'Andoria a fait de la planification familiale (PF) une priorité nationale pour remédier au taux élevé de fécondité dans le pays. La promotion de la santé reproductive des adolescents et l'amélioration des comportements de cette population qui souhaitent bénéficier de services de santé constituent des priorités majeures pour le développement. Cependant, ces politiques ne figurent pas au cœur des priorités sanitaires des districts ou à l'échelon local, et la société traditionnelle est réticente en particulier les leaders religieux, à l'égard de l'activité sexuelle et l'utilisation de la PF chez les jeunes non mariés. Bien que l'expansion de services amis des jeunes fasse partie de la stratégie nationale en matière de santé sexuelle et reproductive, les ressources destinées à l'éducation communautaire, à la formation du personnel et à la supervision ne sont pas adaptées dans les districts et localités. Le suivi et rapport sur les services liés aux jeunes sont faibles. L'âge des clients doit être systématiquement noté et signalé, mais ce n'est souvent pas le cas, et les indicateurs qualitatifs liés à la jeunesse font défaut dans le système de gestion des informations sanitaires.

Florence est une travailleuse du textile âgée de 16 ans qui a quitté l'école en cinquième année d'école élémentaire et elle contribue aux revenus de sa famille. Elle vit avec sa mère qui est veuve et ses quatre jeunes frères et sœurs. Son petit ami, James, fait pression sur elle pour avoir des relations sexuelles. Il a six ans de plus que Florence, et elle sait qu'il a déjà eu plusieurs petites amies, mais il a été très généreux avec elle ; il lui a donné de l'argent et de la nourriture pour sa famille. Elle craint qu'il ne l'abandonne si elle ne cède pas. Florence est partagée, car elle sait que sa mère désapprouve fortement les relations sexuelles avant le mariage, et elle a peur de tomber enceinte ; cependant elle aime beaucoup James, et il a été très gentil avec elle.

L'amie de Florence lui a parlé d'un dispensaire local où elle peut bénéficier de la PF. Un jour, après une dispute avec James car elle avait refusé d'avoir une relation sexuelle, Florence se rend au centre médical pendant sa pause déjeuner. Elle craint de rencontrer quelqu'un qui la connaît. Elle est angoissée à l'idée de ce que le médecin va lui faire. Etant donné qu'il y a beaucoup de personnes dans la salle d'attente, elle craint de ne pas pouvoir retourner au travail à temps, avant que son superviseur ne découvre son absence.

L'hôtesse d'accueil du dispensaire demande à Florence son nom et lui dit de s'asseoir. Florence veut demander combien de temps elle va devoir attendre, mais la femme a l'air occupé et elle reprend son travail, donc Florence se rassoit calmement. Elle remarque des affiches sur le mur. Une affiche porte sur « les droits des clients », et une autre met en garde contre une maladie contractée à la suite de rapports sexuels. Une autre comporte des photos de méthodes de PF et des textes écrits en petits caractères qu'elle n'arrive pas à lire. Des brochures sont posées sur le comptoir, mais Florence est trop timide pour en prendre.

Pendant son attente de 45 minutes, Florence se sent de plus en plus anxieuse. Elle est sur le point d'abandonner et de partir lorsque l'infirmière l'appelle par son nom. Elle suit la dame dans une pièce où plusieurs personnes sont assises et discutent. L'infirmière a l'air affairé et ne sourit pas. Elle sort un formulaire et pose des questions à Florence et cette dernière est trop embarrassée pour y répondre. Florence s'agite. L'infirmière répète les questions et Florence murmure les réponses. Irritée, l'infirmière lui demande de parler plus fort. Florence essaie mais elle ne veut pas être entendue par les autres personnes présentes dans la pièce. Elle regarde le sol silencieusement pendant un moment. L'infirmière la gronde en lui disant qu'elle est trop jeune pour avoir des relations sexuelles ; Florence répond qu'elle a changé d'avis, se lève et quitte le centre médical, se sentant honteuse et en colère. Sur le chemin du retour, elle décide d'avoir des relations sexuelles avec son petit ami ce soir-là sans protection.

Instructions pour les petits groupes :

1. Dans votre petit groupe, évoquer les facteurs qui étaient *favorables* ou *défavorables* au choix total, libre et informé et aux droits humains de Florence dans cette étude de cas. Écrire chaque facteur sur une fiche ou un post-it et déterminer le niveau du système de soins où on peut le constater. Faire la distinction au sein des facteurs défavorables entre ceux qui l'ont poussée à accepter quelque chose contre sa volonté (facteurs coercitifs) et ceux qui l'ont empêchée d'obtenir ce qu'elle voulait (facteurs qui créent des obstacles pour l'accès).
2. Choisir une personne au sein de votre groupe pour afficher et expliquer les fiches pendant le compte-rendu.

Niveau	Facteurs favorables et facteurs défavorables au choix total, libre et informé ainsi qu'aux droits	Facteurs coercitifs	Facteurs créant des obstacles pour l'accès
Politique			
Prestation de service			
Communautaire			
Individuel			

Altiné – Étude de cas 2

Andoria est un pays riche en pétrole, mais la santé n'y est pas une priorité majeure en matière de développement. Le gouvernement consacre une part importante de ses ressources aux dépenses militaires pour contenir une menace de soulèvement près de sa frontière sud et il investit dans la construction de routes, de ponts et d'autres infrastructures. Les services sociaux sont en souffrance. Les femmes ont un statut inférieur, et la prévalence de la violence fondée sur le genre est élevée. Le gouvernement soutient la planification familiale (PF) pour atteindre son niveau de stabilisation démographique, mais il ne dispose pas d'une politique claire pour la promotion de la santé sexuelle et reproductive ou l'égalité des genres. Il attribue à chaque district un objectif de taux de prévalence contraceptive (TPC) afin de contribuer à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Les infrastructures sanitaires sont adaptées, en particulier dans les zones rurales et la région haute, montagneuse où les routes sont mauvaises. Le pays est confronté à un véritable problème de pénurie de personnel de santé. Les quatre facultés de médecine du pays ne forment pas suffisamment de diplômés pour répondre aux besoins de la population. Les problèmes de sécurité font qu'il est difficile d'attirer les étudiants en soins infirmiers. Le personnel ne souhaite pas travailler dans des zones éloignées ou des régions instables situées dans le sud du pays. La fuite des cerveaux réduit le vivier de prestataires de services compétents ; ceux qui restent sont démoralisés, sont mal rémunérés et ils manquent de fournitures, d'équipements et de soutien de la part des superviseurs.

Altiné, 32 ans, est mère de quatre filles. Son époux est un ouvrier qui lutte pour subvenir aux besoins de sa famille. Ils ont perdu leur fils unique en raison du paludisme et à présent que leur plus jeune fille commence à marcher, le mari d'Altiné veut qu'elle tombe de nouveau enceinte pour essayer d'avoir un autre fils. Altiné ne veut pas avoir un autre enfant. Elle utilise un dispositif intrautérin (DIU) depuis 16 mois et elle en est contente. Elle se rend au centre médical pour se le faire retirer. Lorsqu'elle y arrive, elle constate que beaucoup de gens attendent déjà. Les bancs sont pris d'assaut. Les sols et murs de la salle d'attente sont sales. Des panneaux sont affichés au mur, ils sont en langue anglaise, une langue que peu de personnes parlent dans la région, Altiné y compris.

Après avoir attendu pendant plus d'une heure, Altiné s'agite de plus en plus. Elle est avec sa cadette, mais elle doit rentrer chez elle pour soulager sa voisine qui surveille ses autres enfants. Elle finit par appeler une infirmière, qui l'accompagne dans une pièce où il y a deux tables, quelques sièges et huit autres femmes. L'infirmière ne sourit pas et elle semble pressée. Elle demande à Altiné les raisons de sa venue. Altiné lui dit qu'elle veut faire retirer le DIU. L'infirmière lui demande depuis combien de temps elle l'a. Lorsqu'Altiné lui répond, l'infirmière rétorque qu'il est trop tôt pour retirer le DIU : C'est une méthode posée pour 10 ans. Altiné répond qu'elle est au courant, mais à présent elle souhaite retomber enceinte. L'infirmière est indifférente et lui dit que le DIU est cher et qu'elle ne devrait pas gaspiller l'argent ou faire perdre du temps au médecin. Elle demande à Altiné combien d'enfants elle a. Altiné lui répond, et l'infirmière répond que quatre enfants c'est beaucoup. Elle affirme qu'elle constate qu'Altiné est

pauvre et lui conseille de faire de son mieux pour subvenir aux besoins de ses enfants et ne pas chercher à en avoir d'autres.

Altiné se sent démunie. Elle quitte le centre médical en ne sachant pas quoi faire.

Instructions pour les petits groupes :

1. Dans votre petit groupe, évoquer les facteurs qui étaient *favorables* ou *défavorables* au choix total, libre et informé et aux droits humains de Altiné dans cette étude de cas. Écrire chaque facteur sur une fiche ou un post-it et déterminer le niveau du système de soins où on peut le constater. Faire la distinction au sein des facteurs défavorables entre ceux qui l'ont poussée à accepter quelque chose contre sa volonté (facteurs coercitifs) et ceux qui l'ont empêchée d'obtenir ce qu'elle voulait (facteurs qui créent des obstacles pour l'accès).
2. Choisir une personne au sein de votre groupe pour afficher et expliquer les fiches pendant le compte-rendu.

Niveau	Facteurs favorables et facteurs défavorables au choix total, libre et informé ainsi qu'aux droits	Facteurs coercitifs	Facteurs créant des obstacles pour l'accès
Politique			
Prestation de service			
Communautaire			
Individuel			

Dorothee – Étude de cas 3

La stratégie de développement du gouvernement d'Andoria donne la priorité à l'amélioration de la santé pour développer le capital humain. Elle comprend des initiatives visant à maîtriser le VIH et le SIDA, prévenir le paludisme et réduire la mortalité maternelle et infantile. La planification familiale (PF) est promue à la fois pour ralentir la croissance de la population mais aussi en tant que mesure de prévention sanitaire. Néanmoins, l'accès aux services de santé de base représente une difficulté, surtout dans les zones rurales et montagneuses. Le gouvernement dispose d'un programme pluridimensionnel pour renforcer le système de santé et accroître la capacité des services, notamment en modernisant les hôpitaux, en construisant des centres de santé, en consolidant le système logistique, en formant les prestataires (essentiellement les sages-femmes et les prestataires de soins de santé primaires). Mais il faudra plusieurs années pour que le système soit capable de répondre, de manière adéquate, aux besoins de la population en matière de soins. Le programme de PF repose essentiellement, pour l'instant au moins, sur les services mobiles et les camps de grande envergure pour dispenser des dispositifs intra-utérins (DIU) et des implants. Les contraceptifs oraux et les injectables sont les méthodes de PF les plus utilisées. La stérilisation féminine est assurée uniquement dans les hôpitaux tertiaires ayant des gynécologues au sein de leur personnel ; la vasectomie n'est pour sa part, pas assurée. La société civile est forte et dynamique, et un certain nombre d'associations de femmes sont actives dans les zones urbaines.

Dorothee, 38 ans, est une mère de famille de cinq enfants, qui vit dans une ville située dans un district éloigné. Ses deux derniers accouchements se sont faits par césarienne et elle est diabétique. Elle est certaine de ne pas vouloir tomber enceinte de nouveau. Elle prend des contraceptifs oraux mais avec l'épuisement causé par l'entretien de son foyer et ses cinq enfants, elle oublie parfois de les prendre, ce qui l'angoisse beaucoup car elle craint une grossesse non désirée. À présent que son plus jeune fils est sur le point d'entrer à l'école, elle a pris la décision, en consultation avec son mari, de ne plus avoir d'autres enfants. Elle a entendu parler d'une opération qui peut empêcher la grossesse de manière permanente. Dorothee souhaite subir cette intervention pour ne plus avoir à se souvenir de prendre la pilule chaque jour et ne plus avoir à s'en inquiéter en cas d'oubli.

Un jour, elle se rend au centre médical, qui est propre mais bondé. Une gentille infirmière l'appelle et la fait aller dans une pièce privée où sont affichées des posters sur le VIH et la PF. Une affiche montre six différentes méthodes de PF. Dorothee est surprise de voir qu'il y a tant d'options. L'infirmière l'invite à s'asseoir et lui demande les raisons de sa venue. Dorothee répond qu'elle prend la pilule depuis quatre ans mais oublie parfois de le faire. Elle sait qu'elle ne souhaite pas avoir d'autres enfants et son mari est d'accord. Elle veut se faire opérer pour empêcher toute nouvelle grossesse. L'infirmière lui répond que le dispensaire n'est pas en mesure d'assurer l'opération. Cela n'est possible qu'à l'hôpital en ville, à environ 160 kilomètres.

L'infirmière vient juste de suivre une formation sur les implants. Elle veut pratiquer davantage les insertions. Elle dit à Dorothee que l'implant serait une bonne méthode pour elle. Dorothee n'aurait pas à se souvenir de prendre la pilule tous les jours ; elle aurait une protection efficace pendant trois ans à l'issue desquels elle pourrait obtenir un autre implant ou opter pour la stérilisation. Dorothee préférerait éviter d'être sous traitement hormonal. L'infirmière lui répète

que c'est une excellente méthode ; elle pense qu'elle serait parfaite pour Dorothée. Dorothée n'est pas convaincue. Elle connaît des femmes qui utilisent cette méthode et elle ne souhaite pas avoir quelque chose dans son bras. Elle pose une question sur l'injectable qu'elle a vu sur l'affiche. L'infirmière lui répond qu'elle pourrait en effet l'utiliser également. Elle lui explique que c'est une méthode hormonale et qu'elle devra revenir tous les trois mois pour une autre injection, à la différence de l'implant. Dorothée choisit avec réticence l'injection hormonale. Au cours des semaines suivantes, elle souffre de saignements irréguliers qui l'inquiètent. Lorsqu'elle retourne au centre médical trois mois plus tard, on lui dit qu'il y a rupture de stocks d'injectables. L'infirmière essaie à nouveau de la convaincre d'accepter un implant. Dorothée refuse. Elle rentre chez elle sans protection pour réfléchir à la manière de se rendre à l'hôpital pour obtenir la méthode qu'elle souhaite vraiment.

Instructions pour les petits groupes :

1. Dans votre petit groupe, évoquer les facteurs qui étaient *favorables* ou *défavorables* au choix total, libre et informé et aux droits humains de Dorothée dans cette étude de cas. Écrire chaque facteur sur une fiche ou un post-it et déterminer le niveau du système de soins où on peut le constater. Faire la distinction au sein des facteurs défavorables entre ceux qui l'ont poussée à accepter quelque chose contre sa volonté (facteurs coercitifs) et ceux qui l'ont empêchée d'obtenir ce qu'elle voulait (facteurs qui créent des obstacles pour l'accès).
2. Choisir une personne au sein de votre groupe pour afficher et expliquer les fiches pendant le compte-rendu.

