



De la vision à l'action :

Directives de mise en œuvre du modèle du
Cercle continu des soins[©]

Table des matières

Remerciements	02
Suggestion de citation	03
Contact	03
Acronymes	04
À propos de ce guide	05
Définition du changement social et de comportement pour la prestation de services	05
Aperçu du modèle du Cercle continu des soins®	06
Concrétisation du modèle du Cercle continu des soins® : phase avant	08
Présentation de la phase	09
Compétences requises pour cette phase	09
Exemples d'activités	10
Études de cas sur la phase avant	14
Conseils de mise en œuvre de la phase avant	17
Exemples d'indicateurs de la phase avant	18
Concrétisation du modèle du Cercle continu des soins® : phase pendant	19
Présentation de la phase	20
Compétences requises pour cette phase	20
Exemples d'activités	21
Études de cas sur la phase pendant	25
Conseils de mise en œuvre de la phase pendant	27
Exemples d'indicateurs de la phase pendant	28
Concrétisation du modèle du Cercle continu des soins® : phase après	29
Présentation de la phase	30
Compétences requises pour cette phase	30
Exemples d'activités	31
Études de cas sur la phase après	35
Conseils de mise en œuvre de la phase après	38
Exemples d'indicateurs de la phase après	39
Ressources supplémentaires	40

Remerciements

Breakthrough ACTION, un projet financé par l'Agence internationale pour le développement (Agency for International Development - USAID) et basé au Center for Communication Programs (CCP, Centre des programmes de communication) de Johns Hopkins, tient à remercier Olivia Carlson et Heather Hancock d'avoir réalisé ce document de référence avec le soutien d'Allison Schachter et de Stephanie Levy.

Breakthrough ACTION souhaite remercier les partenaires suivants pour avoir agréementé cette ressource d'études de cas :

- **Fistula Care Plus, Nigeria et Ouganda** : Vandana Tripathi, EngenderHealth
- **Projet PRACHAR (Promoting Change in Reproductive Behavior of Adolescents), Inde** : Marta Pirzadeh, Pathfinder
- **Projet HC4 (HIV response: Coordination, Community, Capacity, and Communication), Eswatini** : Beth Mallalieu, Center for Communication Programs (Centre des programmes de communication) de Johns Hopkins
- **Smart Client/Smart Couple, Global/Nigeria et Côte d'Ivoire** : Erin Portillo, Center for Communication Programs (Centre des programmes de communication) de Johns Hopkins
- **Breakthrough RESEARCH : Respectful Maternity Care, Zambie** : Allison Schachter, ideas42
- **Breakthrough ACTION, Côte d'Ivoire** : Mohamad Sy-ar, Center for Communication Programs (Centre des programmes de communication) de Johns Hopkins
- **Maternal and Child Survival Program, Éthiopie** : Anne Pfitzer, Jhpiego
- **Mobile Technology for Improved Family Planning, Cambodge** : Jennifer Gassner, Marie Stopes International

Breakthrough ACTION souhaite également remercier les personnes suivantes pour leurs retours sur le contenu et la structure cette ressource :

- Joanna Skinner, Center for Communication Programs (Centre des programmes de communication) de Johns Hopkins
- Eric Ramirez Ferrero, Evidence to Action
- Karen Levin, EngenderHealth
- Bethany Arnold, Jhpiego
- Xaher Gul, Pathfinder
- Kamden Hoffmann, Corus International

Enfin, Breakthrough ACTION souhaite remercier Rebecca Pickard et Jean Jacques Brou pour leur révision détaillée et l'équipe de ThinkPlace pour la conception.

Le présent document a pu voir le jour grâce au généreux soutien du peuple Américain, par l'intermédiaire de l'USAID. Le contenu relève de la responsabilité de Breakthrough ACTION et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

Suggestion de citation

Carlson, O. & Heather, H. (2020), De la vision à l'action : Directives de mise en œuvre du modèle du Cercle continu des soins. Breakthrough ACTION ; Center for Communication Programs (Centre des programmes de communication) de Johns Hopkins.

© 2020, Johns Hopkins University. Tous droits réservés.

Contact

Breakthrough ACTION
Johns Hopkins Center for Communication Programs
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202

Téléphone : +1 410-659-6300

E-mail : info@breakthroughaction.org

Site Web : www.breakthroughactionandresearch.org

Acronymes

ARV	Antirétroviral
ASC	Agent de santé communautaire
AVS	Agent de vulgarisation sanitaire
CMMV	Circoncision masculine médicale volontaire
CSC	Changement Social et de Comportement
FC+	Fistula Care <i>Plus</i>
HC4	HIV Response: Coordination, Community, Capacity, and Communication
IC	Intervalle de confiance
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PF	Planification familiale
PFPP	Planification familiale postpartum
PRACHAR	Promoting Change in Reproductive Behavior of Adolescents
PrEP	Prophylaxie préexposition
RR	Risque relatif
RVI	Réponse vocale interactive
SAN	Soins prénataux (ou anténataux)
SMII	Santé maternelle et infantile intégrée
SMR	Soins de maternité respectueux
SSP	Soins de santé primaires
USAID	United States Agency for International Development (Agence des États-Unis pour le développement international)

À propos de ce guide

Cette ressource fournit des directives spécifiques pour la mise en œuvre du [Cercle continu des soins](#)® et le développement d'interventions en matière de changement social et de comportement (CSC) pour la prestation de services qui influent sur les attitudes et les comportements parmi les clients et les prestataires. Cette ressource fournit une liste d'exemples d'activités, des études de cas, des conseils de mise en œuvre et des indicateurs pour chaque phase du continuum des soins (avant, pendant et après les services).

