

Bulletin médical de l'IPPF

Sommaire

- Déclaration de l'IMAP sur le counselling en contraception 1
Favoriser le changement en milieu médical : quelques considérations pour les programmes de planification familiale 3
Roy Jacobstein, M.D., M.P.H.

Déclaration de l'IMAP sur le counselling en contraception

Introduction

Les décisions liées au comportement sexuel et reproductif sont importantes, y compris en matière de contraception. Elles ont un impact majeur sur la vie personnelle et familiale, à court terme comme à long terme, et impliquent des considérations biomédicales, socioéconomiques et éthiques. Les prestataires de services de planification familiale (PF) devraient aider les client(e)s à aborder ces questions, en particulier quand elles impliquent des décisions permanentes ou à long terme. Les études montrent que lorsque le personnel de service prend le temps d'informer correctement les client(e)s et d'écouter et de répondre à leurs interrogations et préoccupations, l'adhésion au contraceptif choisi s'en trouve améliorée.

Le counselling en contraception est une méthode de communication individualisée où une personne aide une autre personne à identifier ses besoins en santé sexuelle et reproductive (SSR) et à prendre les décisions les plus appropriées pour une utilisation sûre et efficace de la contraception. Le counselling se caractérise par une discussion, une délibération et un échange de renseignements et points de vue.

Considérations sur le counselling en contraception

Tout counselling de clients sur le recours à la contraception devrait impliquer la prise en compte des faits suivants :

- Si la qualité du counselling dépend des connaissances du conseiller, elle dépend néanmoins de l'attitude du prestataire de service, car c'est elle qui fait la qualité de l'échange avec le client. Les clientes se distinguent les uns des autres par la spécificité de leurs besoins, connaissances et compréhension. Aussi le counselling doit-il être sensible aux caractéristiques et besoins de chaque client.
- Le counselling doit apporter aux clients une information et une discussion leur permettant d'opter pour une contraception adéquate et les aidant à utiliser correctement et régulièrement la méthode choisie. Il doit encourager une discussion utile sans submerger le client d'informations.
- Il est nécessaire de gagner la confiance des clients et de les mettre suffisamment à l'aise pour leur permettre d'exprimer leurs besoins. Dans l'idéal, les conseillers devraient prévoir le temps nécessaire pour engager un vrai dialogue avec leurs clients. Il est important de gérer son temps en donnant la priorité au traitement des questions primordiales aux yeux des clients. La confidentialité des clients doit être respectée quand ils ne souhaitent pas aborder un sujet particulier.
- L'environnement prévu pour le counselling doit garantir le respect de l'intimité et de la confidentialité pour favoriser la confiance, la communication et la compréhension du client.
- Il est important d'éviter les malentendus et l'omission d'informations ou de consignes cruciales. C'est pour cela que le conseiller doit évaluer la compréhension du client et,

selon les besoins, lui rappeler l'essentiel par écrit et/ou des dessins à même de faciliter la mémorisation de certains détails fournis pendant la séance de counselling. Les supports visuels – tableaux de conférence et présentoirs de contraceptifs – sont très utiles pendant le counselling. Ce matériel, qui s'appuie sur du concret et est culturellement adapté, est un équipement essentiel au counselling.

- On ne peut pas exiger des clients qu'ils/elles sachent tout en une séance. Le counselling devrait être accompagné d'autres méthodes d'éducation et d'information – sessions en groupe, posters, brochures, supports vidéo, références sites Internet d'information, etc.
- Les proches du client – partenaire, mère ou belle-mère – peuvent être autorisés à assister à la session de counselling, si cela est préférable ou culturellement convenable. Les études montrent que l'adhésion à la contraception choisie augmente si la famille participe au counselling et à la décision.
- Le counselling en contraception devrait inclure une sensibilisation à la fécondité, en particulier avec les jeunes car ils et elles ne savent pas toujours qu'elle diminue avec l'âge.