Niveau	Facteurs favorables et facteurs défavorables au choix total, libre et informé ainsi qu'aux droits	Facteurs coercitifs	Facteurs créant des obstacles pour l'accès
Politique			
Prestation de service			
Communautaire			
Individuel			

Mercy – Étude de cas 4

Andoria est un pays qui sort d'un conflit, ses indicateurs sanitaires sont désastreux et son économie est faible. Le nouveau président reconnaît que la stimulation économique passe par des investissements dans les soins de santé. La priorité a été donnée à la santé maternelle et infantile ainsi qu'à la prévention et au traitement du VIH et de la malaria. Une des stratégies clef du plan national repose sur le développement de l'accès et de l'utilisation de la planification familiale. Le système de santé du gouvernement fournit actuellement des contraceptifs oraux et des injectables. Le ministère de la Santé a lancé une initiative visant à ajouter des méthodes de contraception réversibles à longue durée d'action à la gamme d'options, afin de cibler plus de femmes et d'apporter une protection plus efficace contre les grossesses non désirées. Le gouvernement a lancé une campagne d'éducation publique pour promouvoir ces nouvelles méthodes et il a créé des partenariats public-privé avec une organisation non-gouvernementale, avec un réseau étendu de services fixes et mobiles afin de fournir des prestations et de former des prestataires du secteur public. Le but est de faire en sorte que ces méthodes soient facilement disponibles à travers le pays au niveau des centres de santé publics et privés au cours des deux années à venir et que le taux de prévalence contraceptive augmente pour passer de 27%, à l'heure actuelle, à 50% d'ici 2020.

Mercy vit dans un village avec son mari qui gère un magasin d'articles divers et leurs deux filles âgées de 2 et 3 ans. Ils voudraient avoir un fils, mais pas pendant les deux années à venir. Ils s'appuient sur le retrait. Mercy a déjà subi deux avortements illégaux en raison d'un échec de méthode. Le premier n'était pas compliqué, mais le second a donné lieu à une septicémie ayant entraîné une hospitalisation d'une semaine. L'expérience a effrayé Mercy et elle est réticente à l'idée d'avoir des relations avec son mari. Il s'est montré impatient avec elle, et à plusieurs reprises, il l'a contrainte à avoir des relations sexuelles de manière violente. Elle veut désespérément trouver une solution qui la préserverait d'une grossesse et de la violence de son mari.

Un jour, elle entend à la radio un message sur des méthodes de PF qui apportent une protection fiable. Le message encourage les personnes à parler aux agents de santé de leur village pour obtenir plus de détails. Mercy contacte Patience, l'agent de santé communautaire de confiance qui l'informe que les nouvelles méthodes seraient une bonne option pour elle. Elle lui dit qu'une équipe mobile du réseau privé offrira des services la semaine suivante dans une ville située à 20 km. Mercy dit qu'elle veut y aller si son mari l'y autorise et lui donne de l'argent pour payer les services.

Le mari de Mercy accepte volontiers et lui donne une compensation pour couvrir ses dépenses. La semaine suivante, Mercy et Patience marchent plusieurs kilomètres pour rejoindre l'arrêt d'autocar le plus proche pour se rendre dans la ville où les services sont dispensés. Elles suivent les panneaux annonçant les services et leur indiquant où aller, et elles arrivent devant un groupe de personnes rassemblées devant une camionnette stationnée près du marché de la ville. Sous un arbre ombragé, une infirmière explique les différents types de PF à un groupe de femmes. Mercy les rejoint à temps pour écouter ce qui est dit sur le dispositif intra-utérin (DIU) et l'implant hormonal. Elle est angoissée à l'idée de se faire introduire quelque chose dans son corps et qui en plus, va y rester longtemps. Elle entend également parler de l'opération visant à mettre un terme

définitif à la fécondité, mais cela ne l'intéresse pas. Après la discussion de groupe, l'infirmière demande à chaque femme de s'asseoir avec elle individuellement pour évoquer leurs besoins et leurs souhaits. Mercy est appelée après environ une heure. L'infirmière est aimable et elle fait de son mieux pour mettre Mercy à l'aise. Elle demande à Mercy quelle méthode elle connaît et ce qu'elle veut. Mercy est hésitante. Elle pose des questions : « est-ce que ce sera douloureux d'avoir quelque chose dans mon utérus et de l'y laisser ? Mon mari le sentira-t-il pendant les relations sexuelles ? Peut-il se déplacer dans mon corps ou me rendre malade ? Qu'en-est-il de l'implant ? Comment des bâtonnets insérés dans mon bras peuvent-ils bloquer le sperme de mon mari ? » L'infirmière répond patiemment à chaque question. Mercy décide d'essayer le DIU. L'infirmière demande à Mercy à quand remontent ses dernières règles. Mercy répond que c'était lorsqu'ils ont planté leurs ignames (il y a environ deux semaines). L'infirmière répond que le DIU ne peut être posé aujourd'hui ; il faut qu'elle ait ses règles pour pouvoir le faire. L'infirmière dit à Mercy d'utiliser des préservatifs avec son mari jusqu'à ses prochaines règles et ensuite de parler avec son agent de santé communautaire pour savoir quand et où les services mobiles seront disponibles. Mercy part, déçue. Elle sait que son mari ne sera pas d'accord pour utiliser des préservatifs. Et il est impossible de savoir si les services seront disponibles lorsqu'elle aura ses règles.

Instructions pour les petits groupes :

1. Dans votre petit groupe, évoquer les facteurs qui étaient *favorables* ou *défavorables* au choix total, libre et informé et aux droits humains de Mercy dans cette étude de cas. Écrire chaque facteur sur une fiche ou un post-it et déterminer le niveau du système de soins où on peut le constater. Faire la distinction au sein des facteurs défavorables entre ceux qui l'ont poussée à accepter quelque chose contre sa volonté (facteurs coercitifs) et ceux qui l'ont empêchée d'obtenir ce qu'elle voulait (facteurs qui créent des obstacles pour l'accès).
2. Choisir une personne au sein de votre groupe pour afficher et expliquer les fiches pendant le compte-rendu.

Points de contrôle pour le choix : Un dispositif d'orientation et de ressources

Niveau	Facteurs favorables et facteurs défavorables au choix total, libre et informé ainsi qu'aux droits	Facteurs coercitifs	Facteurs créant des obstacles pour l'accès
Politique			
Prestation de service			
Communautaire			
Individuel			

SESSION 3

INSTRUCTIONS DESTINÉES AUX ANIMATEURS 3-1 :

GRILLE D'ETUDES DE CAS

Florence – Étude de cas 1

Note : Cette *Grille d'étude de cas* a pour but de donner des exemples d'éventuels facteurs favorables ou défavorables à chaque niveau en rapport avec l'étude de cas 1. Cette liste n'est pas exhaustive.

Niveau	Facteurs favorables et facteurs défavorables au choix total, libre et informé ainsi qu'aux droits	Facteurs coercitifs	Facteurs créant des obstacles pour l'accès
Politique	<ul style="list-style-type: none"> La PF est une priorité gouvernementale. La santé reproductive (SR) des adolescents et le comportement consistant à recourir aux services de santé sont des priorités du gouvernement en matière de développement. L'expansion de services de PF/ RH amis des jeunes fait partie de la stratégie nationale de santé sexuelle et reproductive. 		<ul style="list-style-type: none"> Les politiques favorables en matière de PF ne sont pas concrètement reflétées dans les priorités des districts/locales en termes de soins de santé. Les ressources destinées à l'éducation communautaire, à la formation du personnel et à la supervision sont inadaptées à l'échelon du district/local.
Prestation de service	<ul style="list-style-type: none"> Un service situé à proximité est accessible. Une affiche sur les droits du client et une affiche sur les IST sont visibles. Les brochures d'information sur la PF sont disponibles et accessibles. 		<ul style="list-style-type: none"> La collecte, le suivi et le rapport des données sur les services consacrés aux jeunes sont de faible qualité. Les horaires des services ne sont pas amis des jeunes. La salle d'attente était bondée, les temps d'attente étaient longs, et l'intimité des clients n'était pas respectée. Le personnel des services était inattentif/irrité. Le texte de l'affiche sur la PF était écrit en caractères trop petits pour pouvoir les lire. Le prestataire avait des préjugés à l'égard des adolescentes actives sexuellement et non mariées.
Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> Le membre de la communauté/l'ami(e) savait où accéder à la PF. 		<ul style="list-style-type: none"> La résistance socioculturelle à l'utilisation de la PF (surtout l'utilisation par les jeunes non-mariés).
Individuel	<ul style="list-style-type: none"> La cliente considère qu'elle est bien traitée par son petit ami. La cliente souhaite utiliser la PF. 	<ul style="list-style-type: none"> Florence sent qu'elle est l'objet de pressions pour avoir des relations sexuelles, en dépit du fait qu'elle ne soit pas prête et qu'elle soit confrontée à la désapprobation de sa mère. 	

Altiné – Étude de cas 2

Note : Cette Grille d'étude de cas a pour but de donner des exemples d'éventuels facteurs favorables ou défavorables à chaque niveau en rapport avec l'étude de cas 2. Cette liste n'est pas exhaustive.

Niveau	Facteurs favorables et facteurs défavorables au choix total, libre et informé ainsi qu'aux droits	Facteurs coercitifs	Facteurs créant des obstacles pour l'accès
Politique	<ul style="list-style-type: none"> Le gouvernement apporte un soutien pour la PF. Le gouvernement cherche à atteindre l'Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) national. 	<ul style="list-style-type: none"> Le soutien du gouvernement pour la PF est motivé par des considérations d'ordre démographique. Des objectifs en matière de taux de prévalence contraceptive sont attribués à chaque district. 	<ul style="list-style-type: none"> La santé ne constitue une priorité relevant du développement. Aucune politique nationale n'a été définie pour appuyer la santé sexuelle et reproductive ou l'égalité entre les genres. Les dépenses du gouvernement en matière de santé sont faibles. Le pays est confronté à une fuite des cerveaux.
Prestation de service	<ul style="list-style-type: none"> Un service de PF/santé reproductive (SR) est accessible. Les affiches portant sur la PF sont visibles par les clients. Les établissements sont équipés, dotés de stocks et organisés pour fournir le dispositif intra-utérin (DIU). 	<ul style="list-style-type: none"> Le prestataire a des préjugés à l'encontre des gens pauvres qui ont des familles nombreuses. 	<ul style="list-style-type: none"> Les infrastructures sanitaires sont inadaptées (surtout dans les zones rurales et montagneuses). Il y a peu de facultés de médecine, ce qui contribue à une pénurie de personnel de santé. Les temps d'attente sont longs et il y a de l'affluence. Le caractère privé des séances de counseling n'est pas respecté. L'établissement n'est pas hygiénique. Le personnel de soins est démoralisé, peu rémunéré, et n'a pas de soutien ; par conséquent son attitude n'est pas professionnelle et il se montre désagréable à l'égard des clients. Les fournitures/équipements sont insuffisants. Les affiches ne sont pas rédigées en langue locale.
Communautaire			<ul style="list-style-type: none"> Les femmes ont un statut inférieur dans la société. Le niveau de la violence sexospécifique est élevé.
Individuel	<ul style="list-style-type: none"> La PF bénéficie d'un soutien et elle est utilisée. 		<ul style="list-style-type: none"> Le mari prend les décisions de PF ; il veut avoir un fils. Il y a un déséquilibre de pouvoir entre le prestataire et le client.

Dorothee – Étude de cas 3

Note : Cette Grille d'étude de cas a pour but de donner des exemples d'éventuels facteurs favorables ou défavorables à chaque niveau en rapport avec l'étude de cas 3. Cette liste n'est pas exhaustive.

Niveau	Facteurs favorables et facteurs défavorables au choix total, libre et informé ainsi qu'aux droits	Facteurs coercitifs	Facteurs créant des obstacles pour l'accès
Politique	<ul style="list-style-type: none"> La stratégie de développement du gouvernement donne la priorité à la santé (en particulier, le VIH et le SIDA, le paludisme, et la mortalité maternelle/ infantile). La planification familiale (PF) est promue pour ralentir la croissance de la population mais aussi comme mesure de prévention sanitaire. Le gouvernement dispose d'un programme national pour renforcer le système de santé et accroître la capacité des services, (par exemple, en modernisant les hôpitaux, en construisant des points de santé, en consolidant le système logistique, en formant les prestataires). Une large gamme de méthodes à courte durée d'action et de contraceptifs réversibles à longue durée d'action est disponible. 	<ul style="list-style-type: none"> Le programme de PF repose essentiellement sur des camps de grande envergure pour dispenser des dispositifs intra-utérins (DIU) et des implants. 	<ul style="list-style-type: none"> Les personnes vivant en zones rurales et montagneuses ont un accès limité aux services de soins élémentaires. Le soutien du gouvernement pour la PF n'est pas explicitement sur les droits. Le système de soins de santé défaillant n'est pas en mesure de répondre aux besoins d'une population croissante. La stérilisation féminine est assurée uniquement dans les hôpitaux tertiaires ayant des gynécologues au sein de leur personnel ; la vasectomie n'est pour sa part, pas assurée.
Prestation de service	<ul style="list-style-type: none"> L'établissement était propre. L'infirmière était gentille. Le caractère privé a été respecté. Des affiches sur le VIH et la PF étaient sur le mur (montrant plusieurs types de méthodes). 	<ul style="list-style-type: none"> Le prestataire avait des préjugés concernant les implants. 	<ul style="list-style-type: none"> La salle d'attente était bondée. La méthode choisie par la cliente n'était pas disponible dans cet établissement ; elle n'a pas été orientée vers un autre établissement. L'infirmière n'a pas évalué les caractéristiques de méthodes qui comptent pour le client. L'accès aux services de PF était limité depuis les régions rurales. L'établissement était confronté à des ruptures de stocks.
Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> La société civile (notamment les associations de femmes) est solide. 		<ul style="list-style-type: none"> Les associations de femmes ne sont pas actives dans les zones rurales.
Individuel	<ul style="list-style-type: none"> Il y a des connaissances/de l'intérêt pour la PF. Le mari apporte son soutien. 		<ul style="list-style-type: none"> L'accès géographique est limité. La cliente oublie de prendre la pilule.

Mercy – Étude de cas 4

Note : Cette Grille d'étude de cas a pour but de donner des exemples d'éventuels facteurs favorables ou défavorables à chaque niveau en rapport avec l'étude de cas 4. Cette liste n'est pas exhaustive.