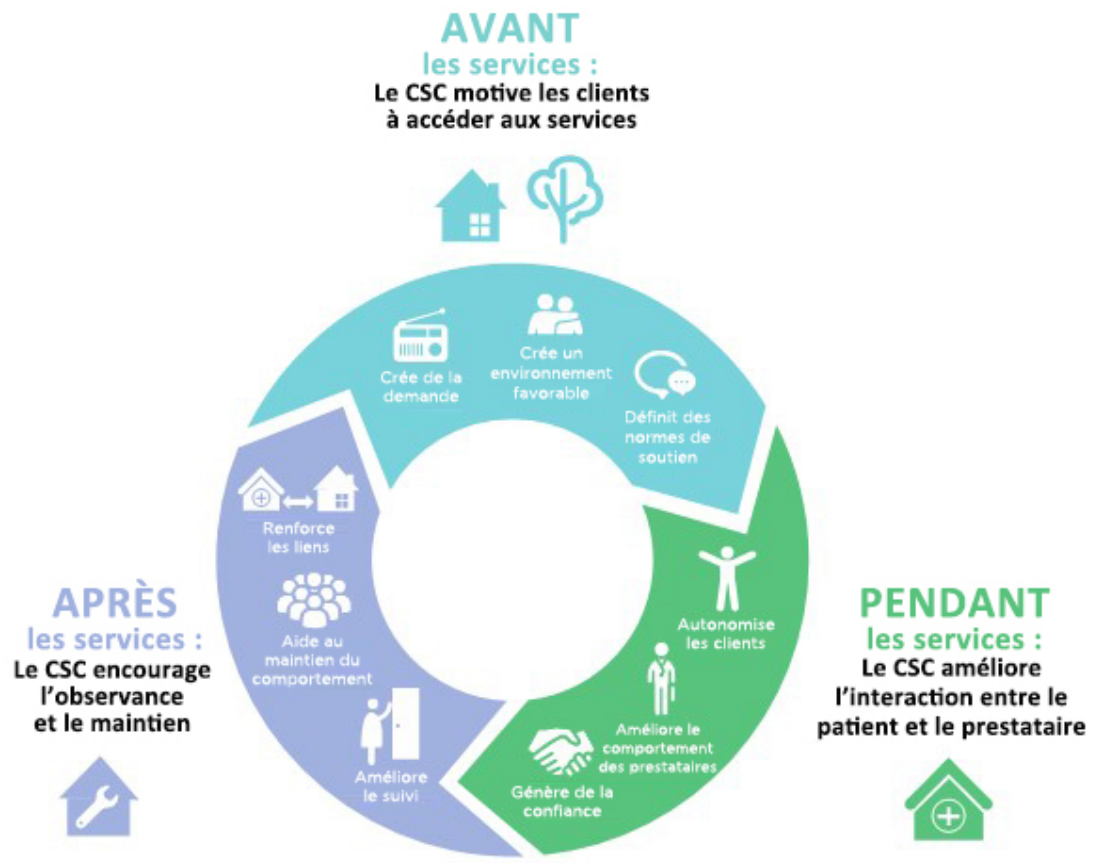
Le présent guide de mise en œuvre s'adresse à toute personne qui cherche à améliorer les résultats sanitaires liés aux services, notamment en matière de planification familiale (PF) et de santé reproductive. Nous supposons que les utilisateurs de cette ressource ont une certaine compréhension du CSC pour la prestation de services, notamment la capacité [d'identifier les déterminants pertinents du changement de comportement](#) et [d'employer des théories des sciences sociales et comportementales et leurs concepts \(Anglais\)](#) pour concevoir des interventions efficaces.

Définition du changement social et de comportement pour la prestation de services

Le changement social et de comportement pour la prestation de services consiste à utiliser les processus et les techniques du CSC pour motiver et accroître l'adoption et le maintien de comportements liés aux services de santé au sein des publics visés. Il s'inscrit dans un modèle holistique (le Cercle continu des soins), qui démontre comment le CSC peut être appliqué tout au long du continuum de la prestation de services afin d'améliorer les résultats sanitaires. Le CSC pour la prestation de services se distingue par l'accent placé sur les interactions de service : le recours au CSC pour encourager les clients à accéder aux services (avant les services), améliorer l'interaction entre le client et le prestataire (pendant les services) et promouvoir l'observance et l'entretien (après les services). Le concept tient compte des normes sociales et culturelles qui influent sur l'utilisation (ou la non-utilisation) et la prestation de services, l'environnement physique dans lequel les services sont assurés et la communication qui a lieu entre le client et le prestataire.

Aperçu du modèle du Cercle continu des soins[©]

Le modèle du Cercle continu des soins[©] est un cadre de travail qui permet de comprendre comment il est possible d'utiliser des interventions en matière de CSC tout au long du continuum de la prestation de services. Il démontre comment la prestation de services et le CSC peuvent aligner leurs stratégies afin d'améliorer les résultats sanitaires. Le modèle comporte trois phases : **Avant**, **Pendant** et **Après** les services. Chaque phase met en lumière trois résultats intermédiaaires auxquels le CSC contribue.



Au cours de la **phase avant**, le but est de mobiliser l'attention des clients potentiels et de les inciter à accéder aux services tout en créant un environnement qui soutient ou est propice à l'utilisation du service. Au cours de cette phase, les interventions en matière de CSC peuvent contribuer à créer une demande de services, à instaurer un environnement favorable et à définir des normes de soutien pour promouvoir la recherche de soins de santé.

La **phase pendant** fait référence au moment du continuum où les clients ont activement accès aux services, généralement au sein d'une structure sanitaire mais également au sein d'antennes sanitaires et de services mobiles. Au cours de cette phase, les interventions en matière de CSC peuvent être utilisées pour autonomiser les clients, améliorer les comportements des prestataires et établir la confiance entre les communautés et les prestataires de services.

Au cours de la **phase après**, les clients doivent souvent adopter un nouveau comportement sain ou rester motivés pour continuer une routine saine comme un traitement, une prise quotidienne de médicaments ou un changement de régime alimentaire. Au cours de cette phase, les interventions en matière de CSC peuvent être utilisées pour améliorer le suivi, soutenir le maintien des comportements et renforcer les liens entre les clients et le système de santé.

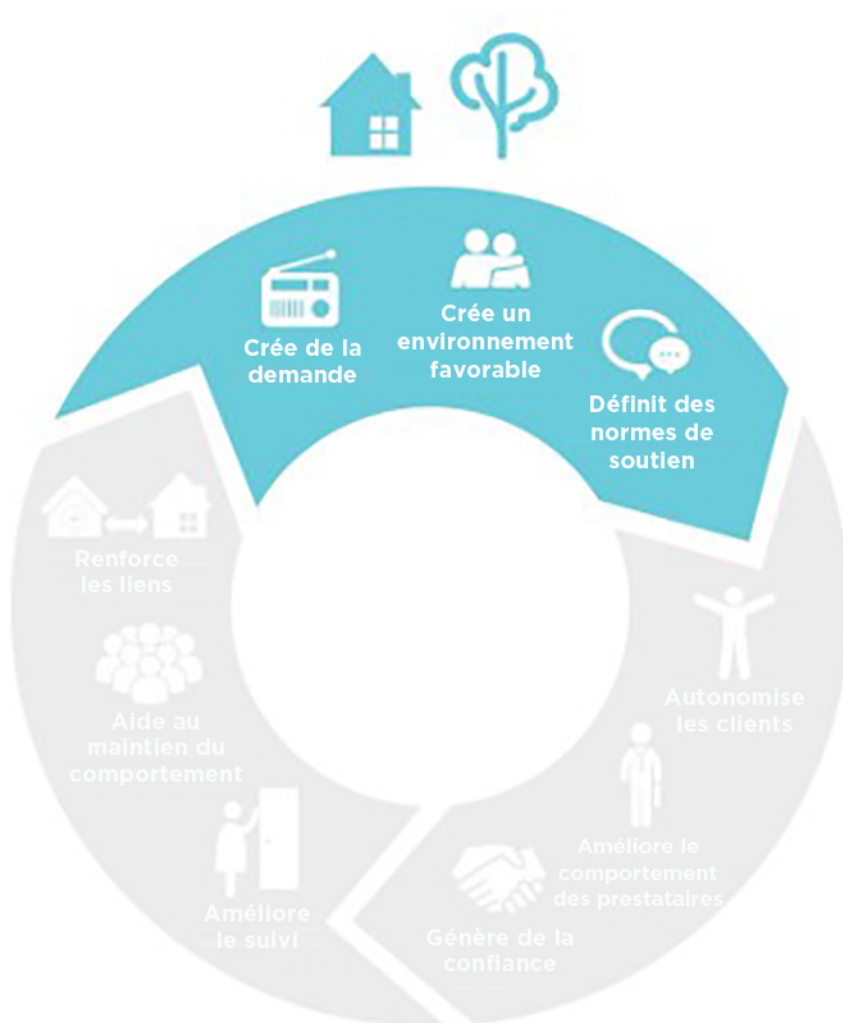
Trois principes clés supportent le modèle :