Les clients qui ont besoin d'une aide ou la sollicitent pour choisir une méthode de contraception qu'ils connaissent déjà par d'autres sources devraient être informés des options adéquates disponibles. Le counselling devrait comprendre une discussion sur les caractéristiques d'une méthode, son efficacité, son mécanisme d'action, ses indications médicales et ses éventuels effets secondaires. Le conseiller doit garder à l'esprit le fait que la perception et l'évaluation des avantages et inconvénients varient d'une personne à l'autre. Il ne devrait pas imposer son opinion au client mais présenter clairement les indications médicales et les évaluer avec elle ou lui pour définir les options adéquates. La discussion devrait se dérouler selon l'intérêt du client, les préférences qu'elle ou il exprime et les questions qu'elle ou il pose. Très souvent, les clients ont déjà fait leur choix quand ils s'adressent au service. Dans ce cas, le counselling devrait essentiellement consister à aider le client à considérer si la méthode lui convient réellement au vu de sa situation spécifique, et introduire la discussion sur d'autres options appropriées. Les chances qu'un client réussisse à utiliser une méthode sont plus grandes s'il l'a choisie lui-même.

Le conseiller devrait informer sur le taux d'échec de chaque méthode et conseiller sur ce qu'il faut faire dans ce cas. Les conseillers devraient disposer de suffisamment d'informations sur l'accès à l'avortement sans risque car, même dans les pays où celui-ci est légal, les clients peuvent avoir du mal à obtenir ce type de renseignements.

Le counselling en contraception est aussi une opportunité de discuter du besoin des clients de se protéger contre les infections sexuellement transmissibles (IST). Aussi devraient-ils être systématiquement informés du fait que le préservatif est la seule protection reconnue contre l'infection à VIH.

Il est nécessaire de planifier avec les clients des visites de suivi et de les encourager à prendre contact avec des prestataires de services ou conseillers dès qu'ils auront besoin de parler de leurs craintes, de problèmes liés à leur méthode de contraception ou d'autres questions de SSR. Les visites de suivi sont une bonne occasion de poursuivre l'éducation et d'aborder d'autres questions de SSR non traitées lors de la première visite. Elles permettent aussi de parler du succès de la méthode choisie ou de suggérer d'autres alternatives quand le client n'est pas satisfait.

La formation des conseillers

Le personnel doit être formé aux techniques du counselling et à la supervision positive pour garantir la satisfaction des clients, le bon suivi contraceptif et la réussite de l'utilisation. Outre ceux qui se spécialisent en counselling, tous les membres du personnel en contact fréquent avec les clients devraient être formés aux compétences de communication et aux techniques du counselling. Celles-ci impliquent des compétences tant verbales que non verbales, comme l'utilisation d'un langage facile à comprendre par les clients, l'écoute active, l'introduction de questions pertinentes et des moyens d'évaluer ce que le client comprend de l'information qui lui est donnée. Pour que le counselling soit efficace, le personnel de planification familiale doit croire en la valeur de celle-ci et disposer d'informations exactes et récentes sur les méthodes disponibles. Il devrait également laisser de côté toute préférence ou avis personnels et aider les clients à faire leurs propres choix sexuels et reproductifs.

Le counselling dans des situations particulières

Les conseillers devraient être attentifs aux besoins spécifiques des clients tels que les adolescents, les femmes en périmenopause, les femmes après un accouchement ou un avortement et les personnes présentant une affection médicale comme le VIH ou un handicap. Le counselling et les services liés à la contraception devraient être facilement accessibles aux **adolescents**. Des structures devraient être prévues et mises en place pour attirer les adolescents et veiller à ce qu'ils ne se sentent pas menacés ou gênés quand ils font appel au counselling ou à des services liés à la contraception. Le counselling devrait toujours être lié à la prestation de services.

Pour le counselling des **femmes en périmenopause**, il est important de garder à l'esprit que, bien que la fertilité soit moindre et qu'une méthode moins efficace puisse être appropriée, la grossesse non désirée reste particulièrement difficile à gérer à cette période de la vie. Le stérilet hormonal au lévonorgestrel permet d'éviter une grossesse tout en réduisant les règles trop abondantes, problème fréquent chez les femmes en périmenopause. Les conseillers devraient renseigner les clientes sur cette méthode, si elle est disponible et abordable.

La période de la grossesse et du **post-partum** est une bonne occasion de sensibiliser les femmes et les hommes à l'importance de l'espacement des naissances, l'alimentation du nourrisson, l'allaitement maternel et des méthodes de contraception. Il est important de bien informer les femmes allaitantes en période post-partum sur l'utilisation de la méthode d'aménorrhée lactationnelle (MAL). La femme est protégée contre la grossesse pendant les six premiers mois de la période post-partum dans la mesure où elle allaite complètement ou presque et n'a pas eu son retour de règles. Dans le cadre de la discussion sur la nécessité d'une contraception efficace, il convient d'insister sur l'importance d'une méthode qui n'affecte pas négativement la lactation ou la santé du nourrisson. Les femmes non allaitantes en période post-partum devraient être dûment informées du fait que leur fertilité peut revenir au bout de trois semaines après l'accouchement.

