



# ABORDER LES QUESTIONS DE GENRE DANS LES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE DU POST-PARTUM

## Contexte

Pendant la période importante de post-partum de nombreuses femmes et leurs partenaires peuvent désirer avoir accès à des services de planification familiale fiables et de haute qualité. Globalement, 50% à 60% des femmes effectuent des visites prénatales, ou ont des contacts avec des prestataires de soins. Ceci, offrant une forte probabilité de contact avec le système sanitaire. La planification familiale du post-partum, (PFPP), est la prévention contre les grossesses non désirées et rapprochées pendant les premiers 12 mois suivant l'accouchement, aux moyens de services de conseil et de planification familiale. Selon les données d'enquêtes de santé de 27 pays, 65% des femmes entre 0 et 12 mois de leur période de post-partum souhaitent éviter une grossesse au cours des 12 prochains mois, mais n'utilisent pas de moyens modernes de contraception (Ross & Winfrey, 2001). La PFPP est indispensable afin de réduire la mortalité évitable chez les mères et les nouveau-nés et d'améliorer la santé des familles.

Espacer les grossesses d'au moins 24 mois après une naissance (ou d'au moins six mois après une fausse couche ou un avortement provoqué) pourrait permettre d'éviter environ 25% à 40% des cas de mortalité maternelle et 44% des cas de mortalité infantile, ainsi que de réduire le risque de naissance prématurée, d'insuffisance pondérale et d'autres morbidités néonatales (Singh, et al., 2009 & USAID, 2007). Bien que l'espacement des grossesses ait de nombreux avantages pour la santé de la mère et du bébé, il est nécessaire de prendre en compte les contextes sociaux et culturels

lors de la prestation des soins. En effet, les femmes et les couples peuvent avoir des besoins ou contraintes personnelles, médicales ou socio-culturelles qui peuvent influencer leur décision d'espacer leur grossesse, et l'adhésion aux méthodes de planification familiale. L'information et l'accès aux services de contraception, les croyances familiales et communautaires ainsi que dans de nombreux cas, les rôles de genre, les attentes, et le pouvoir décisionnel influencent les décisions et comportements en rapport à la PFPP.

## Questions de genre dans les services de PFPP

### *Valeurs et traditions liées au genre*

Les valeurs et traditions liées au genre affectent la capacité des femmes et de leurs partenaires à accéder et à utiliser des services de planification familiale de qualité. Par exemple, dans de nombreux pays, la capacité d'avoir des enfants a un impact sur le statut social, et beaucoup d'hommes et/ou de femmes désirent de grandes familles, bien que les couples ne soient pas toujours d'accord sur la taille de la famille. Les maris, les belles-mères et les co-épouses peuvent jouer un rôle majeur dans les discussions autour de la taille de la famille et influencer les décisions en matière de procréation et de soin. Beaucoup de cultures donnent préférence aux garçons qui sont souvent présumés gagner plus d'argent afin de soutenir leurs familles. Une femme peut être moins susceptible d'accepter la PFPP après la naissance d'un enfant de sexe féminin en raison de l'attente culturelle pour donner naissance à un enfant de sexe masculin (Mittal & Kashyap, 2011).

### Encadré 1. Problèmes de Genre dans les services de PFPP

- Valeur et traditions liées au genre
- Le rôle des partenaires masculins, des belles mères, et d'autres acteurs de prise de décision de la PFPP
- Répondre aux besoins des filles en matière de PFPP
- Accès à et utilisation de soins de santé de qualité
- Violence basée sur le genre

La religion influence aussi les décisions de PFPP en favorisant certaines traditions et croyances sur la contraception et la naissance, mais les interprétations de ces traditions et croyances peuvent varier selon la géographie et le contexte social. Par exemple, le Coran avalise l'allaitement pendant au moins deux ans pour garantir une meilleure nutrition. Il existe aussi des citations qui valorisent les bébés filles. D'autres normes et traditions locales peuvent influencer la prise de décision sur l'adoption et l'utilisation de la PFPP (MCHIP, 2011).