Niveau	Facteurs favorables et facteurs défavorables au choix total, libre et informé ainsi qu'aux droits	Facteurs coercitifs	Facteurs créant des obstacles pour l'accès
Politique	<ul style="list-style-type: none"> Le soutien du gouvernement à l'égard de la PF est solide. Le gouvernement étend le choix des méthodes. Le gouvernement soutient une campagne d'éducation publique. Le gouvernement a forgé un partenariat public-privé avec une organisation non-gouvernementale d'envergure. 		<ul style="list-style-type: none"> Le système de santé publique est fragile.
Prestation de service	<ul style="list-style-type: none"> Les services mobiles sont mis à disposition des zones rurales. Un certain nombre de méthodes est offert. L'infirmière fournit des informations et du counseling individuel. 		<ul style="list-style-type: none"> Les infrastructures sanitaires et la capacité des services sont inadéquates (surtout dans les zones rurales). Les services mobiles ne sont pas toujours disponibles. Personne n'a évoqué les contraceptifs oraux avec Mercy.
Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> Un agent de santé communautaire est présent. 		<ul style="list-style-type: none"> Le statut social des femmes est inférieur. La violence fondée sur le genre peut être acceptable.
Individuel	<ul style="list-style-type: none"> Son mari soutient son utilisation de la PF. Ils ont les moyens de payer des services privés. 		<ul style="list-style-type: none"> Le mari a peu de chances d'utiliser des préservatifs et il est sexuellement violent. Il y a un déséquilibre de pouvoir entre le mari et la femme en termes de pouvoir.

SESSION 4

45 MINUTES

LES DIFFÉRENTES DIFFICULTÉS AUXQUELLES LE CHOIX TOTAL, LIBRE ET INFORMÉ EST CONFRONTÉ : QUEL ÉLÉMENT NÉCESSITE LE PLUS D'ATTENTION ?

OBJECTIFS

1. Examiner l'ensemble des difficultés et signes d'alerte montrant que le choix total, libre et informé peut courir un risque ou être compromis
2. Identifier les difficultés qui nécessitent plus d'attention et d'action

NOTE DESTINÉE AUX ANIMATEURS

L'animateur guidera les participants pour retenir les résultats issus de l'analyse de l'étude de cas, en se concentrant sur les facteurs qui représentent une difficulté pour le choix total, libre et informé, des facteurs coercitifs et des facteurs qui créent des obstacles pour l'accès. Ensuite, ils les classeront dans des catégories : évidents (c'est-à-dire flagrants, manifestes, intentionnels ou directs) ou abstraits (c'est-à-dire plus nuancés, indirects ou accidentels). Cette activité aidera les participants à penser de manière holistique à tous les éléments représentant un défi pour le choix total, libre et informé qu'ils peuvent avoir tendance à négliger.

Cette activité débouchera sur un **message clef à retenir** : selon lequel les programmes considèrent généralement que s'ils n'ont pas de problèmes flagrants de coercition, ils n'ont pas de problème de volontarisme ou de droits humains. Cela n'est pas vrai. Toute condition ou pratique faisant pression ou créant un obstacle à l'accès est un problème de droits humains qui doit être abordé. Et davantage de personnes sont affectées par les obstacles à l'accès et la coercition abstraite que par la coercition évidente. Les participants doivent prendre en considération tous les domaines qui nécessitent une attention et une action plus importante de la part des décideurs ou responsables de programme pour garantir le choix total, libre et informé.

Note : La grille n'a pas pour but d'être un outil rigide dans le but de régler les difficultés ; il se peut que l'ensemble des participants ne soit pas d'accord sur le fait qu'une difficulté représente un obstacle, qu'elle ait un effet coercitif, qu'elle soit abstraite ou flagrante. Par ailleurs, l'exercice n'a pas pour but d'aboutir à une liste exhaustive de toutes les difficultés possibles. Il a plutôt pour objectif de faire générer un éventail plus large de difficultés en matière de choix au lieu d'exemples manifestes de coercition et de démontrer que la coercition abstraite et les obstacles en matière d'accès constituent également des violations des droits et touchent beaucoup plus de personnes.

Préparation

1. Créer une grille composée de quatre cellules en utilisant quatre feuilles du tableau et les coller au mur (voir le tableau ci-dessous). Les cellules horizontales doivent être dénommées obstacles/coercition, et les verticales abstraites/évidentes.

	Abstrait	Évident
Coercition		
Obstacles		

2. Afficher tous les résultats de la session précédente sur le mur, en regroupant tous les facteurs coercitifs et tous les facteurs qui représentent un obstacle de manière à ce que tout le monde puisse les voir.
3. Noter tous les objectifs de la session sur une feuille du tableau à feuilles mobiles.

Horaire	Contenu/méthodologie	RESSOURCES :
5 min.	1. Mettre le tableau à feuilles mobiles en vue et examiner les objectifs de la session.	Papier et marqueurs pour la liste des objectifs de la session
30 min.	<p>Activité : Classer les difficultés auxquelles sont confrontés le au choix et les droits contraceptifs par catégorie</p> <ol style="list-style-type: none"> Demander aux participants de jeter un coup d'œil rapide sur les résultats affichés au mur, les facteurs coercitifs et les obstacles à l'accès. Pour chaque facteur, demandez-leur de tenir compte du fait que la difficulté soit évidente (c'est-à-dire flagrante, évidente, intentionnelle ou directe) ou abstraite (autrement dit plus nuancée, indirecte ou accidentelle). Avoir pour objectif l'obtention d'un consensus pour chacun d'entre eux, en sachant que cela n'est pas toujours facile et que certains facteurs pourraient contribuer à une pression coercitive ou un obstacle (par exemple : préjugé des prestataires). Étant donné que chaque facteur correspond à une catégorie, placer chaque fiche sur la grille 2x2 que vous avez affichée au mur, en déployant toutes les difficultés sur les deux axes : 1) coercition/obstacle, et 2) évident/abstrait. Ensuite demander à chaque groupe de réfléchir au-delà de leur étude de cas et ce qui est déjà affiché pour identifier d'autres facteurs à ajouter sur la grille. Leur demander d'écrire ces idées sur des fiches comme précédemment. (Accorder 10 minutes.) Une fois que les fiches sont remplies, inviter un groupe à faire part d'un ou deux facteurs qu'ils ont identifiés comme coercition subtile. Les afficher sur la grille scotchée sur le mur. Ensuite, inviter le groupe suivant à ajouter jusqu'à deux facteurs, puis le troisième groupe et ainsi de suite jusqu'à ce que tous les groupes se soient exprimés. Puis, inviter un autre groupe à évoquer un ou deux facteurs qu'il a identifié comme étant un exemple de coercition évidente. Les afficher et parcourir le même processus, en collectant des éléments pour ce quadrant auprès de l'ensemble des groupes. Suivre le même processus pour les troisième et quatrième quadrants. Accorder 10 minutes pour ce compte-rendu. Se référer aux instructions destinées à l'animateur 4-1 : Échantillon de grille montrant les exemples illustratifs pendant l'exercice, pour veiller à ce que tous les concepts soient traités durant cette session. 	<p>RESSOURCES :</p> <p>Papier et marqueurs pour afficher les questions destinées aux participants</p> <p>Ruban adhésif</p> <p>Fiches colorées de 15x20cm et marqueurs</p> <p>Diapositive PowerPoint avec la grille et un exemple pour chaque quadrant (Diapositive 19)</p> <p>Les documents de l'animateur : Grille remplie avec des exemples de réponses</p>

Suite à la page suivante

Horaire	Contenu/méthodologie
5 min.	<p>Activité : Réflexion</p> <ol style="list-style-type: none">1. Demander aux participants d'examiner la grille et de réfléchir sur les questions suivantes :<ul style="list-style-type: none">• À votre avis, quel quadrant attire le plus l'attention des militants pour les droits, les donateurs, les décideurs, la communauté internationale, etc. ?• Quelles situations (dans quels quadrants) affectent le plus grand nombre de clients ?2. Noter leurs suggestions sur le tableau à feuilles mobiles et afficher la feuille sur un mur où les participants peuvent la voir. <p>✳ Messages à retenir à mettre en évidence :</p> <ul style="list-style-type: none">• Tous ces facteurs compromettent le choix et les droits humains et ils requièrent une attention, des garanties et une action corrective.• Les obstacles entravant l'accès affectent plus d'individus que la coercition. Des efforts plus importants sont nécessaires pour comprendre et supprimer les obstacles et veiller à un accès équitable pour tous.
5 min.	<p>Conclusion et réflexions</p> <ol style="list-style-type: none">1. Clore la session en demandant aux participants leurs réactions et commentaires à propos de l'exercice.

SESSION 4

SUPPORTS COMPLÉMENTAIRES

INSTRUCTIONS DESTINÉES AUX ANIMATEURS

4-1 : Grille présentant des exemples

SESSION 4

INSTRUCTIONS DESTINÉES AUX ANIMATEURS 4-1

GRILLE PRÉSENTANT DES EXEMPLES

Activité : Faire un brainstorming sur les difficultés et signes d'alerte à l'égard du choix total, libre et informé. Les éléments suivants sont des **exemples** de réponses à utiliser pour effectuer l'exercice de la grille pendant cette session :

	Abstrait	Évident
Coercition	<ul style="list-style-type: none"> • Préjugé du prestataire vis-à-vis de méthodes spécifiques • Incitations pour les prestataires et clients qui ont un impact sur l'autonomie, le pouvoir ou la prise de décision individuelle • Cibles et quotas • Pression communautaire/familiale • Système de santé défaillant pour veiller à la disponibilité des produits ou fournir une gamme de méthodes à tous les niveaux du système de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Stérilisation involontaire de minorités ethniques, des pauvres et des personnes séropositives • Mise à disposition d'incitations substantielles et matérielles pour les prestataires • Insertion postpartum de DIU ou stérilisation sans consentement • Rétention d'avantages pour non acceptation • Refus de retirer le DIU et/ou des implants
Obstacles	<ul style="list-style-type: none"> • Préjugé des prestataires à l'égard de méthodes spécifiques • Mauvaise interprétation des critères de recevabilité • Manque de : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Informations précises ▶ Soutien communautaire ou du conjoint pour la PF ou des méthodes spécifiques ▶ Accès aux technologies nouvelles/innovantes contraceptives • Mauvaise qualité de services • Normes de genre et statut des femmes (par règles en matière de consentement des époux) • Attitudes négatives à l'égard des populations marginalisées 	<ul style="list-style-type: none"> • Choix limité de méthodes disponibles (par exemple : méthodes spécifiques non disponibles, ruptures de stocks) • Manque de distribution équitable des points de vente de PF • Manque de prestataires formés • Services chers, non abordables • Refus d'accorder la PF aux jeunes non mariés

Définition de la coercition : La coercition en matière de PF repose sur des actions ou facteurs qui compromettent l'autonomie, le pouvoir, ou la liberté individuelle par rapport à l'utilisation de la contraception ou la prise de décision en matière de fécondité par la force, l'intimidation ou la manipulation.

SESSION 5

1 HEURE

CHOIX DE MÉTHODE CONTRACEPTIVE : DE QUOI S'AGIT-IL ET POURQUOI EST-CE IMPORTANT ?

OBJECTIFS

1. Identifier, du point de vue d'un client, les caractéristiques des méthodes qui sont importantes et l'éventail de méthodes qui devrait être offert
2. Expliquer le concept de choix de méthode contraceptive et examiner la gamme de méthodes à dispenser pour répondre aux intentions et préférences des clients en matière de fécondité.
3. Présenter la gamme actuelle de méthodes et discuter des personnes dont les besoins sont ou ne sont pas satisfaits

NOTE DESTINÉE AUX ANIMATEURS

Durant cette session, le concept de choix de méthode contraceptive sera présenté aux participants. Tout au long de la session, les participants seront encouragés à réfléchir de façon critique sur la manière dont la gamme de méthodes contraceptives d'un pays répond ou non aux besoins des individus. Les lectures et ressources figurant à la fin de cette section sont fortement recommandées comme lecture de fond pour l'animateur dans le cadre de sa préparation.

Préparation

1. En préparation de cette session, l'animateur devra accéder aux données issues de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) du pays dans lequel l'orientation a lieu et adapter les diagrammes en camembert pour la gamme locale de méthodes dans la présentation PowerPoint de la session, en utilisant les données de la prévalence contraceptive par méthode (voir les instructions destinées à l'animateur 5-1 : Récolter les données EDS et préparer les graphiques dans la présentation PowerPoint, page 53, pour les instructions). L'animateur doit également se familiariser avec deux exemples de diagramme en camembert et leurs analyses correspondantes pour la discussion menée à ce sujet.
2. Avant la session, choisir cinq profils de clients à partir des instructions destinées à l'animateur 5-2 : « Examiner les profils de clients selon l'optique des clients » et les copier sur les fiches.
3. Écrire les objectifs de la session sur une feuille du tableau.
4. Faire suffisamment de photocopies du Polycopié 5.1 : « Caractéristiques des méthodes d'un point de vue des clients » et les distribuer à l'ensemble des participants.