Les femmes qui sollicitent un **avortement** devraient être informées sur la possibilité d'une conception dès le mois qui suit l'intervention. Chaque cliente d'avortement devrait se voir proposer la contraception de son choix. Les méthodes de contraception à long terme (stérilet ou implant intradermique) devraient être fournies immédiatement après l'avortement. Les adolescentes post-abortum exigent des soins et une attention particuliers au cours du counselling, et devraient notamment être rassurées sur le fait que l'interruption sans risque de la grossesse ne compromet en rien leur fertilité à l'avenir.

Les femmes présentant un cas **d'avortement incomplet** devraient bénéficier de soins d'avortement sans risque, ce afin d'éviter des complications pouvant causer une grave infirmité, voire la mort. Une fois l'intervention terminée, la question de la contraception devrait être abordée.

Les femmes souffrant d'affections susceptibles de rendre la grossesse risquée peuvent vouloir envisager des méthodes contraceptives efficaces. Lors du counselling d'une **femme souffrant d'une affection médicale**, les prestataires de santé et de PF doivent considérer sa motivation, sa capacité à utiliser une méthode en particulier, et les éventuelles conséquences d'une grossesse sur le cours de sa maladie. Sa décision en matière de contraception tiendra compte de plusieurs facteurs tels que la nature et la gravité

de son affection médicale, les risques pour la santé associés tant à la grossesse qu'aux solutions de contraception, et sa santé à l'avenir. Le livre sur les critères de recevabilité médicale (CRM) et la roue CRM sont de bons outils pour aider les prestataires de service dans la recherche de solutions avec les clientes présentant une affection médicale.

Les clients vivant avec le VIH (PVVIH) ont besoin d'accéder aux services de contraception s'ils veulent éviter ou repousser une grossesse. Ils ont besoin de counselling sur la double protection et d'informations récentes sur l'innocuité des méthodes de contraception associées aux antirétroviraux (ARV) ou à d'autres médicaments. L'évaluation et l'assistance aux personnes et aux couples vivant avec le VIH qui veulent des enfants sont une nécessité intrinsèque au counselling et autres services de PF. Les ARV ont conduit à une baisse significative de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Les PVVIH, qui ont souvent les mêmes aspirations familiales que bien d'autres, tout comme les clients séronégatifs au VIH, devraient bénéficier du même counselling sur la contraception.

Les clients présentant un handicap peuvent avoir déjà des difficultés pour accéder à n'importe quel service, et encore davantage quand il s'agit d'informations ou de services liés à la PF. Bon nombre de gens, y compris certains prestataires de soins, estiment peut-être que les personnes handicapées ne peuvent pas ou ne devraient pas avoir de rapports sexuels ni tomber enceintes, ne répondent pas à leur besoin d'information et de conseils. Le counselling devrait soutenir les droits des personnes handicapées à décider de façon libre et responsable du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances, et à accéder à une information et une éducation sur la SSR et la PF qui soient de qualité et adaptées à leur âge.

La décision de la contraception appropriée doit tenir compte à la fois de la nature du handicap et de la méthode, et des souhaits exprimés par la personne. A titre d'exemple : certaines méthodes barrières peuvent être difficiles à utiliser pour les personnes ayant une dextérité manuelle limitée ; les contraceptifs oraux combinés (COC) ne conviennent pas toujours aux femmes ayant des problèmes de circulation sanguine ou d'immobilité des extrémités, même en l'absence de mutations thrombogéniques avérées et ce, en raison d'un risque accru de thrombose veineuse profonde (TVP), ou aux personnes ayant un handicap intellectuel ou mental pour qui d'autres méthodes sont préférables en raison de leur difficulté à se rappeler de prendre régulièrement leur traitement. Pour les femmes pour qui l'hygiène menstruelle pose problème, il conviendra aussi de tenir compte de l'impact de la méthode contraceptive sur les cycles menstruels.