La PFPP sensible au genre permet l'amélioration de l'utilisation des services car elle permet de comprendre les valeurs et traditions locales afin de mettre en œuvre des programmes de PFPP qui sont culturellement pertinents et efficaces. De même, il est important de promouvoir l'éducation et une meilleure compréhension des valeurs et traditions qui sont potentiellement dangereuses pour la santé et le bien-être des mères, des enfants et des familles pour le succès de la PFPP

## AOUT 2014

Ce dossier technique a été préparé par Le Projet de l'Application de la Science pour le Renforcement et l'Amélioration des Systèmes (ASSIST) de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID). Ses auteurs sont : Caitlyn Lutfy, Taroub Faramand, Megan Ivankovich, Elizabeth Romanoff Silva et Kathryn Krueger de WI-HER LLC. Le projet est financé par le peuple américain à travers le Département des systèmes de santé du Bureau de la santé mondiale de l'USAID. Le projet est géré par University Research Co., LLC (URC) conformément aux termes de l'Accord de coopération no. AID-OAA-A-12-00101. Les partenaires mondiaux d'URC pour le projet ASSIST de l'USAID sont notamment : EnCompass LLC ; FHI 360 ; l'École de santé publique de l'Université Harvard ; HEALTHQUAL International ; Initiatives Inc. ; l'Institute for Healthcare Improvement ; le Centre pour les programmes de communication de l'Université Johns Hopkins ; et WI-HER LLC. Pour de plus amples détails, veuillez visiter le site [www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) ou communiquez avec nous à [assist-info@urc-chs.com](mailto:assist-info@urc-chs.com)

## Rôle des partenaires masculins, des belles-mères et d'autres acteurs dans la prise de décision autour de la PFPP

Un partenaire masculin joue souvent un rôle important dans la prise de décision pour qu'une femme utilise des méthodes de planification familiale pendant la période post-partum. L'accès aux contraceptifs de courte durée qui nécessitent un contact régulier avec le prestataire, peut s'avérer très difficile sans le soutien du partenaire et d'autres membres de la famille, surtout pour les femmes pauvres et les femmes habitant des zones rurales (Creanga et al., 2010). Même si une femme possède des biens personnels, il est possible qu'elle n'utilise pas ses propres ressources à des méthodes de contraception si son mari ou son partenaire masculin ne lui en donne pas la permission. Ceci étant soit en raison de sa propre décision d'attendre l'accord de son mari, soit à cause de la décision des prestataires de soins de santé. Par conséquent, la coopération du partenaire quant à l'accès, le paiement, le soutien et l'adoption initiale des services de PFPP et l'utilisation à long terme des méthodes modernes de planification familiale peut être nécessaire. Les services de la PFPP qui ne prennent pas en compte l'influence des partenaires masculins peuvent engendrer leur non-utilisation et entraîner une mauvaise utilisation de contraceptifs et d'autres ressources (voir Encadré 2).

En raison de leur statut au sein des familles, les belles-mères peuvent également être des décideurs importants concernant les choix en matière de santé reproductive et de la planification familiale (Kouyate et al. 2010). Dans certains contextes, les co-épouses ou les sages de la communauté peuvent également jouer un rôle important dans cette prise de décision. Les programmes de PFPP doivent tenir compte ces acteurs tels que les belles-mères et les co-épouses.

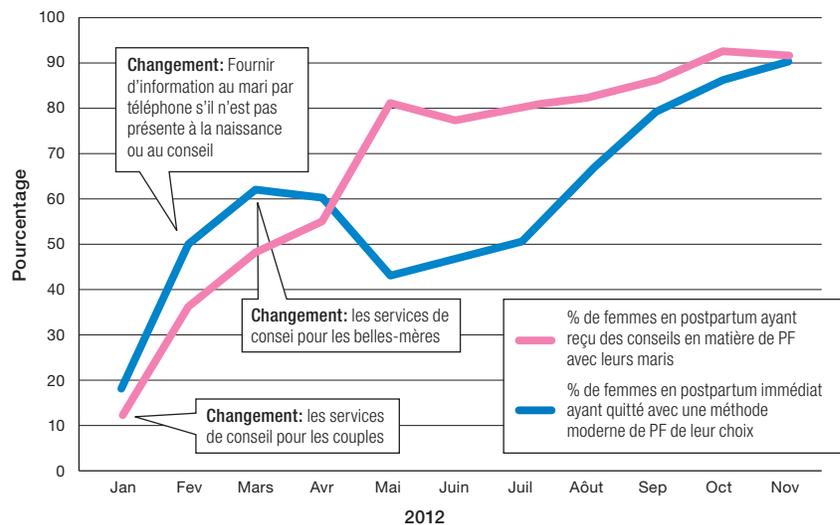
Impliquer les partenaires dans les prises de décision et les processus pour espacer ou prévenir les grossesses est important pour réduire la mortalité maternelle et contribue à ce que les partenaires masculins prennent en charge leur propre fécondité, et considèrent l'utilisation de méthodes de planification familiale spécifiques aux hommes telles que le préservatif ou la stérilisation. Les belles-mères ont le potentiel de devenir des porte-paroles influentes et partisans importantes pour l'accès et l'utilisation de la PFPP pour les femmes de leurs familles. Les prestataires de santé devraient s'atteler à offrir un environnement accueillant et sécurisants, ainsi que des ressources et un soutien aux