1. **Segmentation, hiérarchisation et définition du profil des principaux publics** : permet de comprendre le public visé et de connaître ses besoins spécifiques, ses valeurs et ses obstacles au changement. Le modèle s'appuie sur un principe primordial, à savoir donner une place prépondérante aux besoins, aux perspectives et aux désirs tant des clients que des prestataires dans la planification des programmes.
2. **Coordination efficace entre les partenaires de CSC et de prestation de services** : favorise une compréhension commune de la planification des programmes, du développement des messages, des approches d'intervention, de leur surveillance et de leur évaluation.
3. **Perception des prestataires en tant qu'acteur du changement de comportement** : veiller à ce que les prestataires soient perçus comme des individus qui ont des besoins et des motivations et rencontrent des obstacles pour adopter les comportements souhaités et adaptés à leurs performances.

Concrétisation du modèle du Cercle continu des soins[©]

Phase avant :

Motiver les clients
à accéder aux services



Présentation de la phase

Au cours de la [phase avant](#), le but est de mobiliser l'attention des clients et de les inciter à accéder aux services tout en créant un environnement qui soutient ou est propice à l'utilisation du service. Au cours de cette phase, les interventions en matière de CSC peuvent être utilisées pour :

1. [Créer de la demande](#) : sensibiliser aux services, corriger les lacunes et les perceptions erronées et améliorer l'autonomie en matière d'accès aux services
2. [Créer un environnement favorable](#) : aider à l'instauration d'un dialogue entre les communautés et les prestataires de soins de santé afin d'établir une compréhension mutuelle, d'assurer la promotion et de mobiliser des leaders afin d'affecter des ressources pour soutenir l'utilisation des services et éliminer les obstacles
3. [Définir des normes de soutien](#) : encourager des pratiques qui favorisent la recherche de soins de santé et le soutien social aux services en mobilisant les communautés afin d'aborder les problèmes de santé et en influençant la manière dont les clients parlent de santé et à qui ils s'adressent ; normaliser l'idée selon laquelle « des personnes comme moi » recherchent des services de soins de santé

Compétences requises pour cette phase

Lors de la phase avant, les agents de mise en œuvre doivent être en mesure de comprendre leur public et les facteurs sociaux et environnementaux qui influent sur leurs comportements de recherche de soins de santé.

Plus particulièrement, les agents de mise en œuvre doivent avoir les compétences nécessaires pour :

- [Identifier, segmenter et développer des profils de public](#)
- [Déterminer les besoins, les souhaits et les obstacles du public et identifier les influenceurs](#)
- Comprendre les facteurs individuels, sociaux, structurels et environnementaux susceptibles d'influer sur les comportements en matière de santé (par ex., [normes sociales \(Anglais\)](#), [lois, politiques et réglementations](#))
- Identifier certains comportements raisonnables à promouvoir
- [Faire participer les parties prenantes et organiser des échanges au niveau communautaire](#)
- [Adapter les messages](#) et [sélectionner les canaux de communication appropriés](#)

Exemples d'activités

Au cours de la phase avant, les professionnels doivent concevoir des interventions qui incitent les clients à accéder aux services en créant de la demande, en instaurant un environnement favorable et en définissant des normes de soutien. Cette section comprend une liste d'exemples d'activités et la description détaillée de six autres activités.

Lors de la sélection des activités pour la phase avant, les agents de mise en œuvre doivent veiller à :

- Choisir des activités qui répondent aux besoins, valeurs et obstacles à l'accès propres au public visé
- Tenir compte des données probantes avant de sélectionner les activités (retrouvez des données probantes sur les interventions efficaces dans la [Synthèse sur la phase avant du Cercle de soins](#))
- Atteindre le public par l'intermédiaire de plusieurs canaux et activités ; les initiatives monocanal (pas ex., uniquement des documents imprimés) sont rarement efficaces
- Choisir des activités qui s'inscrivent dans le budget et le calendrier du projet



Activités pour créer de la demande

La création d'une demande de services de santé implique de susciter le souhait du public visé à agir pour améliorer sa santé et son bien-être et de renforcer sa perception du besoin et sa capacité à le faire.¹ [Différentes études démontrent \(Anglais\)](#) que le CSC a un impact direct et indirect considérable sur l'utilisation des services en promouvant et en favorisant le dialogue pour dissiper les mythes et les idées fausses sur les services et les thèmes de la santé, en sensibilisant sur les services nouveaux et existants, en comblant les lacunes, en améliorant la perception des risques et des avantages, et en améliorant l'autonomie en matière d'accès aux services. Les campagnes dans les médias et les programmes d'éducation par des pairs sont deux activités de création de la demande à la disposition des agents de mise en œuvre.

Campagnes dans les médias

Les campagnes dans les médias utilisent des messages personnalisés pour communiquer les avantages des services, informer sur la disponibilité et l'emplacement des services, corriger les informations erronées et aider les personnes à déterminer à quel moment rechercher des soins. Les campagnes dans les médias peuvent accroître directement ou indirectement la demande de services de santé. Par exemple, les campagnes sur WhatsApp, les médias sociaux, la télévision et la radio peuvent renseigner

1. Krenn, S., Cobb, L., Babalola, S., Odeku, M., Kusemiju, B. Using behavior change communication to lead a comprehensive family planning program: the Nigerian Urban Reproductive Health Initiative. *Global Health Science Practice*. 2014; 2(4): 427-443.

le public sur les choix de contraception et les avantages liés au report ou à l'espacement des naissances, sensibiliser davantage sur les services de PF locaux et promouvoir des normes de genre positives qui encouragent un partage équitable de la prise de décision au sein des ménages.

Une campagne dans les médias est-elle adaptée à votre projet ?

Des recherches démontrent que les campagnes dans les médias ont un impact positif sur les attitudes au sujet de la PF, sur la communication avec les autres au sujet de la PF et sur l'utilisation de modes de contraception modernes. Il a également été démontré que la rentabilité de telles campagnes s'améliore proportionnellement au nombre de personnes exposées. Les campagnes dans les médias ne sont toutefois pas toujours réalisables selon le mandat du projet, les ressources ou les compétences disponibles. Si un projet ne se prête pas à une campagne dans les médias, les agents de mise en œuvre peuvent souhaiter identifier d'autres canaux ou des personnes de confiance que le public visé consulte pour obtenir des informations. Les agents de mise en œuvre peuvent également envisager de s'associer à des projets qui produisent des campagnes dans les médias. Reportez-vous au document [Business Case for investing in Social and Behavior Change for Family Planning \(Anglais\)](#) pour plus d'informations.