La décision doit être basée sur un choix informé, après une éducation appropriée à la santé sexuelle. Lorsque la nature du handicap empêche le choix informé et indépendant, les contraceptifs ne devraient être fournis qu'après un processus de prise de décision accompagné impliquant la personne concernée et toute autre partie prenante telle que l'aide personnelle et les responsables légaux. Toute décision de cette nature doit se faire dans le respect des droits reproductifs de l'individu. Il est important de veiller à ce que les décisions sur la stérilisation des personnes handicapées soient irréversibles du point de vue éthique.

Les couples ou membres d'une même famille qui viennent en milieu clinique ensemble devraient être reçus en counselling ensemble mais il faut garder à l'esprit le droit de la femme au libre choix. Le conseiller devrait donner à la femme l'occasion de bénéficier d'un counselling individuel.

Les jeunes clients qui sollicitent une stérilisation devraient être informés du fait que bon nombre de méthodes modernes offrent une contraception sûre et réversible, aussi efficace que la stérilisation. Le conseiller doit s'assurer que tout client sollicitant une stérilisation comprend bien la nature permanente de l'intervention. Il doit aborder avec le client les situations éventuelles susceptibles de l'amener à vouloir revenir sur sa décision et lui proposer alors l'option d'une contraception à long terme mais réversible. Etant donné que les jeunes clients peuvent regretter d'avoir été stérilisés, ils devraient bénéficier avant d'un counselling très attentif.

Cette Déclaration a été mise au point par le Groupe consultatif médical International (IMAP) en 1994 et révisée en 2009. L'IPPF se réserve le droit de l'amender à la lumière des éventuels développements dans le domaine concerné.

Voir aussi les déclarations de l'IMAP sur L'Élimination de la violence contre les femmes (2009), La Contraception pour les adolescents à l'ère du VIH/sida (2006), Les besoins en santé des femmes en périmenopause (2009), L'avortement sans risque (2006), La Contraception d'urgence (2004), et L'Allaitement et la contraception post-partum (2008).

Favoriser le changement en milieu médical : quelques considérations pour les programmes de planification familiale

Roy Jacobstein, M.D., M.P.H.

Introduction

La plupart des prestations de méthodes et services des programmes de planification familiale (PF) se font en milieu médical. La prestation de services de PF dépend des connaissances, compétences et comportements des prestataires de service des structures médicales. Ceux qui apportent une assistance technique aux programmes de PF doivent bien cerner la nature de la structure médicale et sa dynamique de changement de comportement pour y accroître l'accès à des services PF de qualité.

La nature des structures médicales

La médecine est une discipline scientifique fondée sur la preuve, qui se pratique avec art et bienveillance. Les structures médicales sont hiérarchisées et conservatrices; elles fonctionnent avec des politiques bien établies, des protocoles de pratique et des prestataires faisant office de gardiens des services. D'où certains problèmes fréquents : aucune perception du besoin de changement dans les politiques et pratiques, et donc une résistance aux changements proposés ; ignorance des dernières découvertes scientifiques sur les avantages et risques des méthodes de PF ; et inquiétude face à la délivrance de certaines méthodes, malgré le fait que les Critères de recevabilité médicale de l'OMS indiquent que la plupart des femmes peuvent utiliser sans danger presque toutes les méthodes de PF à diverses périodes de leur vie reproductive.¹

“Le tort de ne pas faire”

“Avant tout, ne faire aucun tort” est un principe médical fondamental. Il tient au souci premier d'éviter toute maladie causée par le médecin. Néanmoins, en évitant le tort de faire, les prestataires oublient souvent de faire attention au tort de ne pas faire, c'est-à-dire aux effets négatifs du refus d'intervention.² Prenons deux exemples courants : les prestataires refusent la PF aux femmes en aménorrhée qui la demandent,³ même quand la grossesse présente un risque encore plus grand pour leur santé, et ne sont pas favorables à l'insertion d'un stérilet en raison de leur peur exagérée des maladies inflammatoires pelviennes (MIP) associées au stérilet et qui peuvent rendre stérile. Et pourtant la prévalence globale de MIP chez les utilisatrices d'un stérilet est inférieure à 2 cas pour 1000 femmes-années d'utilisation du stérilet, et le risque accru de MIP est limité aux 20 premiers jours suivant l'insertion.⁴ Même dans les environnements à forte prévalence d'infections sexuellement transmissibles (IST), le risque clinique de MIP dues au stérilet reste très faible, entre 0,075% et 0,15% en Afrique subsaharienne selon les estimations.^{5,6} Par opposition, en Afrique subsaharienne, le décès maternel au cours de la vie est un risque pour une femme sur 22, une naissance sur 109 se soldant par un décès maternel⁷ et un cas de décès pour 20 cas de morbidité.⁸