Horaire	Contenu/méthodologie	RESSOURCES :
5 min.	1. Exposer le tableau à feuilles mobiles et examiner les objectifs de la session.	Diapositive PowerPoint 21
15 min.	<p>Activité : Optique des clients</p> <ol style="list-style-type: none"> Choisir cinq participants pour lire chacun des profils de client, et après chaque lecture, poser les questions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> Quelles caractéristiques cette cliente peut-elle rechercher dans une méthode contraceptive ? En fonction de vos connaissances et expériences des services et fournitures disponibles sur votre lieu de travail, cette cliente serait-elle capable de choisir une méthode qui réponde à ses intentions et souhaits en matière de fécondité ? Lancer une discussion de groupe en utilisant les suggestions figurant dans les Instructions destinées à l'animateur 5-3 : Guide de discussion selon l' « Optique des clients ». Après avoir lu et abordé tous les profils de clients, distribuer le polycopié 5.1. Expliquer que ce document établit une liste de différentes caractéristiques de méthodes qui sont importantes pour les clients, et que bon nombre d'entre elles ont été évoquées durant la discussion précédente. Noter que les décisions relatives aux types de contraceptifs dispensés par les programmes s'appuieront sur les priorités des donateurs ou des programmes, au lieu des besoins et préférences des clients. Ensuite expliquer que du point de vue des clients, on constate qu'ils tiennent compte des caractéristiques des méthodes lorsqu'ils décident d'utiliser ou non les contraceptifs et la méthode à utiliser. Puis, poser la question suivante : <ul style="list-style-type: none"> Existe-t-il des facteurs ou variables qui devraient être pris en considération pour déterminer le type de méthodes mis à disposition, pour veiller à ce que le choix de méthode contraceptive soit une réalité pour l'ensemble des clients ? Expliquer que le choix de méthodes d'un programme peut s'évaluer de diverses manières et que le reste de la session sera consacré à une discussion sur le choix d'une méthode dans le cadre d'un programmes de PF. 	<p>RESSOURCES :</p> Diapositive PowerPoint 22–23 Morceaux de papier ou fiches avec les descriptions de client Papier et marqueurs Polycopié 5.1 : Caractéristiques des méthodes d'un point de vue des clients
5 min.	<p>Introduction aux concepts relatifs aux choix de méthode</p> <ol style="list-style-type: none"> Présenter le concept de choix de méthode contraceptive comme souligné dans les diapositives PowerPoint. Sur la diapositive 27, présenter le concept biaisé de gamme de méthodes et décrire les deux exemples de diagrammes en camembert : <ul style="list-style-type: none"> La gamme contraceptive du pays 1 est dominée par les méthodes permanentes (63%), 26% des femmes ont recours aux méthodes à courte durée d'action et seulement 4% utilisent les méthodes réversibles à longue durée d'action. La gamme contraceptive du pays 2 est dominée par les méthodes à courte durée d'action (69%), tandis que 22% des femmes utilisent des méthodes permanentes et seulement 4% d'entre elles utilisent des méthodes réversibles à longue durée d'action. 	<p>RESSOURCES :</p> Présentation pour les diapositives PowerPoint 24-27

Horaire	Contenu/méthodologie	
15 min.	<p>Analyse de la gamme contraceptive sur la base d'exemples</p> <ol style="list-style-type: none"> En vous référant au pays 1, demander aux participants : <ul style="list-style-type: none"> Quelles questions relatives au choix contraceptif ces données soulèvent-elles ? Quels facteurs pourraient contribuer à cette situation ? Réitérer cette analyse pour le Pays 2. Utiliser les questions de relance suivantes, si nécessaire : <ul style="list-style-type: none"> Pour le pays 1, quels facteurs peuvent contribuer au haut niveau d'utilisation de méthodes permanentes ? Pourquoi les méthodes réversibles à longue durée d'action peuvent-elles être limitées dans leur utilisation ? Pour le pays 2, quels facteurs peuvent contribuer au haut niveau d'utilisation de méthodes à courte durée d'action ? Pourquoi les méthodes réversibles à longue durée d'action peuvent-elles être limitées dans leur utilisation ? Se préparer à donner des exemples de facteurs qui soutiennent la gamme actuelle de méthodes contraceptives : la capacité limitée pour fournir certaines méthodes (compétences, fournitures) ; préjugé des prestataires ; réglementations qui limitent la délégation des tâches ; les préférences des clients ; le caractère abordable de certaines méthodes ; etc. 	<p>RESSOURCES :</p> <p>Discussion plénière (diapositive 28)</p>
15 min.	<p>Analyse de la gamme locale des méthodes contraceptives</p> <ol style="list-style-type: none"> Décrire les données figurant dans le diagramme en camembert pour les participants en mettant en évidence les différentes méthodes utilisées et celles qui sont les plus au top (comme vous l'avez fait pour les exemples de diagrammes en camembert). Demander aux participants d'observer les données apparaissant dans le diagramme en camembert et leur poser les questions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> Quelles questions relatives au choix contraceptif ces données soulèvent-elles ? Quels facteurs peuvent soutenir la combinaison actuelle de méthodes contraceptives ? <i>Exemples</i> : Disponibilité différente des produits contraceptifs dans le secteur public, privé et non-gouvernemental ; la capacité limitée à fournir certaines méthodes (compétences, fournitures) ; préjugés des prestataires ; réglementations limitant la délégation des tâches ; préférences des clients ; coûts abordables de certaines méthodes ; etc. Dans quelle mesure la gamme contraceptive répond-elle aux besoins actuels ou émergents dans les différents groupes (par exemple, les jeunes, les hommes, les femmes postpartum, les clients séropositifs, les groupes géographiques défavorisés, ou les clients ayant des intentions différentes en matière de reproduction pour retarder, espacer ou limiter les futures naissances) ? Noter les réponses des participants sur une feuille du tableau. Si vous devez poser des questions supplémentaires pour relancer la discussion, tenez compte des suggestions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> Certaines méthodes sont-elles offertes à différents groupes de clients (par exemple, par âge, sexe, intention en matière de reproduction, situation en termes de lactation, profil de santé, type de minorité, ou salaire) ? Existe-t-il des choix de méthodes acceptables pour les femmes et les hommes qui souhaitent espacer les naissances et ceux qui souhaitent limiter pour les futures naissances ou pour ceux qui préfèrent une contraception hormonale et ceux pour qui cela n'est pas le cas ? 	<p>RESSOURCES :</p> <p>Diagrammes en camembert sur la gamme contraceptive du pays, en utilisant la méthode qui figure dans la présentation PowerPoint dans la diapositive 29</p> <p>Diapositives 29-30</p> <p>Papier pour tableau mobile</p>

Suite à la page suivante

Horaire	Contenu/méthodologie
---------	----------------------

Note : Contrairement à l'exemple figurant dans les diagrammes en camembert, la discussion devrait être davantage concentrée sur les connaissances des participants du programme local de PF.

5. Ensuite, demander aux participants de penser aux personnes dont les besoins pourraient ne pas être satisfaits par la gamme actuelle de méthodes contraceptives.
 - D'après vous, qui sont-elles (par exemple, adolescents, les personnes vivant avec le VIH, les femmes vivant en milieu rural) ?
 - Qu'est-ce qui pourrait influencer sur leur décision d'utiliser ou non des méthodes contraceptives ?
 - Pourquoi est-il possible qu'elles n'utilisent pas la méthode de leur choix correctement ou systématiquement ?
 - À chaque niveau, quels facteurs pourraient contribuer à des obstacles à l'accès ?
6. Enfin, demander :
 - Quelles questions ou contraintes empêchent l'expansion du choix de méthodes contraceptives ? Comment peut-on y remédier ?
7. Conclure la discussion en décrivant les différentes caractéristiques des méthodes que les clients envisagent lorsqu'ils font des choix par rapport à l'utilisation de la contraception qui peuvent ne pas être pris en compte par les entités qui financent les programmes et les mettent en œuvre.

5 min.

Conclusion

1. Demander aux participants : Quels messages clefs retenez-vous de cette session ?

✳ **Message à retenir :**

- Les gouvernements et programmes ont le devoir de rendre disponible et accessible la plus vaste gamme possible de méthodes pour les clients afin de répondre aux besoins et préférences changeants pendant leur vie.

RESSOURCES :
Diapositive
PowerPoint 31

SESSION 5

SUPPORTS COMPLÉMENTAIRES

POLYCOPIÉ

5.1 : Caractéristiques des méthodes du point de vue des clients

INSTRUCTIONS DESTINÉES AUX ANIMATEURS

5-1 : Récolter les données EDS et préparer les graphiques dans la présentation PowerPoint

5-2 : Examiner les profils de clients selon l' « Optique des clients »

5-3 : Guide de discussion selon l' « Optique des clients »

SESSION 5

POLYCOPIÉ 5.1 :

CARACTÉRISTIQUES DES MÉTHODES D'UN POINT DE VUE DES CLIENTS

Facilité d'utilisation

- Requiert/ne requiert pas un examen pelvien
- Fréquence d'utilisation/visites de dispensaire
- Requiert/ne requiert pas de toucher l'appareil génital
- Est lié ou non à une relation sexuelle
- A/n'a pas d'impact sur le plaisir
- Effets secondaires
- Non chirurgical ou chirurgical
- Risques
- Discrétion

Mode d'action

- Hormonal
- Non-hormonal
- Barrière

Durée de l'efficacité

- Courte durée d'action
- Longue durée d'action réversible
- Permanente

Facilité d'accès

- Secteur public
- Secteur privé
- Kiosque
- Centre médical ou hôpital
- Distributeur à domicile

Contrôle de la méthode

- Client
- Partenaire
- Prestataire

Facilité de l'interruption

Acceptabilité culturelle

Caractère abordable

Autres :

SESSION 5

INSTRUCTIONS DESTINÉES AUX ANIMATEURS 5-1 :

RÉCOLTER LES DONNÉES EDS ET PRÉPARER LES GRAPHIQUES DANS LA PRÉSENTATION POWERPOINT

Si une version électronique de la présentation PowerPoint sur l'Orientation n'est pas disponible, les graphiques nécessaires à l'animation de cette session peuvent être insérés dans une nouvelle diapositive PowerPoint en suivant les instructions suivantes. Les données et rapports de nombreux pays peuvent être consultés via <http://www.dhsprogram.com/publications/index.cfm>. À défaut, StatCompiler (<http://www.statcompiler.com>) peut être utilisé pour sélectionner un taux de prévalence contraceptive (TPC) data. Pour accéder à ces données dans StatCompiler :

- Cliquer sur « Data Table » (à droite de la page).
- Choisir le pays qui vous intéresse, ensuite cliquer sur « Next ».
- Cliquer sur l'onglet « Complete list ».
- Sélectionner « Family Planning ».
- Sélectionner « Current use of contraception ».
- Sélectionner « Current use of contraception » de nouveau.
- Sélectionner tous les contraceptifs qui vous intéressent, et cliquer sur OK.

Un tableau sera généré avec les données actuelles qui pourront ensuite être utilisées en vue de la conception du diagramme en camembert dans PowerPoint.

Dans PowerPoint :

- Sur une nouvelle diapositive, cliquer sur l'icône « Graphique » au milieu de la diapositive. Si la diapositive est vide, cliquer sur l'onglet « Insérer » et ensuite cliquer sur « Diagramme ».
- Choisir « Diagramme en camembert » à partir de la liste de diagrammes proposés.
- Un diagramme générique sera généré et un tableau apparaîtra.

Pour la diapositive sur la gamme de méthodes :

- Dans la rangée 1 de la colonne B, saisir le titre du tableau, ou préciser les données rapportées dans le diagramme en camembert. Dans la colonne A du tableau, énumérer les noms de toutes les méthodes contraceptives figurant dans l'EDS, en commençant par la

Méthode contraceptive	Utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes mariées en âge de procréer
Stérilisation féminine	x,x %
Stérilisation masculine	x,x %
Dispositif intrautérin (DIU)	x,x %
Implants	x,x %
Injectables	x,x %
Pilule	x,x %
Préservatifs	x,x %
Aménorrhée de lactation	x,x %
Traditionnelle	x,x %
Autre	x,x %

rangée 2. Dans les rangées restantes de la colonne B, saisir le pourcentage de femmes qui utilisent cette méthode, comme indiqué dans l'EDS. Pour que le graphique soit lisible, il faudra diviser le nombre de femmes utilisant une méthode spécifique par le TPC total.

SESSION 5

INSTRUCTIONS DESTINÉES AUX ANIMATEURS 5-2 :

EXAMINER LES PROFILS DE CLIENTS SELON L'« OPTIQUE DES CLIENTS »

Instructions : Avant la session, copier les profils de client sur des fiches (changer les noms pour les adapter au contexte local) et demander à différents participants de lire chacun des profils à haute voix. Après chaque description de client, poser les questions suivantes : « Quelles caractéristiques cette cliente peut-elle rechercher dans une méthode contraceptive ? » Demander aux participants de citer différentes caractéristiques. Écrire leurs réponses sur une feuille du tableau à feuilles mobiles. Ensuite poser la question suivante : « En fonction de vos connaissances concernant les services et les contraceptifs disponibles, le/la client/e serait-il/elle capable d'obtenir la méthode correspondant à ses besoins ? »

Profil Client A

Louise a 17 ans et elle a un bébé de six mois. Elle vient juste de commencer une nouvelle relation et pourrait souhaiter avoir un autre bébé d'ici un an ou deux. Elle vit dans une culture où les préservatifs sont essentiellement utilisés pour prévenir le VIH. Bien que certains hommes veuillent les utiliser en prévention d'une grossesse, ce n'est pas le cas pour la plupart d'entre eux. Elle n'a jamais utilisé de méthode contraceptive auparavant et elle a un accès limité aux services du secteur public. Elle sait que les contraceptifs oraux et préservatifs sont vendus dans sa ville.

Profil Client B

Géraldine est une mère de quatre enfants, âgée de 32 ans vivant dans une communauté à prédominance conservatrice. Elle est satisfaite de la taille de sa famille et ne souhaite pas avoir plus d'enfants. Son époux et elle ont actuellement recours à la méthode du retrait pour prévenir une grossesse éventuelle, mais elle craint de tomber enceinte malgré tout. Elle n'a pas le temps de se rendre régulièrement au service de planification familiale. Elle sait que les services mobiles sont parfois présents dans le village.

Profil Client C

Mary a 25 ans, elle a deux enfants. Elle est tombée enceinte de son deuxième enfant plus tôt qu'elle ne l'avait prévu car elle ne prend pas systématiquement la pilule. Elle voudrait attendre avant d'avoir un autre enfant d'ici quelques années, mais elle est gênée par les effets secondaires de la pilule.

Profil Client D

Joséphine a 23 ans et elle a deux enfants. Elle est illettrée, et sa famille est contre la planification familiale. Elle travaille dur dans leur ferme et elle ne veut pas d'autres enfants, mais elle a peur de désobéir à son mari.

Profil Client E

Sarah a 30 ans, elle a deux enfants, et elle est enceinte de son troisième enfant. Son mari voyage pendant plusieurs mois d'affilée, c'est pourquoi leurs rapports sexuels sont peu fréquents. Elle n'est pas sûre qu'ils veuillent plus d'enfants ; elle veut attendre au moins deux ans avant d'en avoir un autre. L'agent de santé communautaire s'est déplacé et a parlé de planification familiale et du fait que Sarah accouche à l'hôpital.

Profil Client F

Carlos est père de trois enfants. Son épouse et lui sont satisfaits de la taille de leur famille, et ils ne veulent pas d'autres enfants. Son épouse utilise des injectables pour prévenir la grossesse depuis 3.5 ans, mais les visites répétées au service de planification familiale sont peu pratiques et lui reviennent chères.

Profil Client G

Elaine est âgée de 15 ans. Elle veut continuer ses études. Elle a un petit ami et n'a jamais eu de relations sexuelles mais elle sait qu'elle aura probablement des relations sexuelles avant de se marier. Elle veut éviter de tomber enceinte jusqu'à ce qu'elle ait terminé ses études et soit bien établie.