Programmes d'éducation par des pairs

Les programmes d'éducation par des pairs recrutent des personnes pour promouvoir la santé dans leur communauté en formant et en aidant leurs pairs à adopter des pratiques plus saines. Les pairs éducateurs peuvent fournir aux autres membres de leur communauté un soutien émotionnel, les aider à se familiariser avec les soins et les traitements, et les sensibiliser aux conditions sanitaires et aux comportements susceptibles d'influer sur leur santé. Par exemple, les pairs éducateurs peuvent améliorer les résultats relatifs au VIH en approfondissant les connaissances sur le VIH et en promouvant des comportements pour s'en prémunir au sein de leur groupe de pairs afin de lutter contre la transmission du VIH. L'étude systématique et la méta-analyse des programmes de prévention du VIH recourant à l'éducation par des pairs dans les pays en développement ont révélé que de tels programmes étaient étroitement liés à une intensification des connaissances sur le VIH, à une plus grande utilisation du préservatif et à une diminution du partage du matériel parmi les consommateurs de drogues par injection.²



Activités pour instaurer un environnement favorable

Un environnement favorable inclut de nombreux facteurs interconnectés (valeurs socioculturelles, politiques, gouvernance et infrastructure) qui sont essentiels à l'efficacité et à la durabilité des programmes de prestation de services. Le CSC peut encourager et soutenir un environnement favorable au niveau de la communauté, du district et du pays pour lever les obstacles à l'accès aux services. Initier et organiser des dialogues au sein des communautés et plaider auprès des représentants du gouvernement sont deux activités susceptibles d'instaurer un environnement favorable.

2 Medley, A., Kennedy, C., O'Reilly, K., & Sweat, M. (2009). Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS education and prevention: official publication of the International Society for AIDS Education*, 21(3), 181–206. <https://doi.org/10.1521/aeap.2009.21.3.181>

Dialogues au sein de la communauté

Les dialogues au sein d'une communauté sont des processus interactifs et participatifs qui donnent aux membres de la communauté l'opportunité de partager des informations, des opinions et des idées, et idéalement de parvenir à une compréhension commune sur des thématiques données. Les professionnels du CSC peuvent instaurer un environnement robuste favorable aux comportements de recherche de soins de santé en recrutant des leaders communautaires locaux pour faciliter le dialogue entre les membres de la communauté et les prestataires de soins de santé locaux, en vue d'établir confiance et compréhension mutuelles.

Plaidoyer auprès des représentants du gouvernement

Les agents de promotion peuvent inciter les représentants des autorités locales ou du gouvernement national à adopter de nouvelles technologies de prestation de services et à lever les obstacles politiques à l'accès aux services de santé en produisant des messages sur mesure, en exhortant les leaders à intervenir pour garantir la disponibilité des produits et du financement, et en fournissant des données probantes pour étayer les résultats souhaités. Ces agents de promotion peuvent s'adresser aux représentants du gouvernement (c'est-à-dire leur public visé) par l'intermédiaire des organes de presse, d'événements publics et de données factuelles ou d'éléments de recherche qui promeuvent l'investissement dans les programmes de santé et réduisent les obstacles entravant l'accès aux services. Par exemple, pour instaurer un environnement favorable pour l'auto-injection d'acétate de médroxyprogestérone (un contraceptif), les agents de promotion peuvent présenter des données probantes sur la faisabilité d'une distribution communautaire de dispositifs injectables pour promouvoir des politiques autorisant la délégation de la distribution des dispositifs injectables.

Autres exemples d'activités

- Adoption d'une approche centrée sur l'humain avec le public visé pour identifier ses principaux besoins, ses valeurs, les obstacles rencontrés et les autres caractéristiques ou circonstances qui influent sur son comportement de recherche de soins de santé ; les programmes peuvent exploiter ces informations pour développer des activités sur mesure qui créent de la demande pour chaque segment du public visé
- Établissement de partenariats avec les leaders et les membres de la communauté afin de définir des objectifs collectifs pour le programme de CSC
- Amplification et partage de témoignages de clients satisfaits au sein de leur communauté



Activités pour définir des normes de soutien

Les normes au sujet d'un programme ou d'un thème de santé spécifique désignent « les règles et les croyances communautaires déterminant s'il est acceptable ou non de parler et de participer à des activités en lien avec un thème ou un programme ».³ Deux types de normes influent sur le comportement : les normes injonctives (« ce que les gens devraient faire ou ne pas faire ») et les normes descriptives (« ce que les gens font ou ne font pas »).⁴ Le CSC peut encourager des pratiques et

3. Figueroa, M., Kincaid, L., Rani, M. and Lewis, G. (2002). Communication for social change: an integrated model for measuring the process and its outcomes. Rockefeller Foundation and Johns Hopkins University Center for Communication Programs.

4. Mackie, G., Moneti, F., Shakya, H. and Denny, E. (2015). What are social norms? How are they measured? UNICEF and University of California, San Diego, Center on Global Justice. Retrieved on May 1, 2017 from: https://www.unicef.org/protection/files/4_09_30_Whole_What_are_Social_Norms.pdf

des normes de soutien qui promeuvent un comportement de recherche de soins de santé et un soutien social aux services de PF en mobilisant les communautés afin d'aborder les problèmes de santé et en influençant la manière dont les clients parlent de santé, et avec qui, y compris les proches, les membres de la communauté et les prestataires de services.

Influencer comment et à qui les clients parlent des questions de santé

Les agents de mise en œuvre peuvent influencer comment et à qui les clients parlent des questions de santé en identifiant les personnes d'influence clés pour un public donné et en concevant des programmes qui travaillent avec ces personnes d'influence pour changer de manière indirecte le comportement de leur public. Par exemple, pour améliorer la santé maternelle, les professionnels du CSC peuvent concevoir un programme à base communautaire pour informer les belles-mères ou les grands-mères par l'intermédiaire de groupes communautaires existants et pour les conseiller afin d'encourager les femmes de la famille à rechercher des services de santé maternelle. Les programmes peuvent également compiler et promouvoir les témoignages de personnes d'influence au sujet du soutien qu'elles apportent à un comportement ou d'une expérience positive avec un service de santé.

Encourager la réflexion et le dialogue dans la communauté au moyen de pièces de théâtre communautaires

Les agents de mise en œuvre peuvent travailler avec les membres de la communauté pour écrire et jouer des pièces de théâtre qui promeuvent des normes de soutien concernant une question de santé et amorcent une réflexion et un dialogue dans la communauté. Par exemple, une pièce visant à promouvoir des normes positives sur la PF pourrait inclure des personnages comme des leaders communautaires qui soutiennent la PF, ainsi que des maris ou des belles-mères évoquant ce qu'ils pensent du fait que leur femme ou leurs belles-filles utilisent des contraceptifs. Une fois divers scénarios présentés, les acteurs peuvent inviter les spectateurs à réagir, à rejouer des scènes ou à introduire de nouveaux scénarios à interpréter, et les inciter à en discuter avec d'autres membres de la communauté.