Les obstacles médicaux

Les obstacles qui limitent la qualité de la PF, son accès et son utilisation sont nombreux. Ils peuvent être de nature cognitive, économique, culturelle, géographique ou se trouver au sein du système de santé. Certains des obstacles liés au milieu médical sont qualifiés d'obstacles médicaux – politiques ou pratiques bien intentionnées mais inappropriées fondées sur la raison médicale et qui empêchent les clients de bénéficier d'une contraception. Parmi les obstacles médicaux difficiles les plus courants, on trouve : l'avis personnel du prestataire contre (ou pour) une méthode de PF ; les restrictions inappropriées en matière de recevabilité ; l'application erronée de contre-indications ; certaines procédures obstacles (par ex. les analyses de laboratoire inutiles) ; ou encore les restrictions injustifiées liées à l'autorisation du personnel de fournir une méthode de PF.^{9,10} Le mauvais counselling sur les effets secondaires et la piètre gestion de ces derniers sont également des obstacles médicaux qui limitent l'adoption d'une méthode de PF et son utilisation suivie.

La lenteur du changement en milieu médical

La lenteur du changement dans le milieu médical est un constat historique. Par exemple, il a fallu 250 ans avant que la Marine britannique consente à adopter universellement des mesures reconnues pour éviter le scorbut, maladie souvent fatale touchant les marins en grand nombre.^{11,12} Bien que Semmelweis ait démontré que le lavage des mains dans une solution chlorée protégeait de la fièvre puerpérale (à l'accouchement), maladie qui a provoqué un million de décès maternels en Europe au XIXe siècle, il a été ridiculisé et marginalisé par la communauté médicale, et les mesures qu'il préconisait n'ont été adoptées que plusieurs décennies après sa disparition.¹³ Encore aujourd'hui le changement reste lent, malgré la rapidité des moyens de communication et l'importante littérature scientifique, technique et programmatique. On connaît depuis treize ans la capacité des traitements thrombolytiques à améliorer les résultats après une crise cardiaque, or seuls 51 % des cardiologues américains en recommandent l'utilisation régulière.¹⁴ Bien que la vasectomie sans scalpel soit connue pour réduire davantage la douleur et les saignements que la vasectomie conventionnelle (par incision) et ait été introduite aux Etats-Unis dans les années 1980,¹⁵ moins de la moitié des vasectomies aux Etats-Unis en 2002 ont été réalisées sans scalpel.^{16,17} Bien que l'OMS ait recommandé dès 1985 de limiter à 15 % le taux maximum de césarienne,¹⁸ ce taux s'élevait à 24 % aux Etats-Unis en 1989 pour atteindre 31 % en 2006.¹⁹

La perception et les dynamiques du changement

Le changement est inévitable mais il déstabilise la plupart des gens. Pourtant, les dynamiques du changement de comportement réussi sont bien connues et peuvent nous guider pour obtenir de meilleurs résultats programmatiques. C'est là une chance car ceux qui travaillent dans le domaine de la PF sont tous des agents du changement. Nous sommes dans “le métier du changement”.

La diffusion des innovations : une explication utile du changement de comportement

Bien des gens ont trouvé la théorie de Rogers sur la diffusion des innovations¹¹ convaincante sur la manière dont le monde fonctionne. Rogers y explique comment et pourquoi le changement se produit (ou pas) et comment le favoriser dans le contexte du développement. Selon sa théorie, trois grands points influencent le processus du changement : 1) les qualités propres à l'innovation ou à la nouvelle pratique (le “quoi” tel qu'il est perçu par les bénéficiaires, et non par les professionnels du développement et/ou de la santé publique); 2) les caractéristiques des adoptants potentiels (le “qui”); 3) les facteurs contextuels - par ex., structures, leadership et gestion du système de santé (le “comment”). Le manque de considération pour ces trois points explique pourquoi malgré toutes les nouvelles politiques ou directives mises en œuvre par les responsables politiques, les nouvelles recherches publiées par les chercheurs et l'introduction dans les programmes de services étendus, il semble y avoir si peu de changement.