SESSION 5

INSTRUCTIONS DESTINÉES AUX ANIMATEURS 5-3 :

GUIDE DE DISCUSSION SELON L'« OPTIQUE DES CLIENTS »

Quelles caractéristiques cette cliente peut-elle rechercher dans une méthode contraceptive ?

Lancer une discussion de manière à ce que les participants puissent réfléchir sur certaines caractéristiques qui figuraient dans la diapositive 23 :

- *Exemple* : Il est possible que Louise choisisse une méthode qu'elle puisse commencer ou interrompre, en fonction de sa situation en termes de relations - c'est-à-dire une méthode qu'elle contrôle.
- *Exemple* : Il se peut que Géraldine souhaite une méthode à laquelle elle n'aura pas à penser pendant au moins quelques années après l'avoir prise ; elle peut tenir compte de l'acceptabilité culturelle des méthodes.
- *Exemple* : Joséphine peut souhaiter une méthode qu'elle peut cacher à son mari, ou elle peut vouloir un soutien pour faire changer l'attitude de sa famille sur la PF, donc elle peut l'utiliser dans un environnement favorable.

Demander aux participants de garder ces clients à l'esprit alors qu'ils réfléchissent aux services dispensés par leurs programmes.

En fonction de vos connaissances et expériences des services et fournitures disponibles sur votre lieu de travail, cette cliente serait-il capable de choisir une méthode qui réponde à ses intentions et souhaits en matière de fécondité ?

Questions de clarification :

- À quelle fréquence les méthodes sont-elles en rupture de stock ?
- Les établissements ont-ils suffisamment de personnel formé pour dispenser des méthodes réversibles et permanentes à longue durée d'action ?
- Les prestataires disposent-ils des infrastructures requises, notamment pour garantir la prévention des infections pour fournir des méthodes réversibles à longue durée d'action et les méthodes permanentes ?
- Les prestataires de soins ont-ils le temps de conseiller les clients et de fournir des informations précises et non biaisées ?

- Des services du secteur public et privé sont-ils disponibles ? Présentent-ils des différences substantielles en termes de qualité ?
- Quelles options sont offertes aux femmes après un accouchement ou un avortement ?

Existe-t-il des facteurs ou variables qui devraient être pris en considération pour analyser la gamme des méthodes mises à disposition, pour veiller à ce que le choix de méthode contraceptive soit une réalité pour l'ensemble des clients ?

Exemples :

- Le caractère adapté des méthodes par rapport au contexte culturel (méthodes qui ne sont pas culturellement adaptés pour certains groupes pourrait être acceptable pour d'autres ; le groupe dominant ne doit pas prévaloir)
- Délégation des tâches/disponibilité des services
- Caractère abordable des méthodes

Quelles questions ou contraintes empêchent l'expansion du choix de méthodes contraceptives ? Comment peut-on y remédier ?

Exemples :

- Modalités de service inadaptées pour les populations tels que les adolescents, les femmes postpartum, les hommes, les personnes vivant avec le VIH
- Prestation de service biaisée dans un secteur (par exemple, manque d'implication du secteur privé dans la PF et une collaboration insuffisante entre les secteurs public-privé pour favoriser une approche globale de marché)
- Nombre limité de prestataires formés
- Fréquentes ruptures de stock en matière de contraceptifs, de fournitures et d'équipement
- Faible utilisation de certaines méthodes, ce qui met les prestataires mal à l'aise pour les proposer (par exemple, ils pratiquent rarement leurs compétences)
- Infrastructures sanitaires inadaptées
- Utilisation inadaptée du secteur privé ou des alternatives par rapport à la prestation de service fixe du secteur public
- Des protocoles sur les personnes habilitées à offrir les méthodes
- Les prestataires et le personnel font des suppositions sur le type de méthodes que les clients trouveront acceptables.

Exemples d'approches visant à régler les problèmes énumérés ci-dessus :

- Accroître le soutien politique et communautaire pour les services amis des jeunes
- Améliorer la formation et en mettant l'accent sur l'offre de PF postpartum

- Utiliser une approche totale du marché afin de combler les lacunes et toucher plus de clients
- Promouvoir la délégation des tâches pour accroître le nombre de prestataires pouvant assurer des services de PF
- Trouver des moyens d'attirer des personnes vers le domaine de la prestation de services de PF
- Améliorer les chaînes d'approvisionnement pour la PF
- Fournir des formations de recyclage aux prestataires afin de pratiquer l'insertion de DIU, d'implants et la ligature des trompes
- Plaider pour des investissements accrus dans les infrastructures sanitaires
- Plaider pour les changements politiques pour permettre la délégation des tâches
- Former les prestataires par rapport au traitement respectueux des clients et à la prise de décision volontaire et informée

SESSION 6

1 HEURE, 45 MIN.

RESPONSABILITÉ DES PROGRAMMES DE PF DANS LE CHOIX TOTAL, LIBRE ET INFORMÉ

OBJECTIFS

1. Développer la connaissance des situations qui aboutissent à des vulnérabilités qui pourraient compromettre le choix total, libre et informé et même dans les programmes bien intentionnés
2. Identifier les actions que les parties prenantes individuelles impliquées dans les programmes de PF (prestataires de service, managers de programme, décideurs, bailleurs de fonds) peuvent prendre et inclure dans un plan visant à suivre et exercer leurs responsabilités et garantir le choix total, libre et informé dans leurs programmes

NOTE DESTINÉE AUX ANIMATEURS

Cette session comprend deux activités. Lors de la première activité, il a été demandé aux participants d'examiner et de débattre sur quelques vignettes qui illustrent la façon dont les interventions de programmes bien intentionnés peuvent générer des vulnérabilités en ce qui concerne le choix total, libre et informé dans les programmes de PF.

À la suite d'une brève présentation, pour la seconde activité, les participants devront essayer de voir si ces vulnérabilités ou d'autres existent dans leurs propres programmes et identifier les actions qu'ils peuvent prendre à partir de n'importe quel point de vue s'inscrivant dans le programme, afin de renforcer la responsabilité du programme.

Préparation

1. Écrire les objectifs de la session sur une feuille du tableau.
2. Faire une photocopie des instructions destinées à l'animateur 6-1 : Vignettes de programme – vulnérabilités par rapport au choix total, libre et informé, découper le papier en lanières, une pour chacune des vignettes.

Horaire	Contenu/méthodologie	
5 min.	1. Mettre le tableau à feuilles mobiles en vue et examiner les objectifs de la session.	RESSOURCES : Diapositive PowerPoint 33
55 min.	<p>Activité : Bonnes intentions/conséquences imprévues</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Répartir les participants au sein de petits groupes de cinq participants et donner à chaque groupe une vignette sur le programme. 2. Demander aux participants d'évoquer brièvement les questions suivantes dans leur groupe (20 minutes) : <ul style="list-style-type: none"> • Qu'a fait le programme pour soutenir le choix total, libre et informé ? (la bonne intention) • En quoi cette situation contribue-t-elle aux vulnérabilités qui ont un impact négatif sur l'expérience des clients en matière de choix total, libre et informé ? (la conséquence imprévue) • Comment la bonne intention a-t-elle mal tourné ? (vulnérabilité) • Quelles protections auraient pu être mises en œuvre au début pour limiter cette vulnérabilité ? (stratégie de prévention) • Quelles protections peuvent être mises en place maintenant et quelles actions pourraient être prises pour remédier au problème ? 3. Demander aux petits groupes de faire leur compte-rendu rapidement lors de la plénière (environ 5 minutes par groupe, ou 25 minutes au total) : <ul style="list-style-type: none"> • Lire la vignette et résumer la description de la bonne intention, de la conséquence imprévue et d'une éventuelle solution selon le groupe. 4. Animer une discussion parmi les groupes en posant les questions suivantes (10 minutes) : <ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les vulnérabilités des interventions de programme qui soutiennent : <ul style="list-style-type: none"> ▶ la promotion d'une méthode spécifique ? ▶ le financement en fonction de la performance ? ▶ les programmes avec des cibles et/ou incitations ? ▶ des programmes démographiques ? • Ce qui peut être fait par ces programmes pour assurer le choix total, libre et informé ? 	RESSOURCES : Diapositives PowerPoint 34-35 Vignettes A-E, une vignette par groupe Papier et marqueurs
40 min.	<p>Activité : De quoi suis-je chargé ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Présenter les concepts clés sur ce qui peut être fait pour renforcer la responsabilité dans le cadre du programme. (10 minutes) <ul style="list-style-type: none"> • Suivi habituel • Mise en œuvre des protections habituelles <ul style="list-style-type: none"> ▶ Counseling ▶ Mécanismes de feedback des clients • Protocoles établis pour enquêter sur les problèmes ou rumeurs relatives au volontarisme • Processus/responsabilités clairs pour remédier au problème • Mécanisme clair instauré pour fournir un système de recours aux clientes si/en cas d'abus contre le volontariat 	RESSOURCES : Diapositive PowerPoint 36 Papier et marqueurs pour enregistrer les réponses des participants

Suite à la page suivante

Horaire	Contenu/méthodologie
---------	----------------------

2. Demander aux participants de travailler individuellement pendant cinq minutes pour répondre aux questions suivantes (voir la diapositive PowerPoint 37) :
 - Dans votre fonction actuelle, dans quelle mesure êtes-vous responsable de garantir le choix total, libre et informé ?
 - En fonction de ce que vous avez appris lors de cette orientation, quelles questions ou vulnérabilités peuvent exister dans votre programme de PF ? [Ou, si vous ne travaillez pas dans un programme spécifique de PF à l'heure actuelle, quels types de problèmes ou vulnérabilités avez-vous observé dans les programmes de PF qui vous sont familiers ?]
 - Qu'est-ce qui est actuellement fait pour assurer un suivi et protéger le choix total, libre et informé dans votre programme ?
3. Une fois que les participants ont eu le temps d'étudier les questions, lancer une discussion (15 minutes). Commencer par poser la question suivante :
 - Combien d'entre vous êtes chargés de garantir le choix total, libre et informé (demander à ceux qui lèvent la main) ?
4. Parmi ceux qui ont levé la main, demander des exemples de lieu où le choix total, libre et informé est vulnérable. Obtenir des exemples de la part de différents types de parties prenantes (prestataires de service, agents de santé communautaires, responsables, décideurs, donateurs, etc.)
5. Demander aux participants de fournir/décrire des cas d'atteintes portées au choix total, libre et informé dans le cadre de leurs programmes. Pour un ou deux exemples, animer une discussion en ayant recours aux questions suivantes :
 - D'autres personnes ont-elles observé cela ou des éléments similaires dans leurs programmes ? Quelle est la fréquence de ce problème ?
 - Comment le saviez-vous ? Quelles sont les données qui vous ont permis d'obtenir ces informations ? Avez-vous fait un suivi de cet élément ?
 - Quelles actions de suivi ont été prises ? [Relances : Investigations ? Avec quels protocoles ? Qui était responsable ? Quelles protections pourraient empêcher que cela se reproduise ? Que feriez-vous pour les clients dont la volonté a été compromise ?

5 min.

Conclusion

1. Demander aux participants : Quels messages clés retenez-vous de cette session ?

RESSOURCES :

Diapositive
PowerPoint 38

☀ **Messages clés à retenir**

- Prestataires de service (ou ceux chargés de conseiller) ne sont pas les seuls à avoir pour responsabilité de garantir le caractère volontaire du choix. Tous les acteurs, des donateurs aux décideurs, en passant par les agents de santé communautaire, jouent un rôle dans la protection et le suivi du choix total, libre et informé.
- Vulnérabilités vis-à-vis du choix total, libre et informé peuvent exister – même avec les programmes qui ont les meilleures intentions. Souvent, les politiques ou plans de bonne qualité en matière de programme sont affaiblis par une mauvaise application ou supervision.
- Pour que les programmes veillent au choix total, libre et informé, il est nécessaire d'établir un plan qui présente clairement les protections, le type de suivi habituel et la manière dont le programme identifiera les problèmes et enquêtera, suivra et trouvera une réparation en cas de problème.

SESSION 6

SUPPORTS COMPLÉMENTAIRES

INSTRUCTIONS DESTINÉES AUX ANIMATEURS

6-1 : Vignettes de programme – vulnérabilités par rapport au choix total, libre et informé

SESSION 6

INSTRUCTIONS DESTINÉES AUX ANIMATEURS 6-1 :

VIGNETTES DE PROGRAMME – VULNÉRABILITÉS PAR RAPPORT AU CHOIX TOTAL, LIBRE ET INFORMÉ

Le programme A vient juste de mettre en place un système de financement fondé sur la performance afin de récompenser les structures sanitaires qui contribuent au développement de la qualité et du nombre de services de manière à avoir des ressources supplémentaires pour motiver et retenir le personnel du centre de santé. Le Docteur Joseph est le directeur d'un centre de santé très prisé qui offre des soins primaires aux sous-districts environnants. Il a signé un contrat avec le ministère central dans lequel figure un plan de service ayant pour objectif d'augmenter le nombre de clients conseillés pour la PF et le nombre de clients qui adoptent une méthode de PF. L'équipe de l'établissement reçoit 1 000 ML¹ pour de nouvelles utilisatrices d'injectables et 2 500 ML pour les nouvelles utilisatrices d'implant ou de dispositif intra-utérin (DIU). Le plan ne prend pas en charge les références de méthodes permanentes et il ne subventionne pas les clients qui reviennent. Le Docteur Joseph a utilisé les paiements pour augmenter les salaires de l'équipe de PF, ce qui les a motivés pour redoubler d'efforts. Le personnel a constaté que s'ils insistent sur les avantages du DIU et minimisent les effets secondaires, plus de femmes adopteraient le DIU au lieu d'opter pour les nouvelles injections, ce qui contribuerait à la poursuite des subventions au bénéfice de l'équipe de PF.

Dans le programme B, le ministère de la Santé a recruté une organisation non-gouvernementale pour soutenir les services mobiles dans les zones rurales éloignées afin d'augmenter l'accès aux implants, dans le cadre d'une stratégie plus vaste visant à élargir la combinaison de méthodes et accroître la prévalence contraceptive. L'équipe mobile visite une zone spécifique tous les 4-6 mois. L'utilisation initiale a été rapide, en particulier du fait du niveau élevé de besoin non satisfait dans ces domaines et surtout chez les femmes qui n'ont jamais utilisé de contraception auparavant. Parallèlement à cette utilisation croissante, le nombre de demandes de retrait d'implants a augmenté ; cependant, il n'y a aucun prestataire formé en la matière dans ces communautés.

¹ ML = monnaie locale.