## Encadré 2. Améliorer les Services de Planification Familiale en Afghanistan en traitant les Questions de Genre

Le Projet d'Amélioration des Soins de Santé de l'USAID (Health Care Improvement - HCI), le prédécesseur du Projet ASSIST de l'USAID, a inclus les maris et les belles-mères dans une intervention de PFPP dans cinq maternités de Kabul en Afghanistan. L'équipe de HCI a reconnu deux obstacles clés qui influencent la qualité et l'accès aux services PFPP en Afghanistan: un manque d'espaces privé pour les services de conseil dans la salle de postpartum et l'impossibilité pour les femmes de prendre de décisions concernant l'utilisation de contraceptifs sans leurs maris et /ou leurs belles-mères.

Pour y remédier, les maris et leurs épouses furent invités à participer à des séances de conseil privées sur la PFPP avant la sortie de l'hôpital et les hommes qui n'étaient pas présents à la naissance ont reçu des informations sur la PFPP sur leurs téléphones portables. Des séances de conseil ciblant les belles-mères ont également été organisées avant la sortie des clientes. Sur la base de ces changements testés, la proportion de femmes ayant reçu leur méthode préférée de PF et la proportion d'hommes participant à des séances de conseil sur la PFPP a augmenté considérablement.

### Proportion de femmes en post-partum ayant reçu des conseils en matière de PF avec leurs maris et étant sorti avec leur méthode préférée dans 5 hôpitaux, Kabul, Afghanistan, Jan.- Nov. 2012



femmes afin de leur donner les moyens de gérer ces influences ainsi que leurs propres besoins de santé.

Bien que l'implication des partenaires masculins et des belles-mères dans les soins de santé pour les femmes puisse avoir des avantages positifs, la dynamique du pouvoir et les relations au sein de chaque couple et famille est unique. Pour certaines femmes, l'implication d'un partenaire masculin ou de la belle-mère peut nuire à sa santé et à sa sûreté. Le choix d'impliquer son partenaire doit revenir à la femme et les prestataires de soins de santé doivent être préparés à avoir des ressources et des informations nécessaires pour répondre aux besoins de la cliente sur la base de sa décision.

### Répondre aux besoins des filles en matière de PFPP

Chaque année, on estime que 16 million de filles accouchent avant l'âge de 18 ans. Les grossesses des adolescentes peuvent avoir des effets néfastes aussi bien sur la santé de la mère que celle du bébé. Les filles âgées de 10 à 14 ans ont cinq fois plus de chance de mourir pendant la grossesse ou l'accouchement que les femmes âgées de 20-24 ans. Dans le monde entier, les complications de liées à la grossesse et à l'accouchement sont une des principales causes de décès parmi les filles âgées de 15 à 19 ans. Le risque de décès est 50% pour les nouveau-nés de mères adolescentes (OMS, 2012a). En plus de leur vulnérabilité physique, les filles mariées peuvent avoir beaucoup moins de pouvoir

décisionnel et sont souvent moins en mesure de négocier l'utilisation des méthodes de PFPP et d'accéder aux services de santé et de planification familiale (PRB, 2007). Bien que d'augmenter la portée des services de santé aux filles avant qu'elles ne deviennent enceintes est idéale, la période du post-partum offre une occasion unique afin d'offrir des services aux mères adolescentes, une population vulnérable et souvent difficile à atteindre.

### **L'accès à et l'utilisation de service sanitaires de qualité**

Dans le monde, 50% des accouchements ont lieu en dehors des formations sanitaires (MCHIP, 2013), et 70% des femmes qui n'accouchent pas dans les formations sanitaires ne reçoivent pas de soins en post-partum (OMS, 2012b). Dans certaines sociétés, les femmes n'ont pas le droit de quitter leur domicile pendant la période de post-partum, ce qui représente une occasion ratée de promouvoir des comportements sains, affectant les femmes, les nouveau-nés, et les enfants (Warren et al., 2006).