Autres exemples d'activités

- Utilisation de hotlines pour mettre les clients en relation avec les services et les structures sanitaires
- Formation des agents de santé communautaires (ASC) à dispenser des conseils sur les options en matière PF lors des visites à domicile
- Création d'affiches, de brochures, de dépliants et d'autres documents imprimés qui renseignent les clients sur des thèmes de santé et sur les services disponibles ; ces supports doivent être adaptés au public visé (c'est-à-dire être rédigés dans une langue répandue et dans un registre accessible)

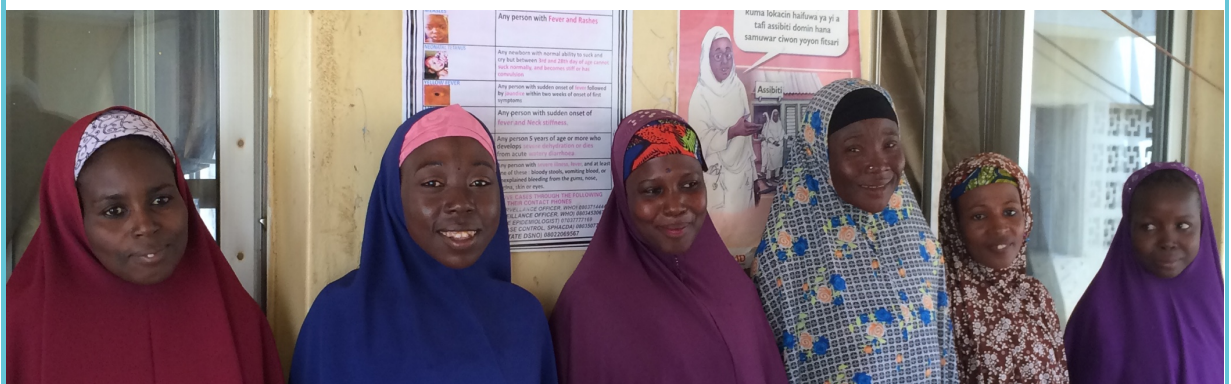
Études de cas sur la phase avant

Fistula Care Plus : Nigeria et Ouganda

La fistule obstétricale, une morbidité maternelle dévastatrice, peut avoir des conséquences psychosociales et sanitaires graves si elle n'est pas traitée. Les données probantes du programme et les estimations épidémiologiques indiquent que de nombreuses femmes présentant une fistule n'ont pas contacté de services compétents et ne sont pas prises en charge correctement par les modèles de prestation de services existants. Le projet [Fistula Care Plus \(FC+\)](#), d'USAID mis en œuvre par EngenderHealth visait à lever les obstacles aux soins en cas de fistule, identifiés grâce à une recherche formative menée avec le Population Council.

Dans le cadre d'une initiative exhaustive visant à lever les obstacles au traitement des fistules, le projet FC+ s'est associé à Viamo pour introduire une hotline RVI (réponse vocale interactive) gratuite pour dépister et orienter les femmes présentant des fistules au Nigeria et en Ouganda. Les algorithmes RVI permettaient un dépistage dans la langue choisie par l'appelante et formulaient des messages sur la façon d'obtenir un traitement. La hotline collectait les données démographiques des appelantes dépistées positives, l'étiologie auto-déclarée et les obstacles rencontrés pour accéder aux soins. Des agents communautaires ont assuré le suivi avec les appelantes dépistées positives, les ont mises en lien avec un site de diagnostic et de traitement des fistules et leur ont fourni des bons pour se déplacer gratuitement. La hotline a fait l'objet d'une promotion par l'intermédiaire d'une sensibilisation communautaire, dans les médias, sur divers sites dans la communauté et dans les centres de soins de santé primaires (SSP). L'approche directe suivie par la hotline avait pour but de lever les obstacles, notamment la stigmatisation qui empêche de nombreuses femmes présentant des symptômes de fistule de participer à des événements communautaires, le filtrage des informations par des membres de la famille entravant la recherche de soins, ou encore la communication d'informations incomplètes ou inexacts sur la fistule dans les centres de SSP. L'interface RVI garantissait que l'accès aux informations n'était pas impacté par des niveaux d'alphabétisation généralement bas. Les bons de transport constituaient quant à eux une solution pratique pour les personnes pauvres et vivant en milieu rural.

Sur une année, 566 femmes ont réalisé un dépistage sur la hotline RVI dans les zones d'intervention au Nigeria et en Ouganda. Le dépistage s'est révélé positif pour 73 % des appelantes. Environ 200 cas de fistules ont été identifiés et ont donné lieu à une première prise en charge grâce à l'intervention. Cela représente environ 15 % des cas de fistules dans les zones d'intervention.



Source: Bellhouse, L. (2015). Clients after fistula repair in Sokoto, Nigeria. Maryam Abacha Women and Children's Hospital, Sokoto.

Projet PRACHAR (Promoting Change in Reproductive Behavior of Adolescents) : Inde

Le projet [PRACHAR \(Promoting Change in Reproductive Behavior of Adolescents\)](#) avait pour objectifs de retarder l'âge du mariage à 18 ans (chez les femmes) et à 21 ans (chez les hommes), de promouvoir des méthodes de contraception modernes pour espacer les naissances, de retarder le premier accouchement à 21 ans et d'espacer les naissances suivantes d'au moins trois ans. Le projet PRACHAR a été déployé en trois phases avec deux modèles de mise en œuvre différents (par des organisations non gouvernementales (ONG) et par le gouvernement) entre juillet 2001 et août 2012.

Dans le cadre du projet PRACHAR, des membres de la communauté ont été engagés dans trois districts de l'état du Bihar. Des membres respectés et dignes de confiance de la communauté locale diffusaient des messages et des informations aux adolescents, aux jeunes couples mariés, aux parents et à d'autres adultes influents. Ces messages et ces informations étaient rédigés dans le respect de la culture locale et dans un registre de langue adapté au niveau d'éducation. Pathfinder a dispensé des formations et organisé des réunions de groupe communautaires, des visites à domicile et des événements en collaboration avec 30 partenaires de mise en œuvre non gouvernementaux locaux.

En s'appuyant sur des éléments de changement de comportement et plusieurs canaux de communication imbriqués, le modèle initial « mené par des ONG » du projet PRACHAR a permis d'augmenter l'utilisation des contraceptifs parmi les jeunes couples mariés, avec des résultats durables pendant quatre à huit ans après la fin des interventions réalisées dans le cadre du projet. Plusieurs éléments étaient déterminants pour l'efficacité du projet PRACHAR, notamment l'utilisation d'un modèle d'intervention socioécologique mettant l'accent sur les efforts en matière de changement de comportement, le recours à une approche de genre synchronisée (ciblant les jeunes hommes et les jeunes femmes, à la fois séparément et ensemble comme jeunes mariés) et l'intensité des interventions adaptée au cycle de vie des adolescents et des jeunes. Le modèle de mise en œuvre hybride (ONG-gouvernement) du projet PRACHAR a quant à lui été déployé à plus grande échelle que le modèle initial mené par des ONG. La comparaison des résultats plaide pour un compromis entre un déploiement à plus grande échelle d'une part, et l'efficacité générale des interventions et l'obtention d'impacts durables d'autre part.