Le programme C a été conçu pour accroître la disponibilité et l'utilisation du DIU postpartum parmi les femmes qui accouchent dans de grandes maternités dans la capitale. Les prestataires ont bénéficié d'une orientation sur deux messages clés : 1) l'important besoin non satisfait en matière de contraception parmi les femmes postpartum et le fait que le recours à la PF fournit un avantage « gagnant-gagnant » pour la mère et l'enfant ; et 2) le DIU est une méthode rentable, à longue durée d'action (et il contribue à un couple-année de protection plus important que pour beaucoup d'autres méthodes). Les ressources dédiées ont été investies dans l'hôpital dans le cadre d'un projet portant sur une méthode spécifique pour soutenir l'adoption du DIU postpartum, ce qui créera des attentes parmi les prestataires associés au projet pour accroître le nombre de clientes qui bénéficient d'un DIU postpartum.

Le programme D voudrait augmenter l'utilisation de contraceptifs et ses membres ont conscience que dans certaines régions l'utilisation de la PF est tabou. Ils souhaitent les aider à changer les attitudes, éduquer les familles quant aux avantages de la planification familiale, et rendre les services plus disponibles ; aussi commencent-ils par un programme d'extension appliqué aux agents de santé communautaire. Les agents de santé communautaire visitent les domiciles, développent des relations avec les familles et encouragent l'utilisation de la PF. Ce sont des femmes respectées au sein de la communauté. Le superviseur du District X suit de près la performance des agents de santé communautaire qu'il supervise. Il attend d'elles l'obtention de nouvelles utilisatrices chaque mois, dans le cas contraire, elles peuvent perdre du salaire voire leur poste.

Dans le programme E, dans le cadre d'une politique globale de développement économique, le gouvernement du pays souhaiterait inciter les couples à avoir le nombre d'enfants qu'ils pourront assumer. Les membres du programme ont décidé de lancer une campagne afin de promouvoir les petites familles. Ils ont créé des messages radio et des annonces publicitaires pour la télévision et ils utilisent les divertissements communautaires pour expliquer que les parents responsables n'ont que les enfants qu'ils peuvent assumer – et que les citoyens responsables font leur devoir en ayant des petites familles. Lors de la campagne, la PF est promue pour veiller à ce que les enfants ne naissent que si les parents sont prêts. Espérant que ces messages seront efficaces, ils travaillent en étroite collaboration avec les prestataires de soins et les réseaux de bénévoles communautaires pour s'assurer que les informations et services de PF sont disponibles. Les agents de santé communautaire et les prestataires commencent à dire aux femmes que deux enfants suffisent et qu'ils doivent utiliser la PF pour éviter d'en avoir davantage. Les prestataires commencent également à traiter les femmes qui ont trois enfants ou plus de manière impolie si elles n'adoptent pas la PF.

SESSION 7

1 HEURE

CONCLUSION ET RÉFLEXIONS

OBJECTIFS

1. Mettre en évidence et renforcer les concepts et messages clefs
2. Demander aux participants d'identifier des mesures concrètes qu'ils peuvent prendre pour partager leur apprentissage et veiller au choix total, libre et informé dans le cadre des programmes de PF qu'ils soutiennent ou mettent en œuvre dans leur travail
3. Remplir la fiche sur l'évaluation de l'atelier

NOTE DESTINÉE AUX ANIMATEURS

Cette session a pour but de consolider des concepts et messages clefs et faire en sorte que chaque participant parte de l'atelier en se sentant confiant et revigoré par rapport aux actions qu'ils peuvent prendre pour appliquer ce qu'ils ont appris dans leur propre travail. Elle se conclura par l'évaluation de l'atelier, pour donner du feedback aux organisateurs en vue de la conception et de la conduite d'ateliers similaires à l'avenir.

Préparation

1. Faire suffisamment de photocopies du Polycopié 7.1 : Déclaration d'engagement et du polycopié 7.2 : Évaluation de l'atelier pour chaque participant.

Horaire	Contenu/méthodologie	RESSOURCES :
25 min.	<p>Récapitulatif des concepts et messages clefs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demander aux participants de travailler par groupe de deux personnes pour identifier les trois concepts et messages les plus importants de l'atelier à retenir. Leur accorder cinq minutes pour le faire. 2. Demander à un groupe de citer une réponse, ensuite passer rapidement dans la salle pour demander à d'autres groupes d'ajouter de nouvelles idées. Écrire leurs réponses sur une feuille du tableau. 3. Recommencer ce processus pour une deuxième fois et ensuite une troisième fois, jusqu'à ce que toutes les réponses aient été notées en évitant les répétitions. 4. Examiner les instructions destinées à l'animateur 7-1 : Fiche de référence des messages clefs pour tous les points majeurs qui ont été oubliés et les ajouter à la fin. 	<p>Papier pour tableau à feuilles mobiles Marqueur</p>
15 min.	<p>Application des nouvelles connaissances et des nouveaux apprentissages dans votre travail</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distribuer les formulaires de déclaration d'engagement et demander aux participants de compléter les phrases suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Suite à cet atelier, je : <ul style="list-style-type: none"> ▶ vais appliquer ce que j'ai appris pour renforcer le choix total, libre et informé et les droits humains dans le(s) programme(s) de PF que je soutiens/dans lesquels je travaille (comment ?) <p>_____</p> ▶ faire part de ce que j'ai appris à _____ par _____ (comment ?) 2. Accorder cinq minutes aux participants pour compléter les affirmations. Ensuite, les inviter à faire part de leurs réponses, en demandant aux personnes d'ajouter de nouvelles idées à ce qui ont déjà été données. Une fois cette activité terminée, demander aux participants de remettre les déclarations à l'animateur. 	<p>RESSOURCES : Polycopié 7.1 : Déclaration d'engagement</p>
5 min.	<p>Remerciements et au revoir</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Remercier les hôtes, les invités éventuels de l'atelier, ceux qui ont assuré un soutien logistique et les participants. 2. Encourager les participants à emporter leurs déclarations sur les actions de suivi avec eux, pour qu'ils se souviennent des engagements qu'ils ont pris. 3. Conclure par leur engagement d'être de véritables défenseurs du choix contraceptif et des droits humains en matière de PF, en insistant sur l'importance de ce travail. 	
15 min.	<p>Évaluation de l'atelier</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distribuer la fiche d'évaluation et accorder 15 minutes aux participants pour qu'ils la remplissent. 	<p>RESSOURCES : Polycopié 7.2 : Évaluation de l'atelier</p>

SESSION 7

SUPPORTS COMPLÉMENTAIRES

POLYCOPIÉS

- 7.1 : Déclaration d'engagement
- 7.2 : Évaluation de l'atelier

INSTRUCTIONS DESTINÉES AUX ANIMATEURS

- 7-1 : Fiche de référence sur les messages clefs

SESSION 7

POLYCOPIÉ 7.1 :

DÉCLARATION D'ENGAGEMENT

Suite à cet atelier, je :

- vais appliquer ce que j'ai appris pour renforcer le choix total, libre et informé et les droits humains dans le(s) programme(s) de PF que je soutiens/dans lesquels je travaille (comment ?)

- vais faire part de ce que j'ai appris à _____

par _____

(comment ?)

Signé :

Nom du participant : _____

Institution : _____

Date : _____

SESSION 7

POLYCOPIÉ 7.2 :

ÉVALUATION DE L'ATELIER

ÉVALUATION FINALE DE L'ATELIER				
D'après vous, en quoi cet atelier constitue-t-il une valeur ajoutée pour votre travail ? S'il ne représente pas une valeur ajoutée, expliquer pourquoi et dire ce qui pourrait l'améliorer.				
Veuillez lire les affirmations suivantes et entourer une réponse pour chacune d'entre elles. Le contenu de l'atelier était :				
Pertinent	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Complet	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Facile à comprendre	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Les polycopiés de l'atelier :				
complétaient les supports présentés	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
ont fourni des informations complémentaires utiles	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
étaient clairs et bien organisés	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
L'atelier :				
était bien rythmé	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
avait suffisamment de pauses	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
était une bonne synthèse entre l'écoute et les activités	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
les activités étaient utiles et formatrices	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord

Qu'est-ce qui vous a *le plus plu* dans cet atelier ?

Qu'est-ce qui vous a *le moins plu* dans cet atelier ?

Que *retiendrez-vous* de cet atelier ?

Veillez ajouter des commentaires supplémentaires concernant n'importe quel aspect de l'atelier (contenu, support, animation, etc.) qui selon vous, seront utiles aux animateurs.

Nom (facultatif) : _____

SESSION 7

INSTRUCTIONS DESTINÉES AUX ANIMATEURS 7-1 :

FICHE DE RÉFÉRENCE SUR LES MESSAGES CLEFS

Des facteurs au niveau des **politiques, de la prestation de service, communautaire, et individuel** peuvent soutenir et représenter une entrave au choix total, libre et informé ; il est important d'adopter une approche holistique impliquant des interventions à tous les échelons, pas seulement en ce qui concerne la prestation de service.

Prendre en considération les facteurs favorables qui devraient être mis en avant, renforcés et sur lesquels il faut s'appuyer.

L'ensemble de ces facteurs compromettent le choix et les droits humains et ils requièrent une attention, des garanties et une action corrective.

Les obstacles entravant l'accès affectent plus d'individus que la coercition. Des efforts plus importants sont nécessaires pour comprendre et éliminer les obstacles et veiller à un accès équitable pour tous.

Les gouvernements et programmes ont le devoir de rendre disponible et accessible la plus vaste gamme de méthodes pour les clients afin de répondre aux besoins et préférences changeants pendant leur vie.

Prestataires de service (ou ceux chargés de conseiller) ne sont pas les seuls à avoir pour responsabilité de garantir le caractère volontaire du choix. Tous les acteurs, des donateurs aux décideurs, en passant par les agents de santé communautaire, jouent un rôle dans la protection et le suivi du choix total, libre et informé.

Les vulnérabilités par rapport au choix total, libre et informé peuvent exister-même dans les programmes qui ont des bonnes intentions. Les politiques et plans de qualité sont souvent affaiblis par une mauvaise application ou supervision.

Pour que les programmes veillent au choix total, libre et informé, il est nécessaire d'établir un plan qui présente clairement les protections, le type de suivi habituel et la manière dont le programme identifiera les problèmes et enquêtera, suivra et trouvera des solutions en cas de problème.

RÉFÉRENCES

Agence des Nations Unies pour les réfugiés & Organisation mondiale de la Santé [non daté]. A *human rights-based approach to health*. (Une approche de la santé fondée sur les droits). Consulté sur : www.who.int/hhr/news/hrba_to_health2.pdf.

Berman, G. 2008. *Undertaking a human rights-based approach: A guide for basic programming— Documenting lessons learned for human rights-based programming: An Asia-Pacific perspective— Implications for policy, planning, and programming*. Bangkok.

Braveman, P., et Gruskin, S. 2002. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4):254–258.

Bruce, J. 1990. The fundamental elements of quality of care: A simple framework. *Studies in Family Planning* 21(2):61–91.

Bureau du Haut-Commissariat aux droits de l'homme (OHCHR) [non daté]. International human rights law. (en français Droit international relative aux Droits de l'Homme) Consulté via : www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/internationallaw.aspx.

Comité des Nations Unies sur les droits économiques, sociaux et culturels (UNCESCR). 2000. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Article 12, Commentaire général No. 14. 2000. The right to the highest attainable standard of health. (En français le droit de bénéficier du meilleur état de santé possible). New York. www.un.org/documents/ecosoc/docs/2001/e2001-22.pdf. Consulté le 23 mars 2013.

Cottingham, J., Germain, A., et Hunt, P. 2012. Use of human rights to meet the unmet need for family planning. *Lancet* 380(9837):172–180.

EngenderHealth. 2011. *SEED™ comme guide d'évaluation pour les programmes de planification familiale*. New York.

Erdman, J. N., et Cook, R. J. 2008. Reproductive rights. in *International Encyclopedia of Public Health*. K. Heggenhougen, ed. Oxford, UK : Academic Press, pp. 532–538.

Faden, R., et Beauchamp, T. 1986. *A history and theory of informed consent*. New York : Oxford University Press.

Farlex. [Pas de date]. The free dictionary: Legal dictionary. Consulté via <http://legal-dictionary.thefreedictionary.com/coercion>, 16 avril 2013.

Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP). 1994. Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. New York.

Gruskin, S., Bogecho, D., et Ferguson, L. 2010. “Rights-based approaches” to health policies and programs: Articulations, ambiguities, and assessment. *Journal of Public Health Policy* 31(2):129–145.

Hardee, K., Irani, L., MacInnis, R., et Hamilton, M. 2012. *Linking health policy with health systems and health outcomes: A conceptual framework*. Washington, DC : Futures Group, Health Policy Project.

Hardee, K., Newman, K., Bakamjian, L., Kumar, J., Harris, S., Rodriguez, M., et Willson, K. 2013. *Programmes de planification familiale volontaire qui respectent, protègent et exercent les droits humains : Un cadre conceptuel*. Washington, DC : Futures Group.

- International Planned Parenthood Federation (IPPF). 1996. *IPPF charter on sexual and reproductive rights*. Londres.
- Jain, A. K. 1989. Fertility reduction and the quality of family planning services. *Studies in Family Planning*. 20(1):1–16.
- Krug, E., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., et Lozano, R. (eds.). 2002. *World report on violence and health*. Genève OMS.
- Kumar, J., Bakamjian, L., et Connor, H. 2013. *Programmes de planification familiale volontaire qui respectent, protègent et exercent les droits humains : Un étude systématique des outils*. Washington, DC : Futures Group et EngenderHealth.
- Lundgren, R., Sinai, I., Jha, P., et al. 2012. Assessing the effect of introducing a new method into family planning programs in India, Peru, and Rwanda. *Reproductive Health*. 9:17. doi:10.1186/1742-4755-9-17.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2007. *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. (Stratégie de l'OMS en faveur des systèmes de santé. Cadre d'action pour le renforcement des systèmes de santé.)* Genève, p. 3. Consulté via : www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf.
- OMS. [non daté 1]. Health impact assessment: Glossaire. Disponible via : <http://www.who.int/hia/about/glos/en/index.html>.
- OMS. [non daté 2]. WHO Indicators Group document (avant-projet, non publié).
- OMS. [non daté 3]. Health policy. Consulté via www.who.int/topics/health_policy/en
- Organisation des Nations Unies (ONU). 1948. *Déclaration universelle des droits de l'homme* New York. Consulté le 31 mars 2014, via <http://www.un.org/en/documents/udhr/>.
- ONU. 1966. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. New York.
- ONU. 1968. *Final act of the International Conference on Human Rights*. (Acte final de la Conférence Internationale sur les Droits de l'Homme). Téhéran 22 avril-13 mai 1968. New York.
- ONU. [non daté]. Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Consulté via www.un.org/womenwatch/daw/cedaw, le 23 mars 2013.
- Population Reference Bureau (PRB). [non daté]. Glossaire. Washington, DC : Disponible via <http://www.prb.org/Educators/Resources/Glossary.aspx>.
- Projet RESPOND. 2013. *A fine balance: Contraceptive choice in the 21st century—an action agenda. Report of the September 2012 Bellagio conference*. New York : EngenderHealth/The RESPOND Project.
- Ross, J., Hardee, K., Mumford, E., et Eid, S. 2002. *Contraceptive method choice in developing countries. International Family Planning Perspectives* 28(1):32–40.
- Ross, J., et Stover, J. 2013. Use of modern contraceptives increases when more methods become available: Analysis of evidence from 1982–2009. *Global Health: Science and Practice*. 1(2):203–212.
- UNHCR. 2005. UNHCR note on refugee claims based on coercive family planning laws or policies. (Note du HCR sur les demandes de reconnaissance du statut de réfugié fondées sur des lois ou des politiques coercitives de planification familiale) New York. Consulté sur : www.refworld.org/docid/4301a9184.html, 16 avril 2013.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Suggestions de lecture et supports

ANNEXE 2 : Diapositives de la présentation PowerPoint

ANNEXE 1 :

SUGGESTIONS DE LECTURE ET SUPPORTS

Bureau du Haut-Commissariat aux Droits de l'Homme 2008. *Le droit à la santé : Fiche d'information n°31*. Genève Disponible via : <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>.