Les prestataires de santé peuvent également projeter leurs propres attitudes, et croyances négatives sur les clients, causant ainsi une situation de partialité qui perpétuent la stigmatisation et peut empêcher les clients d'accéder aux services de la PFPP. De nombreuses femmes vivant avec le VIH indiquent s'être senties stigmatisées par les prestataires de santé lorsqu'elles cherchaient à accéder à des services de santé pendant leur grossesse ou lorsqu'elles envisageaient une grossesse. Il est nécessaire de fournir des formations aux prestataires de santé sur le détriment causé par la stigmatisation et la discrimination afin de s'assurer que les formations sanitaires sont des endroits sûres et accueillants où les clients sont assurés de recevoir des services de planification familiale impartiaux et de haute qualité.

Les prestataires de service et les agents de soins de santé communautaires doivent être sensibles aux besoins et perspectives des hommes et des femmes et être disposés à travailler avec les deux sexes. Toutes femmes devraient recevoir la même qualité de soins et d'accès aux options de la PFPP et il ne devrait pas avoir de stigmatisation liée à l'âge de la femme, le statut sérologique, matrimonial, ethnique ou socio-économique, ou d'autres situations spécifiques telles que le viol ou l'avortement.

### **La violence basée sur le genre**

La crainte d'être soumis à la violence basée sur le genre (VBG) a un impact important sur la

capacité d'une femme à accéder et utiliser les méthodes de la PFPP et les services de planification familiale. La violence entre partenaires intimes peut avoir des conséquences graves sur la santé prénatale et postnatale d'une femme. Ceci affecte aussi sa capacité à faire des choix de santé autonomes, son accès aux services de santé, et utiliser des méthodes de planification familiale de son choix (PRB, 2010). Les femmes qui sont dans des relations abusives font face à un risque plus élevé de grossesses non désirées et ont besoin de protection et d'options de PF supplémentaires. Les prestataires de santé peuvent parfois ne pas être au courant ou ne pas répondre aux menaces de violence basée sur le genre qui pourraient être une conséquence de la PFPP ou être préjudiciable à la PFPP.

Pour prévenir les grossesses non désirées chez les femmes ayant subi une violence basée sur le genre, ou qui craignent la réaction de leur partenaire face à leur utilisation de la PFPP, les prestataires de santé devraient être conscients des signes de maltraitance, être sensibilisés aux besoins des victimes et offrir les ressources disponibles chaque fois que possible. Il est important que les cliniques offrent aux femmes des méthodes contraceptives discrètes avec lesquelles le partenaire intime ne peut pas interférer, telles qu'une méthode injectable ou une autre méthode de longue durée qui serait plus facile à dissimuler pendant de longues périodes (Miller et al., 2010). Les hommes (surtout s'ils ne sont pas instruits sur la santé en général et les avantages de l'espacement des grossesses et la planification familiale — peuvent se mettre en colère ou se sentir frustrés s'ils découvrent que leurs partenaires utilisent une méthode de contraception ou bien si elles refusent ou sont incapables de concevoir un enfant. Cela renforce l'importance de comprendre les attitudes, les connaissances, le pouvoir, et les comportements des hommes pour les programmes de PFPP afin d'incorporer leurs besoins dans la prestation des services de PFPP.

## **Considérations relatives à l'Intégration du Genre dans les Services de Planification Familiale du Post-partum**

### **1. Identifier et répondre aux questions spécifiques sur le genre qui peuvent influencer la prise de décision des femmes et des couples sur la PFPP**

- Effectuer une analyse de genre afin d'examiner les relations de genre et les problèmes qui prévalent au sein de la

communauté et qui pourraient avoir un impact sur les comportements en matière de santé reproductive.

- Déterminer les types de méthodes qui sont acceptables et réalisables d'un point de vue culturel, économique, et logistique.
- Aborder les attitudes et les valeurs favorisant les garçons directement avec les femmes et les hommes.
- Identifier et utiliser des stratégies sensibles au genre qui promeuvent la capacité des femmes à faire des choix instruits et autonomes en matière de planification familiale, lorsque c'est approprié.
- Expliquer les avantages de la PFPP pour la santé de la mère et de l'enfant ainsi que les avantages pour leurs autres enfants et les ressources du ménage aussi bien que pour les femmes et partenaires masculins.