La perception de l'avantage : “Qu'est-ce que cela peut m'apporter ?”

La perception de l'avantage d'une innovation ou d'un nouveau comportement, comme la prestation (ou l'adoption) de PF, est la caractéristique la plus importante pour déterminer la portée, la rapidité et la durée de son adoption. L'avantage et sa caractéristique étroitement liée, à savoir l'avantage comparatif, peuvent s'exprimer en termes de gain de temps, d'effort, d'argent, d'amélioration de la santé ou de rapidité du résultat escompté. Les avantages d'une innovation sont perçus différemment au sein de la communauté scientifique ou du développement et parmi les bénéficiaires. Prestataires et clients ne sont pas des “tonneaux vides”¹¹ attendant d'être emplis de vérités scientifiques ou de “pratiques d'excellence”. Ils ont leurs propres convictions, lesquelles influencent la façon dont ils perçoivent et comprennent les innovations. (Quand ces convictions ou vérités sont scientifiquement, ou de fait, erronées, nous les qualifions de mythes ou d'idées fausses.)

Autres facteurs influençant le taux, la portée et la pérennité d'un nouveau comportement

La perception de la compatibilité, la simplicité et l'observabilité d'une nouvelle idée ou pratique influence également le taux d'adoption et sa portée, comme la personnalité des adoptants (potentiels) et leur ouverture au changement. Plus une nouvelle pratique de santé est compatible avec les normes, comportements et cultures existants dans un environnement médical, plus elle a de chances d'être adoptée. Les nouveaux comportements perçus comme simples à mettre en œuvre et culturellement appropriés ont plus de chances d'être rapidement et largement adoptés. La plupart des prestataires (et clients) n'adoptent pas de nouvelles pratiques à cause d'études scientifiques mais sont plutôt influencés par ceux de leurs "proches pairs" qui les ont déjà adoptés.

Les "premiers adoptants" (distincts des "novateurs", selon la classification de Rogers) sont importants : ce sont des leaders d'opinion respectés, dotés d'un solide réseau et dont les activités sont attentivement observées par autrui, ce qui est essentiel à la portée des nouvelles pratiques médicales et de santé publique.¹¹

Que faire ? Sept considérations stratégiques pour favoriser le changement en milieu médical

Ces considérations peuvent vous aider à planifier et mettre en œuvre des interventions qui entraîneront le changement comportemental chez le prestataire à l'échelon individuel en milieu médical et dans les programmes de PF.

1. Tenir compte de changement comportemental dans le "quoi", le "qui" et le "comment"

L'introduction programmatique de nouvelles pratiques de PF doit prendre en compte les caractéristiques de l'innovation elle-même, des adoptants potentiels et des contextes organisationnel et programmatique.

2. Promouvoir une médecine fondée sur les preuves et des interventions solides et orientées vers les données

Bien que les preuves (biologiques ou épidémiologiques) soient nécessaires à la crédibilité de l'introduction d'une innovation (ou pratique d'excellence) médicale, elles ne suffisent généralement pas pour induire à elles seules un changement comportemental.

3. Comprendre comment tous les acteurs voient l'innovation... et intervenir en fonction

Il est important de comprendre comment les prestataires, clients, leaders d'opinion et communautés perçoivent une innovation pour tenir compte de leurs convictions, expériences, craintes et besoins. Comme l'a souligné une infirmière de PF avisée, "il faut s'imaginer à leur place si l'on veut éviter l'échec".

4. Se mettre à la place du prestataire

Les interventions devraient tenir compte des conditions de travail des prestataires. Bon nombre d'entre eux sont surchargés de travail et sous-payés, et les nouvelles pratiques de PF peuvent représenter un travail supplémentaire (perçu ou réel), ou bien sembler trop difficiles. Si un prestataire ne voit pas de réel avantage à la nouvelle pratique proposée pour lui ou ses clients, la probabilité qu'il l'adopte est faible.

5. Trouver, soutenir et chérir les défenseurs

Les défenseurs ont de l'influence sur autrui. On les trouve généralement parmi les premiers adoptants, et ils sont particulièrement réceptifs aux innovations. Ils suscitent de l'engouement dans les milieux médicaux et œuvrent à l'extension de l'innovation dans la pratique. Aussi les programmes et projets de PF doivent-ils rendre les activités des premiers adoptants visibles et largement connues, enrichir leurs réseaux, reconnaître publiquement leur engagement et résultats et leur apporter un soutien continu.