Source: Vespia, M. (2017). Pinki Kumari, 25 years old, with her husband, Madan Kumar Verma, 30 years old. India.

HIV Response: Coordination, Community, Capacity, and Communication : Eswatini

Le projet HIV Response: Coordination, Community, Capacity, and Communication (HC4) (Anglais)

cherchait un moyen interactif et confidentiel pour adresser aux hommes des messages sur le VIH et recommander des services de façon personnalisée. À cette fin, le projet HC4 a créé un outil d'évaluation des risques sur tablette où les hommes peuvent répondre à des questions sur leurs comportements spécifiques et recevoir des informations clés et des recommandations sur les services en fonction de leur éligibilité et de leurs besoins.

Des agents de mobilisation communautaires formés et des clients experts vivant avec le VIH soumettent ce questionnaire autoadministré à des hommes dans le cadre des sessions de prévention du VIH organisées dans les communautés et sur les lieux de travail. Les questions permettent d'identifier les comportements à risque, ainsi que le statut actuel en matière de sérologie VIH et de circoncision masculine médicale volontaire (CMMV). Chaque réponse déclenche un message d'information personnalisé. Une fois toutes les réponses saisies, un algorithme met en avant les services recommandés et invite les hommes à choisir les services avec lesquels ils souhaitent être mis en relation. Ces services incluent l'autodiagnostic du VIH, le traitement antirétroviral, la CMMV, le dépistage de la tuberculose, le dépistage d'une infection sexuellement transmissible, la prophylaxie préexposition (PrEP), les préservatifs, ainsi que l'inscription à des groupes WhatsApp pour plus d'informations. Avec leur consentement, les agents de mobilisation peuvent directement mettre les hommes en relation avec les services demandés. Un examen plus poussé permet également à l'équipe de projet HC4 d'identifier les hommes vivant avec le VIH, mais ne prenant aucun traitement, pour assurer leur suivi.

Le projet HC4 est bien accueilli par les hommes contactés pour procéder à une évaluation des risques. Entre octobre 2019 et juillet 2020, 11 872 hommes ont été contactés : 5 964 ont été mis en relation avec des services de prise en charge du VIH (dont 4 696 avec des services de dépistage du VIH, 1 148 pour la CMMV et 657 pour la PrEP). L'évaluation a également permis d'identifier 6 852 hommes déjà circoncis et 248 hommes auto-identifiés comme vivant avec le VIH, dont 53 (21 %) ne prenaient aucun traitement et ont fait bénéficier d'un suivi dans le cadre du projet HC4.



Source: Johns Hopkins Center for Communication Programs. Hc4 Project. (2018). Eswatini.

Conseils de mise en œuvre de la phase avant

- **Les agents de mise en œuvre doivent impliquer le public dans la recherche formative, la conception et la mise en œuvre du programme** pour s'assurer que ses besoins sont satisfaits et renforcer la capacité de la communauté à concevoir et gérer les programmes actuels et futurs. L'engagement du public peut prendre des formes différentes selon le projet, le contexte, le calendrier et l'envergure du programme (par ex., les professionnels peuvent former leur public à mener une recherche formative, les inclure dans la définition des objectifs du programme ou former des partenariats égaux avec les communautés où les partenaires communautaires sont tout aussi responsables de tous les aspects de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation du programme). Les équipes de projets doivent être particulièrement attentives à ce que les stratégies élaborées soient accessibles au public (par ex., le registre de langue utilisé dans les supports doit correspondre au degré d'alphabétisation du public, les technologies requises doivent être disponibles et utilisables et des interprètes doivent être mis à disposition).
- **Identifiez les besoins de la communauté et les ressources existantes** et déterminez comment établir des partenariats avec les organisations et/ou les personnes en présence pour orienter et soutenir la mise en œuvre. Le recours à une [approche fondée sur les actifs \(Anglais\)](#) permet aux membres de la communauté d'identifier, de soutenir et de mobiliser les ressources existantes dans la communauté pour créer une vision commune du changement.⁵
- **Mettez sur pied des mécanismes de coordination** entre les prestataires de services et les partenaires de CSC au niveau local et national pour garantir que les efforts sont synchronisés et tendent vers des objectifs communs. Par exemple, organisez des réunions de coordination trimestrielles, élaborer des processus de planification des tâches communs ou identifiez les interlocuteurs des différents projets pour stimuler la collaboration. [Le Kit de mise en œuvre pour la communication sur les services](#) fournit plus d'informations sur les principes de coordination.
- **Tenez compte des normes de genre** qui influent sur l'attitude des clients en matière de recherche de soins et déterminez comment faire évoluer ces normes restrictives grâce à des partenariats entre les programmes de CSC et de prestation de services. Par exemple, les partenaires de CSC et de prestation de services peuvent lever les obstacles qui empêchent les hommes d'accéder aux services grâce à des [approches de genre synchronisées \(Anglais\)](#) pour modifier la perception de la masculinité et de la recherche de soins et en adaptant les approches des services d'intervention et de santé afin de mieux répondre aux besoins des hommes. Dans le cadre du projet HC4, le fait de permettre aux hommes d'autoadministrer l'évaluation des risques a renforcé le degré de confort et de confidentialité tout en proposant des recommandations et des informations essentielles.

Exemples d'indicateurs de la phase avant

Cette section présente quelques exemples d'indicateurs que les professionnels peuvent utiliser pour mesurer les activités de la phase avant. Vous pouvez retrouver ces exemples et d'autres indicateurs validés dans la [banque d'indicateurs de CSC dans le cadre de la PF et la prestation de services](#) et dans la [base de données des indicateurs de planification familiale et de santé reproductive \(Anglais\)](#).

Pour plus d'informations, veuillez vous référer aux [douze indicateurs CSC recommandés pour la PF](#), en bref et [des fiches de référence des indicateurs](#), élaborées par Breakthrough RESEARCH.