### **2. Utiliser les opportunités tout au long du continuum des soins pour promouvoir l'accès à la PFPP de haute qualité**

- Déterminer les meilleures occasions d'atteindre les hommes et les femmes (par exemple immédiatement après la naissance, pendant l'examen médicale d'une femme, pendant les visites de vaccination des enfants).
- Profiter de tout contact qu'une femme peut avoir avec le système de santé formel et informel immédiatement après la période de postpartum ou dans un futur plus lointain, afin de promouvoir un système de services intégrés qui comprend les services de conseil sur la PF et les méthodes de prestation (par exemple les visites post-partum dans les formations sanitaires et à domicile, les contacts pour la santé des enfants ainsi que pour les enfants malades).
- Impliquer les agents de santé communautaires dans la PFPP pour atteindre les femmes qui font face à des obstacles les empêchant d'avoir accès aux soins.

### **3. Engager les partenaires et d'autres acteurs influents tels que les belles mères, lorsque ceci est approprié**

- Promouvoir la participation des hommes et de la famille, lorsque ceci est approprié, tout en respectant le choix d'une femme d'impliquer son partenaire et sa famille ou pas.
- Offrir des séances d'éducation aux belles-mères, aux personnes âgées, aux groupes d'hommes, aux groupes communautaires, et aux groupes religieux et d'autres leaders influents sur les avantages sanitaires de l'espacement des grossesses,

la planification familiale et le fonctionnement de différentes méthodes.

- Impliquer les partenaires dans les consultations prénatales et inclure les hommes tout au long du continuum de soins de santé maternelle, néonatale et infantile, y compris la PFPP.
- Intégrer les services de santé dans les visites de cliniques pour que les cliniques attirent les hommes pour leurs propres besoins de santé.
- Créer un environnement privé et sûr pour le conseil et la prestation de services de PF où les femmes et les hommes se sentent à l'aise et en confiance. Dans les cultures où les hommes n'assistent pas aux accouchements, il faut créer des espaces distincts pour l'orientation autour de la PFPP, impliquer les hommes dans des sessions de PF adaptées aux pères, ou impliquer les partenaires et les membres de la famille dans le conseil à l'aide des téléphones portables.

#### 4. Former et assurer un soutien continu aux prestataires de santé et aux agents de santé communautaires afin d'aborder les questions de genre affectant la PFPP

- Eduquer le personnel de santé sur une vaste gamme de méthodes contraceptives, comment ils peuvent y avoir accès et les risques et l'efficacité de chaque méthode.
- Former les agents de santé pour lutter contre la stigmatisation et accueillir les partenaires masculins, avec l'accord de la cliente, lors des visites en cliniques et les discussions sur la PFPP.
- Sensibiliser les prestataires de santé sur des problèmes que peuvent rencontrer leurs patients susceptibles de générer des attitudes négatives et motivés par le contexte social, telles que la séropositivité, les femmes non mariées, et celles qui recourent aux soins, aux traitements et soutien après l'avortement.
- S'assurer que les agents de santé sont au courant des différentes croyances religieuses et culturelles dans leur zone de service. Si une patiente considère que certaines méthodes de contraception sont inacceptables d'un point de vue religieux, éduquer les couples sur les méthodes qui leur sont disponibles et accessibles. Former les agents de santé contre la projection de

leurs propres croyances sur les clients.

#### 5. Encourager les options de PF et les choix qui réduisent le risque de violence basée sur le genre et de grossesses non désirées suite à la violence basée sur le genre ou la contrainte

- Sensibiliser les prestataires de santé aux signes de la VBG et aux besoins de soins de santé particuliers des victimes.
- Donner la liberté de choix aux femmes d'impliquer ou de mettre le partenaire masculin, la belle-mère, ou quelqu'un d'autre au courant de sa décision, et fournir des ressources de qualité et des soins en fonction de sa décision.
- Donner accès aux méthodes de contraception à court et à long terme, dans un environnement sûr, si possible, et qui répond aux besoins individuels des clientes. Eduquer les patients sur les effets secondaires et la bonne utilisation de ces méthodes.
- Fournir des renseignements sur les effets secondaires et le bon usage.
- Veiller à ce que celles qui doivent subir un retrait chirurgical ou ont besoin de soins de suivi peuvent accéder à ces services.