6. Créer des messages et interventions à partir des "vérités" du public visé

La diffusion des innovations passant essentiellement par la communication et une bonne compréhension de la nouvelle information concernée, les messages sur une nouvelle pratique de santé sont capitaux. Ils devront être simples, exacts, appropriés au public visé, faciles à retenir, tenir compte des vérités véhiculées parmi ce public et viser prioritairement la perception qu'ils ont des avantages.

7. Répéter les interventions pour renforcer les messages et les nouveaux comportements

La répétition a son importance dans l'apprentissage chez les adultes. Toute intervention isolée, qu'il s'agisse d'une formation, d'une information sur une technique contraceptive ou d'un dialogue politique, a peu de chance à elle seule d'induire un changement comportemental significatif.

Conclusion

En milieu médical, le changement prend du temps mais peut être accéléré en suivant les principes et pratiques suivantes déjà détaillées plus haut : les efforts consentis pour favoriser un changement approprié dans les politiques et pratiques de PF en valent la peine. Le recours aux stratégies de changement comportemental réussies peut améliorer la qualité, l'accès et l'utilisation de la PF, permettre à des millions de gens de réaliser leurs intentions en matière de reproduction et aider les pays à mieux atteindre leurs objectifs de développement national.

Roy Jacobstein, M.D., M.P.H., Directeur clinique du projet RESPOND, EngenderHealth, New York, USA.

Remerciements à Jan Kumar, Erin McGinn, Isaiah Ndong, Lynn Bakamijian et Laura Subramanian de EngenderHealth, et Carolyn Curtis de l'Agence américaine pour le développement international, pour leurs suggestions sur cet article. Le point de vue exprimé dans cet article n'engage que son auteur.

Références

1. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 3rd edition. Geneva: WHO, 2004.
2. Shelton JD. The harm of "First, do no harm". *JAMA* 2000; **284**:2687-8.
3. Stanback J, Thompson A, Hardee K, Janowitz B. Menstruation requirements: a significant barrier to contraceptive access in developing countries. *Stud Fam Plann* 1997; **28**:245-50.
4. Farley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, et al. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet* 1992; **339**:785-8.
5. Stanback J, Shelton JD. Pelvic inflammatory disease attributable to the IUD: modeling risk in West Africa. *Contraception* 2008; **77**:227-9.
6. Shelton JD. Risk of clinical pelvic inflammatory disease attributable to an intrauterine device. *Lancet* 2001; **357**:443.
7. United Nations Children's Fund (UNICEF). The state of the world's children, 2007: women and children, the double dividend of gender equality. New York: UNICEF, 2007.
8. Nanda G, Switlick K, Lule E. Accelerating progress towards achieving the MDG to improve maternal health: a collection of promising approaches. Washington, DC: World Bank, 2005.
9. Shelton JD, Angle MA, Jacobstein RA. Medical barriers to access to family planning. *Lancet* 1992; **340**:1334-5.
10. Bertrand J, et al. Access, quality of care and medical barriers in family planning programs. *Int Fam Planning Perspect* 1995; **21**:64-9.
11. Rogers EM. Diffusion of innovations, 5th edition. New York: Free Press, 2003.
12. Berwick DM. Disseminating innovations in health care. *JAMA* 2003; **289**:1969-75.
13. Best M, Neuhauser D. Ignaz Semmelweis and the birth of infection control. *Qual Saf Health Care* 2004; **13**:233-4.
14. Antman EM, Lau J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers TC. A comparison of results of meta-analyses of randomized control trials and recommendations of clinical experts: treatments for myocardial infarction. *JAMA* 1992; **268**:240-8.
15. Antarsih L, Marston-Ainley S. The introduction of no-scalpel vasectomy in the United States (1988-1992). *AVSC Working Paper No. 3*, September 1993.
16. Barone MA, et al. Vasectomy in the United States, 2002. *J Urol* 2006; **176**:232-6.
17. Cook LA, Pun A, van Vliet H, Gallo MF, Lopez LM. Scalpel versus no-scalpel incision for vasectomy. *Cochrane Database Syst Rev*. Apr 18 2007; CD004112.
18. WHO. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; **2**:436-7.
19. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, et al. Births: final data for 2006. *National Vital Statistics Reports* 57(7). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2009.