Tableau 1 : Exemples d'indicateurs de la phase avant

Indicateur	Calcul
Pourcentage du public ayant une attitude favorable (ou défavorable) envers le produit, la pratique ou le service	(Nombre de personnes dans le public ayant une attitude favorable [ou défavorable] envers le produit, la pratique ou le service/Nombre de total de personnes dans le public) x 100
Dans le public visé, pourcentage de non-utilisateurs qui prévoient d'adopter la PF au cours des trois prochains mois	(Parmi les personnes du public visé qui n'utilisent aucune méthode de PF, nombre de personnes qui prévoient commencer à utiliser une méthode de PF au cours des trois prochains mois/Nombre total de personnes au sein du public visé qui n'utilisent actuellement aucune méthode de PF) x 100
Pourcentage des membres du public visé ayant une attitude favorable à l'égard des prestataires de PF	(Nombre de personnes dans le public visé qui sont d'accord ou entièrement d'accord avec les énoncés exprimant des attitudes favorables à l'égard des prestataires de PF/Nombre total de personnes au sein du public visé) x 100
Pourcentage de membres du public visé qui pensent que la plupart des personnes dans leur communauté approuvent que les personnes dans leur situation recourent à la PF	(Nombre de personnes dans le public visé qui sont d'accord ou entièrement d'accord avec l'énoncé « La plupart des personnes dans ma communauté approuvent que les personnes dans ma situation recourent à la PF »/Nombre total de personnes au sein du public visé) x 100
Pourcentage des membres du public visé qui savent où bénéficier d'un service de PF dans leur communauté	(Nombre de personnes dans le public visé capables de citer correctement au moins une source pour bénéficier de fournitures ou services de PF dans leur communauté/Nombre total de personnes au sein du public visé) x 100

Pour plus d'informations sur la mesure des normes sociales, reportez-vous à « Ressources pour mesurer les normes sociales » dans la section « Ressources supplémentaires » du présent document.

Concrétisation du modèle du Cercle continu des soins[©]

Phase pendant :

Améliorer l'interaction entre le client et le prestataire



Présentation de la phase

La **phase pendant** fait référence au moment du continuum où les clients ont activement accès aux services, généralement au sein d'une structure sanitaire mais également à domicile ou par l'intermédiaire d'antennes sanitaires et de services mobiles. Au cours de cette phase, les interventions en matière de CSC peuvent être utilisées pour :

1. **Autonomiser les clients** : aider les clients à exprimer leurs besoins, leurs inquiétudes et leurs symptômes grâce à l'amélioration de leurs connaissances en matière de santé, de leur niveau de confiance, de leur autonomie et de leurs connaissances en matière de problème de santé ou de service
2. **Améliorer les comportements des prestataires** : améliorer les compétences des prestataires et influencer leurs attitudes à l'égard des clients en abordant les hypothèses sous-jacentes basées sur les normes culturelles et les croyances personnelles qui peuvent conduire à des préjugés en matière de santé, et répondre aux besoins des prestataires en matière de reconnaissance et de soutien
3. **Établir la confiance** : influencer positivement la confiance entre les communautés et les services en jouant un rôle dans les interactions des prestataires avec les clients et en permettant aux clients de percevoir les prestataires comme des personnes crédibles et attentionnées

Compétences requises pour cette phase

Au cours de la phase pendant, les agents de mise en œuvre du CSC doivent comprendre les facteurs qui influent sur les interactions entre prestataires et clients et avoir les compétences requises pour influencer sur le [comportement des prestataires](#) et des clients afin d'accroître la probabilité d'obtenir un diagnostic précis, un traitement adéquat et une bonne observance du traitement par les clients. La section « Ressources supplémentaires » du présent document fournit des informations sur la conception et la mise en œuvre des programmes de changement de comportement des prestataires.

Plus particulièrement, les agents de mise en œuvre doivent avoir les compétences nécessaires pour :

- Identifier les facteurs qui influent sur les comportements des clients et des prestataires, ainsi que les obstacles nuisant à la qualité des interactions entre les clients et les prestataires
- [Concevoir et évaluer les programmes de changement de comportement des prestataires](#) en recourant à des stratégies basées sur des données probantes
- Encourager la réflexion et le dialogue dans la communauté
- Développer des formations sur le conseil et la communication interpersonnelle
- Concevoir des outils de travail et d'autres outils pour améliorer la qualité des soins
- Adopter une conception centrée sur l'humain

Exemples d'activités

Au cours de la phase pendant, les professionnels du CSC doivent concevoir des interventions qui renforcent l'interaction entre les clients et les prestataires en autonomisant les clients, en améliorant les comportements des prestataires et en instaurant la confiance entre les communautés et les prestataires de services. Cette section comprend une liste d'exemples d'activités et la description détaillée de six autres activités.

Lors de la sélection des activités pour la phase pendant, les agents de mise en œuvre doivent veiller à :

- Choisir des activités qui répondent aux besoins, valeurs et obstacles propres au public visé
- Tenir compte des données probantes avant de sélectionner les activités (la [Synthèse sur la phase pendant du Cercle de soins](#) fournit des données probantes sur les interventions efficaces)
- Atteindre le public par l'intermédiaire de plusieurs canaux ; les initiatives monocanal sont rarement efficaces
- Choisir des activités qui s'inscrivent dans le budget et le calendrier du projet



Activités pour autonomiser les clients

Les recherches démontrent que les clients qui expriment leurs besoins, leurs inquiétudes et leurs symptômes lors des séances organisées avec les prestataires de soins de santé sont plus enclins à fournir les informations dont les prestataires ont besoin pour parvenir à un diagnostic précis, dispenser les conseils qui conviennent et proposer un traitement adapté.⁶ Or bien souvent, [les normes sociales et de genre](#) rejettent les clients engagés et autonomes (en particulier les femmes) et les femmes comme les hommes n'ont pas les outils nécessaires pour communiquer efficacement sur des sujets personnels et sensibles. Le CSC peut contribuer à autonomiser les clients en améliorant leurs connaissances en matière de santé, leur niveau de confiance, leur autonomie et leurs connaissances en matière de problème de santé ou de service.

Renforcer les connaissances des clients

Des fiches d'informations médicales, des hotlines et des applications mobiles avec des informations médicales détaillées peuvent être utilisées pour renseigner les clients afin de s'assurer qu'ils bénéficient de soins de qualité. Par exemple, les fiches d'informations médicales peuvent être utilisées pour informer les soignants de jeunes enfants au sujet de faux médicaments ou de médicaments de qualité inférieure et les autonomiser afin qu'ils posent des questions aux prestataires ou demandent des médicaments de qualité aux pharmaciens.

6. Kim, Y. M., Kols, A., Bonnini, C., Richardson, P., & Roter, D. (2001). Client communication behaviors with health care providers in Indonesia. *Patient Education and Counseling*, 45(1), 59-68.

Outils pour accroître l'autonomie des clients dans la communication avec les prestataires

Les fiches d'orientation des clients peuvent inclure des informations sur un problème de santé et une liste de questions recommandées que les clients peuvent poser à leurs prestataires de soins de santé. Cet outil garantit que les clients saisissent parfaitement les recommandations du prestataire concernant le traitement et les soins de suivi pour suivre un état de santé et s'adresser à d'autres services de santé, au besoin. Par exemple, les fiches d'orientation vers des services de PF peuvent inclure des informations sur les différentes méthodes et des exemples de questions à poser aux prestataires, telles que « Dans quelle mesure cette méthode est-elle efficace ? » ou « À quels effets secondaires dois-je m'attendre si j'applique cette méthode ? ».