#### 6. Collecter et analyser les données sensibles au genre pour informer la conception et le monitoring des programmes

- Assurer un suivi et un monitoring en continu des données sur l'âge des mères qui reçoivent les services de PFPP afin de savoir qui accède aux services, et suivre les résultats des femmes et des filles de différent groupe d'âge, pour s'assurer que les populations vulnérables, telles que les adolescentes et les femmes âgées, reçoivent des services adaptés et qui répondent à leurs vulnérabilités.
- Créer des indicateurs sensibles au genre afin de suivre la participation des hommes et d'autres membres de la famille dans les services de la PFPP et afin de déterminer l'impact de l'implication des membres de la famille sur l'adoption de la PFPP d'une communauté.
- Inclure les indicateurs pour suivre des événements indésirables tels que la VBG afin de s'assurer que les patientes ne connaissent pas des conséquences imprévues.

## Références

- Creanga A, Gillespie D, Karklins S, Tsui A. 2010. "Low use of contraception among poor women in africa: an equity issue". Disponible à: <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/4/10-083329/en/>
- Kouyate A, Nash-Mercado A. 2010. A Guide for Developing Family Planning Messages for Women in the First Year Postpartum. ACCESS-FP: Baltimore, Maryland.
- MCHIP. 2013. "A Path to Planned Pregnancies: Opportunities to Talk About Birth Spacing and Family Planning Along the Reproductive Health Journey". Disponible à: [http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/PPFPInfographic\\_sm.pdf](http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/PPFPInfographic_sm.pdf)
- Miller E, Jordan B, Levenson R, & Silverman, J.G. 2010. "Reproductive Coercion: Connecting The Dots Between Partner Violence and Unintended Pregnancy". Disponible à: <http://www.arhp.org/publications-and-resources/contraception-journal/june-2010>
- Mittal A, Kashyap I. 2011. "A nurse-midwife champions postpartum family planning in rural bihar". JHPIEGO. Disponible à: <http://www.jhpiego.org/sw/content/nurse-midwife-champions-postpartum-family-planning-rural-bihar>
- Population Reference Bureau. 2007. "Addressing cross-generational sex: A desk review of research and programs". USAID BRIDGE project. Disponible à: [http://www.prb.org/igwg\\_media/AddressingCGSex.pdf](http://www.prb.org/igwg_media/AddressingCGSex.pdf)
- Population Reference Bureau. 2010. "Gender-based violence: Impediment to reproductive health". USAID Office of Food For Peace Occasional Paper 7. Disponible à: [http://www.prb.org/igwg\\_media/gbv-impediment-to-RH.pdf](http://www.prb.org/igwg_media/gbv-impediment-to-RH.pdf)
- Ross J, Winfrey W. 2001. Contraceptive use, intention to use and unmet need during the extended postpartum period. International Family Planning Perspectives. 27(1): 20-27. Disponible à: [http://www.prb.org/igwg\\_media/AddressingCGSex.pdf](http://www.prb.org/igwg_media/AddressingCGSex.pdf)
- Singh S et al. 2009. "Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health". New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund. Disponible à: [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/adding\\_it\\_up\\_report.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/adding_it_up_report.pdf)
- USAID. 2007. "Postpartum Family Planning Technical Consultation-Meeting Report". Disponible à: <http://accessstohealth.org/toolres/pubs.htm#ppfp>
- Warren C, et al. 2006. "Opportunities for Africa's Newborns. Cape Town, South Africa: Partnership for Maternal, Newborn and Child Health". World Health Organization, 79-90. Disponible à: <http://www.who.int/pmnch/media/publications/africanewborns/en/index.html>
- WHO. 2012. "Statement for Collective Action for Postpartum Family Planning". Disponible à: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family\\_planning/Statement\\_Collective\\_Action.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/Statement_Collective_Action.pdf)
- WHO. 2012. "Adolescent pregnancy factsheet." Disponible à: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>

## Projet de l'USAID « Application de la Science pour le Renforcement et l'Amélioration des Systèmes (ASSIST) »

University Research Co., LLC, 7200 Wisconsin Ave., Bethesda, MD 20814-4811 USA  
TEL 301-654-8338 • FAX 301-941-8427 • [www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) • [assist-info@urc-chs.com](mailto:assist-info@urc-chs.com)