Comité des Nations Unies sur les droits économiques, sociaux et culturels (UNCESCR). 2000. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Article 12, Commentaire général No. 14. 2000. The right to the highest attainable standard of health. (En français le droit de bénéficier du meilleur état de santé possible). Disponible via : www.un.org/documents/ecosoc/docs/2001/e2001-22.pdf.

Erdman, J. N., et Cook, R. J. 2008. *Reproductive rights*. in *International Encyclopedia of Public Health*. K. Heggenhougen, ed. Oxford, UK : Academic Press, pp. 532–538.

Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP). 2010. *A human rights-based approach to programming: practical implementation manual and training materials*. (Approche des manuels de programmes/d'application pratique fondée sur les droits humains) New York : FNUAP, et Boston : Harvard School of Public Health. Disponible via : www.unfpa.org/sites/global/default/files/resource-pdf/hrba_manual_in%20full.pdf.

Hardee, K., Newman, K., Bakamjian, L., Kumar, J., Harris, S., Rodriguez, M., et Willson, K. 2013. *Programmes de planification familiale volontaire qui respectent, protègent et exercent les droits humains : Un cadre conceptuel*. Washington, DC : Futures Group.

International Planned Parenthood Federation (IPPF). 1996. *IPPF charter on sexual and reproductive rights*. Londres. Disponible via: www.ippf.org/resource/IPPF-Charter-Sexual-and-Reproductive-Rights.

Ressources destinées à surmonter les obstacles causés par les politiques

Strengthening Family Planning Policies and Programs in Developing Countries: An Advocacy Toolkit (Renforcer les politiques et programmes de planification familiale dans les pays en développement : une série d'outils pour le plaidoyer)

Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), 2006

Le but de ce module est d'aider les défenseurs travaillant dans le secteur de la PF/SR à promouvoir le dialogue sur les politiques relatives aux avantages sanitaires, sociaux et économiques et à développer l'accès aux services de PF. En adaptant les messages du module, les défenseurs peuvent présenter des arguments culturellement adaptés pour promouvoir la PF et l'espace des naissances dans leur contexte.

Reforming Operational Policies: A Pathway to Improving Reproductive Health Programs (Réformer les politiques opérationnelles : ouvrir la voie vers l'amélioration des programmes de santé reproductive)

POLICY Project, 2001

Ce document porte sur le grand fossé existant entre les politiques nationales et le point de service, qui relève des politiques opérationnelles. Les politiques opérationnelles sont les règles, les réglementations, les codes, directives et normes administratives que les gouvernements utilisent pour traduire les lois et politiques nationales en programmes et services. Ce document évoque la nature des politiques opérationnelles, examine le rôle majeur joué dans le continuum entre les décrets nationaux et les services locaux et offre un cadre à la réforme des politiques opérationnelles.

Ressources visant à surmonter les obstacles au niveau de la prestation de services

Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception Orientations et recommandations

Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2014

Ces directives de l'OMS donnent des orientations aux programmes pour le respect, la protection et l'exercice des droits humains parallèlement au développement des services pour limiter les besoins non satisfaits en matière de contraception. Les données sanitaires tout comme les lois et traités internationaux relatifs aux droits humains ont été intégrés aux directives. Ces lignes directrices complètent les recommandations de l'OMS pour les programmes de santé sexuelle et reproductive, notamment les orientations sur la PF, la santé maternelle et néonatale, l'avortement sans risques et les compétences fondamentales pour les soins de santé primaires.

Choices in Family Planning: Informed and Voluntary Decision Making (Choix en matière de planification familiale : Prise de décision informée et volontaire)

EngenderHealth, 2003

Cet outil met en avant un processus visant à la compréhension de concepts clés de la prise de décision informée et volontaire ; pour identifier et prendre en compte des facteurs qui ont un impact sur la prise de décision informée et volontaire (PDIV) dans la santé sexuelle et reproductive ; pour développer des stratégies et plans d'action en vue du renforcement de la PDIV dans les programmes de santé sexuelle et reproductive ; mais aussi en vue du suivi et de l'évaluation de la qualité et des avancées des programmes.

Strategic Pathway to Reproductive Health Commodity Security (SPARCHS): A Tool for Assessment, Planning and Implementation (Guide du processus SPARCHS : Un outil de planification pour améliorer la sécurité de l'approvisionnement en produits pour la santé reproductive)

Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)/Maximizing Access and Quality (MAQ) (Optimisation de l'accès et de la qualité, 2004)

Cet outil (qui fait également office de cadre/approche) aide les pays à développer et mettre en œuvre des stratégies pour garantir des fournitures essentielles pour les programmes de PF/SR. Il se concentre sur les objectifs nationaux en matière de santé reproductive, en évaluant les conditions d'approvisionnement, en déterminant les futurs besoins et en aidant au développement des stratégies et plans d'action.

Quick Investigation of Quality (QIQ): A User's Guide for Monitoring Quality of Care in Family Planning (Enquête rapide de qualité : Guide de l'utilisateur pour le suivi de la qualité des soins en planification familiale)

MEASURE Evaluation Project, 2001

L'enquête rapide de qualité (QIQ) est une « liste restreinte » de 25 indicateurs expressément conçue pour mesurer globalement la qualité des soins en planification familiale.

COPE® Handbook: A Process for Improving Quality in Health Services (Guide COPE® : un processus pour améliorer la qualité des services de santé)

COPE® for Reproductive Health Services: A Toolkit to Accompany the COPE® Handbook (COPE® pour les services de santé reproductive : recueil d'outils auxiliaires du guide COPE®)

EngenderHealth, 2003

Le processus COPE® (qui signifie services efficaces axés sur le client) repose sur quatre outils créés pour permettre au personnel d'évaluer leur propre travail, afin d'identifier les problèmes dans leurs établissements et trouver des solutions adaptées à leur contexte local. Ces outils, des guides d'auto-évaluation, un guide d'entretien avec les clients, l'analyse du cheminement des clients et le plan d'action permettent aux superviseurs et à leur personnel d'évoquer la qualité de leurs services, d'identifier les problèmes qui entravent les prestations de services de qualité, de trouver les causes premières de ces problèmes, de recommander des moyens de résoudre ces problèmes, de mettre en œuvre les recommandations et d'organiser le suivi pour s'assurer de la résolution des problèmes. COPE® aide également le personnel à mieux connaître les besoins des clients, et mieux appréhender les conditions nécessaires pour atteindre le meilleur niveau de soins (et par là même répondre à ces besoins) par le biais des normes internationales inscrites dans les outils COPE®.

The Balanced Counseling Strategy A Toolkit for Family Planning Service Providers (User's Guide; Trainer's Guide; Counseling Cards; Algorithm) (Stratégie de conseils équilibrée : Outils destinés aux prestataires de services de planification familiale) (Guide l'utilisateur ; guide du formateur ; fiches-conseil ; algorithme)
Population Council, 2008

L'approche équilibrée en matière de counseling (en anglais The Balanced Counseling Strategy) est une stratégie interactive, conviviale pour les clients fondée sur des outils de travail essentiels pour prodiguer des counseling complets et de haute qualité sur la PF.

Ensuring Privacy and Confidentiality in Reproductive Health Services: A Training Module and Guide for Service Providers (Garantir le caractère privé et la confidentialité dans les services de santé reproductive : un module et guide de formation pour les prestataires).
Program for Appropriate Technology in Health (PATH) Fund (Programme de technologie sanitaire appropriée) et le Global Health Council, 2003

Ce guide de formation a pour but de donner des orientations claires et pratiques pour permettre aux agents de santé reproductive et aux superviseurs en première ligne de créer et d'appliquer des politiques de respect du caractère privé et de la confidentialité.

A Client-Centered Approach to Reproductive Health: A Trainer's Manual (Une approche de la santé reproductive fondée sur le client : un manuel du formateur)
Population Council, 2005

Ce programme présente les grandes lignes de la formation des prestataires pour dispenser des services de santé reproductive fondés sur les clients). Cette approche repose essentiellement sur le changement comportemental chez les prestataires en les rendant plus réceptifs et réactifs à l'égard des besoins des clients. En outre, les prestataires apprennent à traiter les clients avec respect et dignité, à évaluer leurs besoins en santé reproductive de manière holistique dans leurs propres contextes, et à négocier des solutions que les clients sont en mesure d'appliquer.

Ressources à utiliser face aux obstacles communautaires/individuels

Women's Demand for Reproductive Control: Understanding and Addressing Gender Barriers (Revendication des femmes du droit à maîtriser leur fécondité : comprendre et affronter les obstacles en matière de genre)
International Center for Research on Women (ICRW), 2012

Ce document offre un nouveau cadre conceptuel afin de montrer que les revendications des femmes du droit à maîtriser leur santé reproductive procède de trois niveaux de demandes : le souhait de limiter ou espacer les grossesses (niveau 1) ; le souhait de contrôler leur fécondité (niveau 2) ; et leur capacité à exercer le contrôle de leur fécondité de manière efficace (niveau 3). Il aborde le problème des lacunes dans la littérature sur le rôle que les obstacles sexospécifiques jouent pour les femmes en termes de définition et de concrétisation de leurs objectifs en matière de reproduction. Ce cadre propose un programme de recherche et pour le succès

des programmes, il encourage des appels en faveur de l'évaluation de la limitation des obstacles sexospécifiques ou par des évaluations des demandes qui reflètent un changement dans les normes sexospécifiques.

Engaging Men and Boys in Gender Equality and Health: A Global Toolkit for Action (Impliquer les hommes et les garçons pour l'égalité des sexes et la santé : un guide pratique global pour l'action)

Promundo, Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), et MenEngage, 2010

Cet outil présente des informations conceptuelles et pratiques sur l'implication des hommes et des garçons dans la promotion de l'égalité des sexes et de la santé. En dépit de la reconnaissance croissante du rôle essentiel que les hommes et les garçons jouent dans la PF et la SSR, le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, la violence sexospécifique, la santé maternelle et les soins infantiles, ils sont, au demeurant peu impliqués dans les politiques et programmes de santé. Ce guide pratique vise définir et renforcer les avantages du travail avec les hommes et les garçons et il offre des stratégies pratiques pour aborder les normes sexospécifiques sous-jacentes qui influencent le plus leurs attitudes et comportements en matière de santé.

Mobilising Communities on Young People's Health and Rights: An Advocacy Toolkit for Programme Managers (Mobiliser les communautés sur la santé et les droits des jeunes : un ensemble d'outils de plaidoyer pour les responsables de programme) et Mobilising Communities on Young People's Health and Rights: An Advocacy Training Guide (Mobiliser les communautés sur la santé et les droits des jeunes : un guide de formation pour le plaidoyer)

Family Care International (FCI), 2008

Ce guide pratique est conçu pour aider les gestionnaires et responsables de programmes dans l'élaboration, la conduite et l'évaluation des campagnes de plaidoyer pour faire avancer la mise en oeuvre des politiques existantes en se concentrant sur la santé et les droits reproductifs des jeunes.

Community COPE® : Building Partnership with the Community to Improve Health Services (COPE® communautaire : créer des partenariats avec la communauté pour améliorer les services de santé)

EngenderHealth, 2002

Ce manuel a pour but d'aider les superviseurs et le personnel sur les sites : (1) à apprendre à détecter les sentiments des membres de la communauté vis-à-vis des services qu'ils fournissent ; (2) recueillir les recommandations des membres de la communauté pour améliorer les services ou développer les atouts et points forts des services ; et (3) déterminer des manières d'encourager les membres de la communauté à participer et s'approprier les efforts d'améliorations de la qualité aux niveaux des sites et de la communauté. Le système de visite sur site évoqué dans cet outil est applicable pour aborder les questions du choix et des droits à l'échelle communautaire.

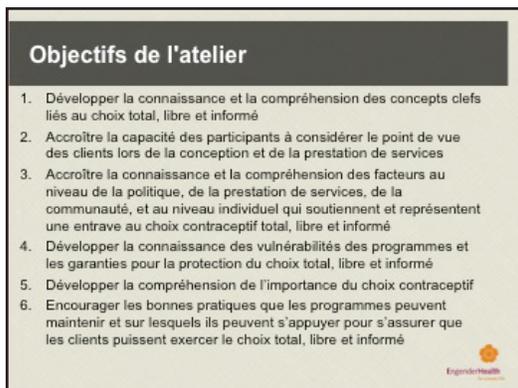
ANNEXE 2 : DIAPOSITIVES DE LA PRÉSENTATION POWERPOINT



Diapositive 1



Diapositive 2



Diapositive 3



Diapositive 4



Diapositive 5



Diapositive 6

Remarque: La présentation PowerPoint pour cette trousse d'orientation peut être trouvée à www.engenderhealth.org/pubs/family-planning/human-rights-based-family-planning.php.

Planification familiale axée sur les clients

- Faire en sorte que la dignité, l'autonomie et les besoins et préférences des clients en matière de PF soient au cœur de la conception, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des programmes de PF
- Permettre aux clients de faire un choix total, libre et informé en matière de PF et leur offrir des services de haute qualité qui s'inscrivent dans le respect, la protection et l'exercice des droits humains des individus

EngenderHealth

Diapositive 7

Choix total, libre et informé

Choix total – la capacité de choisir à partir de la plus large gamme de méthodes possible (courte durée d'action, longue durée d'action, réversible, permanente, hormonale, non-hormonale), y compris la possibilité de ne pas utiliser de méthodes.

Choix libre – la capacité de choisir d'utiliser ou non la PF et la méthode à utiliser, sans obstacle ni coercition

Choix informé – la capacité de prendre une décision en fonction d'informations précises et exhaustives à propos de toutes les options de PF, notamment les avantages et les risques encourus, avec des conseils prodigués sur la méthode choisie

EngenderHealth

Diapositive 8

Volontarisme: Un principe de longue date de la PF

PF volontaire

- Donner l'opportunité de choisir volontairement d'utiliser la PF ou une méthode spécifique de PF
- Offrir aux clients l'accès à des informations sur une large gamme de choix de PF
- Offrir aux clients, directement soit sur référence, une vaste gamme de méthodes et services
- Le consentement volontaire et informé de tout client qui opte pour la stérilisation est vérifié par un document écrit attestant du consentement et signé par le client

(USAID)

EngenderHealth

Diapositive 9

Le fait de veiller au choix total, libre et informé en matière de PF contribue à l'exercice des droits humains

Edman & Cook, 2008

« La communauté internationale convient du fait que le choix en matière de fécondité est un droit humain fondamental. Mais sans accès à des informations essentielles et à des services de haute qualité, ce droit ne peut être exercé. » (UNFPA)

EngenderHealth

Diapositive 10

Nécessaire mais non suffisante pour une approche liée aux droits humains

Principes programmatiques fondés sur les droits (UNESCO, 2008)

- Participation
- Responsabilité
- Non-discrimination et Égalité
- Autonomie
- Lien avec les normes

EngenderHealth

Diapositive 11

Programme holistique: le modèle écologique

EngenderHealth

Diapositive 12

Facteurs de soutien et facteurs représentent une entrave au choix total, libre et informé ainsi qu'aux droits

Session 3



Diapositive 13

Objectifs de la session

1. Identifier les facteurs au niveau des politiques, de la prestation de service, des communautés et au niveau individuel dans les programmes de PF qui soutiennent et qui représentent une entrave au choix total, libre et informé de même que pour le respect, la protection et l'exercice droits dans les programmes de PF



Diapositive 14

Instructions pour l'activité sur les études de cas

1. Répartir les participants en petits groupes.
2. Identifier une personne en charge du chronométrage et un rapporteur.
3. Lire l'étude de cas attribuée à votre groupe.
4. Identifier les facteurs à l'appui/défavorables et les noter sur des fiches, seulement un facteur par carte.
5. Veiller à ce que votre rapporteur soit prêt pour faire son compte-rendu sur demande.



Diapositive 15

Les différentes difficultés auxquelles le choix total, libre et informé est confronté : quel élément nécessite le plus d'attention ?

Session 4



Diapositive 16

Objectifs de la session

1. Examiner l'ensemble des difficultés et signes d'alerte montrant que le choix total, libre et informé peut courir un risque ou être compromis
2. Identifier les difficultés qui nécessitent plus d'attention et d'action



Diapositive 17

Instructions en vue de l'activité

- Réfléchir sur les résultats issus de l'analyse de l'étude de cas, en se concentrant sur les facteurs qui représentent un défi pour le choix total, libre et informé, à la fois les facteurs coercitifs et les facteurs qui créent des obstacles pour l'accès.
- Pour chaque facteur identifié, tenir compte du fait que la difficulté est évidente (à savoir flagrante, manifeste, intentionnelle ou directe) ou abstraite (à savoir plus nuancée, indirecte ou accidentelle).



Diapositive 18

Défis opposés au choix contraceptif

Exemples:

	Abstrait	Évidente
Coercition	<ul style="list-style-type: none"> Préjugé du prestataire vis-à-vis de méthodes spécifiques 	<ul style="list-style-type: none"> Stérilisation involontaire
Obstacles	<ul style="list-style-type: none"> Mauvaise qualité de services 	<ul style="list-style-type: none"> Choix limité de méthodes disponibles (par exemple: méthodes spécifiques non disponibles, ruptures de stocks)



Diapositive 19

Choix de méthode contraceptive: De quoi s'agit-il et pourquoi est-ce important

Session 5



Diapositive 20

Objectifs de la session

1. Identifier, du point de vue d'un client, les caractéristiques des méthodes qui sont importantes et l'éventail de méthodes qui devrait être offert
2. Expliquer le concept de choix de méthode contraceptive et examiner la gamme de méthodes à dispenser pour répondre aux intentions et préférences des clients en matière de fécondité
3. Présenter la gamme actuelle de méthodes et discuter des personnes dont les besoins sont ou ne sont pas satisfaits



Diapositive 21

Discussion: l'optique des clients




Diapositive 22

Les méthodes ne sont pas toutes identiques – les caractéristiques comptent pour les clients

Facilité d'utilisation <ul style="list-style-type: none"> Requiert pas un examen pelvien. Fréquence d'utilisation/visites de dispensaire Requiert pas de toucher l'appareil génital Est lié ou non à une relation sexuelle A/n'a pas d'impact sur le plaisir Effets secondaires Non chirurgical ou chirurgical Risques Discrétion 	Mode d'action <ul style="list-style-type: none"> Hormonal Non-hormonal Barrière Durée de l'efficacité <ul style="list-style-type: none"> Courte durée d'action Longue durée d'action réversible Permanente Facilité d'accès <ul style="list-style-type: none"> Secteur public Secteur privé Kiosque Centre médical ou hôpital Distributeur à domicile 	Contrôle de la méthode <ul style="list-style-type: none"> Client Partenaire Prestataire Facilité de l'interruption <ul style="list-style-type: none"> Facilité de l'interruption Acceptabilité culturelle <ul style="list-style-type: none"> Acceptabilité culturelle Caractère abordable <ul style="list-style-type: none"> Caractère abordable
---	---	--



Diapositive 23

Mission des programmes de PF

Les gouvernements ont la responsabilité « de veiller à ce que toutes les femmes, les hommes et les jeunes bénéficient des informations, de l'accès et du choix le plus large possible de méthodes de planification familiale sûres, efficaces, abordables et acceptables. »

(2010 Sommet sur les objectifs du Millénaire pour le développement de l'ONU)

Néanmoins....

Les programmes sont souvent conçus en fonction des préférences des donateurs, des gouvernements ou des institutions, ce qui peut limiter l'éventail des options. Celles qui sont offertes aux clients peuvent ne pas correspondre à leurs intentions ou préférences en matière de reproduction.



Diapositive 24

Choix de méthode contraceptive: Qu'est-ce que...?

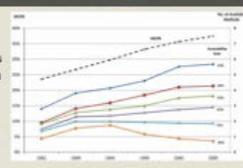
- Le « Choix de méthode » fait référence à la disponibilité d'une gamme variée de méthodes contraceptives dotées de caractéristiques différentes qui sont accessibles de façon fiable pour les clients.
- L'utilisation d'une gamme variée de méthodes contraceptives correspond à la distribution des méthodes contraceptives utilisées par une population (c'est-à-dire le pourcentage de personnes qui utilisent chaque méthode). Il s'agit d'une mesure fréquemment utilisée faisant office de substitut pour la disponibilité, l'accès ou le choix. Elle fait état des méthodes utilisées et non des préférences des clients.



Diapositive 25

Choix de méthode contraceptive : son importance

- Les clients ont besoin d'avoir accès à un éventail de méthodes à partir desquelles ils peuvent faire leur choix pour en trouver une qui correspondent à leurs besoins.
- Les recherches menées sur le sujet montrent que les pays qui offrent une gamme plus large de méthodes dans leurs programmes de PF ont des taux de prévalence contraceptive plus élevés (Ross & Stover, 2013)



MFR et nombre de méthodes disponibles, selon diverses règles d'accèsibilité, 1982 - 2009

Ross & Stover, 2013. Use of modern contraception increases when more methods become available: analysis of evidence from 1982-2009. *Global Health Science and Practice*, 1(2):203-212, Jan 2013. L'utilisation de la contraception moderne augmente lorsqu'un nombre plus important de méthodes est disponible : analyse des données probantes de la période 1982 - 2009



Diapositive 26

Exemples de combinaison contraceptive « biaisée »

- Bien qu'il n'y ait pas de combinaison contraceptive « optimale » ou « idéale » reconnue par la communauté internationale, le fait qu'une méthode représente plus de 50% de la combinaison peut poser problème (Sullivan et al., 2006).

Pays 1



Pays 2



Sullivan, T. M., Bertrand, J. T., Rice, J., et Shelton, J. D. 2006. Skewed contraceptive method mix: Why it happens, why it matters. *Journal of Biosocial Science* 38(4):591-621. (en français : combinaison des méthodes contraceptives biaisée: les causes du phénomène et son importance.)



Diapositive 27

Discussion

Pays 1



Pays 2



- Quelles questions relatives au choix contraceptif ces données soulèvent-elles?
- Quels facteurs peuvent influencer la combinaison contraceptive dans ces pays?

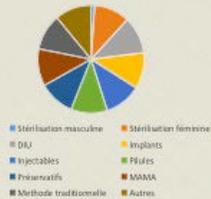


Diapositive 28

Pays d'accueil, TPC

- Que vous enseignent ces données par rapport au choix contraceptif dans ce pays?
- Quels facteurs peuvent soutenir ou influencer cette combinaison contraceptive?

La gamme actuelle de méthodes contraceptives




Diapositive 29

Discussion: Quelles sont les personnes dont les besoins ne sont pas satisfaits dans le cadre de la gamme contraceptive actuelle et pour quelles raisons?

- D'après vous, qui n'obtient pas ce dont il/elle a besoin et ce qu'il/elle souhaite?
- Qu'est-ce qui pourrait influencer sur leur décision d'utiliser ou non des méthodes contraceptives?
- Pourquoi est-il possible qu'elles n'utilisent pas la méthode de leur choix correctement ou systématiquement?
- À chaque niveau, quels facteurs pourraient contribuer à des obstacles à l'accès aux méthodes dont elles ont besoin ou qu'elles souhaitent?



Diapositive 30

Garantir le choix de la méthode

- Les changements au niveau des besoins contraceptifs des clients sont mieux soutenus par une large gamme de méthodes contraceptives.
- Les contextes, besoins et préférences des clients doivent être pris en compte alors que nous nous efforçons de fournir un large éventail de méthodes.
- Les programmes ont le devoir de fournir la gamme de méthodes la plus étendue possible, en fonction des ressources disponibles.
- Les programmes n'atteindront pas les objectifs de prévalence contraceptive s'ils ne fournissent pas un large éventail de méthodes.



Diapositive 31

Responsabilisation des programmes de PF dans le choix total, libre et informé

Session 6



Diapositive 32

Objectifs de la session

1. Développer la connaissance de situations qui aboutissent à des vulnérabilités qui pourraient compromettre le choix total, libre et informé et même dans les programmes bien intentionnés
2. Identifier les actions que les parties prenantes individuelles impliquées dans les programmes de PF (prestataires de service, managers de programme, décideurs, bailleurs de fonds) peuvent prendre et inclure dans un plan visant à suivre et exercer leurs responsabilités et garantir le choix total, libre et informé dans leurs programmes



Diapositive 33

Responsabilité des programmes dans la PF – Deux questions clés

Faisons-nous ce qu'il faut?	Le faisons-nous correctement?
<ul style="list-style-type: none">• Ressources, procédures, produits et suivi des résultats, de la qualité et du niveau de la PF.• La gestion des ressources s'aligne sur les priorités des pays et des populations dont les besoins ne sont pas satisfaits.	<ul style="list-style-type: none">• Le volontarisme et la qualité des soins font l'objet d'un suivi et sont garantis.• Les procédures garantissent la participation et l'autonomisation des parties prenantes.



Diapositive 34

Bonnes intentions/conséquences imprévues

Examiner la vignette du programme et évoquer les points suivants avec votre petit groupe:

- Qu'a fait le programme pour soutenir le choix total, libre et informé ?
- En quoi cette situation contribue-t-elle aux vulnérabilités qui ont un impact négatif sur l'expérience des clients en matière de choix total, libre et informé ?
- Comment la bonne intention a-t-elle abouti à un échec ?
- Quelles protections auraient pu être mises en œuvre au début pour limiter cette vulnérabilité ?
- Quelles protections peuvent être mises en place maintenant et quelles actions pourraient être entreprises pour remédier au problème ?



Diapositive 35

Actions essentielles

- Suivi habituel du programme
 - Indicateurs propres au choix volontaire et informé
 - Statistiques sur les clients ventilées par âge, sexe, et quintile de richesse
 - Audits sur le consentement informé
- Mise en œuvre des protections habituelles
 - Counseling en matière de contraception
 - Mécanismes de feedback des clients
- Protocoles établis pour enquêter sur les problèmes ou rumeurs relatifs au volontarisme
- Processus/responsabilité clairs pour aborder le problème
 - Qui est chargé de veiller à l'action?
 - À quelle échéance? Rapport publié?
- Mécanisme clair en place pour mettre à disposition des clients un système de recours en cas/lors d'abus portant atteinte au volontariat



Diapositive 36

Activité: Qu'elle est ma responsabilité ?

Prendre 5 minutes pour réfléchir aux questions suivantes (individuellement):

- Dans votre fonction actuelle, dans quelle mesure êtes-vous responsable de garantir le choix total, libre et informé ?
- En fonction de ce que vous avez appris lors de cette orientation, quelles questions ou vulnérabilités peuvent exister dans votre programme de PF ?
[Ou, si vous ne travaillez pas pour un programme spécifique de PF à l'heure actuelle, quels types de problèmes ou vulnérabilités avez-vous observé dans les programmes de PF que vous connaissez ?]
- Qu'est-ce qui est mis en œuvre à l'heure actuelle pour assurer un suivi et protéger le choix total, libre et informé dans votre programme ?



Diapositive 37

Messages clefs à retenir

- La responsabilité du choix total, libre et informé ne revient pas uniquement aux prestataires de service ou aux conseillers. Tous les acteurs jouent un rôle dans la protection et le suivi du choix total, libre et informé.
- Même les programmes dotés des meilleures intentions peuvent être sujets à des vulnérabilités. Souvent, les bonnes politiques ou les bons plans en matière de programme sont affaiblis par une mauvaise application ou supervision.
- La responsabilité ne se décrète pas : chaque programme doit disposer d'un plan qui aborde les actions clefs liées au suivi, aux protections, aux enquêtes, aux solutions et aux réparations.



Diapositive 38

Conclusion et réflexions

Session 7



Diapositive 39

440 Ninth Avenue
New York, NY, 10001
www.engenderhealth.org