Activités pour améliorer le comportement des prestataires

Les interactions efficaces entre clients et prestataires sont soumises à de nombreuses contraintes. L'environnement de la structure sanitaire peut être difficile ; la quantité de travail importante, le grand nombre de clients et les charges de travail significatives poussent le personnel à s'occuper des clients aussi vite que possible. La formation des médecins peut s'en tenir aux pathologies et aux maladies, au lieu d'aborder le client comme une personne à part entière. La collecte des données cliniques va dans ce sens, puisque ces informations portent sur les services rendus ou les résultats des tests plutôt que sur les résultats sanitaires. Le CSC peut être utilisé pour renforcer les compétences des prestataires et soutenir des attitudes et des comportements positifs chez les prestataires, notamment en comprenant et en considérant les prestataires comme un public pour le changement de comportement plutôt que comme des intermédiaires pour changer les comportements des clients. Avec cet état d'esprit, les programmes de CSC peuvent aborder les attitudes et les hypothèses sous-jacentes formulées par les prestataires qui reposent sur les normes culturelles et les croyances personnelles et peuvent nuire aux soins (par ex., les prestataires peuvent penser que les contraceptifs réversibles à longue durée d'action ne conviennent pas aux jeunes). Les programmes de formation et de

Autres exemples d'activités : activités axées sur les prestataires

- Réalisation d'une évaluation des comportements des prestataires afin de déterminer les attitudes, préjugés, comportements, compétences et conditions de travail propres à chaque prestataire, susceptibles d'influer sur la qualité des soins
- Organisation d'activités de clarification des valeurs et de transformation des attitudes
- Formation de toutes les catégories de personnel (par ex., prestataires, pharmaciens, personnel infirmier, réceptionnistes et agents d'accueil) à la communication et à l'empathie
- Création d'outils d'aide qui invitent les prestataires à dispenser des conseils exhaustifs et impartiaux et mettent en avant le choix éclairé du client
- Supervision et mentorat des prestataires

modélisation par les pairs associés à un coaching ou à une supervision formative sont deux stratégies que les professionnels du CSC peuvent employer pour changer le comportement des prestataires.

Modélisation par les pairs

Il est possible d'agir sur les préjugés des prestataires par l'intermédiaire de la modélisation par les pairs ou en présentant aux prestataires des exemples d'autres prestataires qui conseillent efficacement les clients ou adoptent le comportement souhaitable lors des réunions de soutien par les pairs, sous forme de vidéos ou dans d'autres médias. Par exemple, les croyances et les attitudes négatives des prestataires envers les jeunes femmes mariées intéressées par la PF peuvent être influencées grâce à des pairs servant de modèles qui ne laissent aucun préjugé entacher la qualité de leur conseil. Les associations professionnelles ou les groupes communautaires peuvent également influencer sur le comportement des prestataires en créant une récompense « Prestataire de l'année » pour ceux qui dispensent des conseils ou fournissent des services de qualité dans des secteurs de santé spécifiques.

Formation au conseil associée à un coaching/une supervision formative

Au niveau du district, les ministères de la Santé peuvent déployer et soutenir des programmes de formation qui orientent les prestataires quant à la façon d'interagir et de communiquer avec les clients et de fournir des informations précises et impartiales lors des consultations. L'association de programmes de formation à un coaching et à une supervision formative est plus efficace pour changer le comportement des prestataires que la formation à elle seule.⁷ Des outils de travail peuvent être disposés de manière discrète dans les structures sanitaires et utilisés pour donner plus de poids aux messages des formations et fournir des consignes ou des instructions pas-à-pas sur la façon d'aborder des sujets comme la PF avec les clients et de les conseiller sur ces sujets.

Autres exemples d'activités : activités axées sur les prestataires

- Organisation de sessions de résolution des problèmes avec des groupes de prestataires
- Affichage d'appels à l'action dans les structures sanitaires, comme des panneaux mettant en avant les normes légales de soins, les services basés sur les droits et les principes de réduction des risques
- Recrutement et formation d'ASC pour la distribution de fournitures de PF lors des visites à domicile (par ex., pilules, préservatifs et dispositifs injectables)
- Octroi de récompenses non financières pour inciter les prestataires à changer de comportement
- Déploiement de campagnes d'éducation pour améliorer les connaissances en matière de santé



Activités pour instaurer la confiance

De la personne qui accueille les clients dans la structure sanitaire au prestataire qui fournit le traitement, le fait de créer un environnement convivial où l'on se sent soutenu peut favoriser l'instauration d'une relation de confiance et contribue grandement à un meilleur accès aux services. Le CSC peut influencer positivement la confiance entre les communautés et les services en influant sur les croyances et les comportements des prestataires qui affectent leurs interactions avec les clients. De même, le CSC peut influencer la perception des clients vis-à-vis des prestataires et du reste du personnel soignant comme étant des personnes crédibles, bienveillantes et attentionnées en qui l'on peut avoir confiance.

Exercices pour renforcer l'empathie et la transparence

Toutes les catégories de personnel de la structure (agents d'accueil, pharmaciens, personnel infirmier...) peuvent participer à des exercices pour renforcer l'empathie avec ce que vivent les clients en retraçant leur parcours dans la structure sanitaire et en identifiant comment le personnel peut les aider à s'y retrouver dans leurs soins. Cela peut être associé à des visites de la structure pendant lesquelles la communauté est invitée à rencontrer le personnel et à visiter la structure sanitaire, ainsi qu'à des dialogues communautaires pour renforcer la confiance envers les prestataires et le système de santé. Ces exercices peuvent contribuer à renforcer l'empathie du personnel vis-à-vis des clients, à améliorer la manière dont les membres de la communauté perçoivent la qualité des soins et à instaurer la confiance envers le système de santé dans son ensemble.

Engagement communautaire et systèmes de feedback

Il est possible de renforcer la confiance de la communauté dans les prestataires, les structures et les systèmes de santé par l'intermédiaire de processus d'engagement et de feedback de la communauté qui permettent aux clients d'exprimer leurs besoins et leurs intérêts. Les facilitateurs à base communautaire peuvent organiser des discussions entre les membres de la communauté et les prestataires afin qu'ils partagent leurs expériences respectives de la recherche et de la prestation de services de santé. Les enquêtes numériques, les applications, les boîtes à retours et les entretiens avec les clients à leur sortie peuvent être mis à profit pour relayer la voix des communautés. Les membres de la communauté peuvent également être impliqués dans l'identification et l'attribution de récompenses aux prestataires et aux structures exemplaires.

Autres exemples d'activités : activités axées sur les prestataires

- Jeux de rôle mettant en scène des interactions client-prestataire avec des clients potentiels pour découvrir les questions qu'un prestataire est susceptible de poser, comment exprimer leurs besoins et les options de traitement potentielles
- Organisation de pièces de théâtre au niveau communautaire pour illustrer des interactions positives entre client et prestataire et fournir des informations sur les questions et services pertinents en matière de santé
- Partage de témoignages d'utilisateurs satisfaits ou organisation de campagnes « apprenez à vous connaître » permettant aux clients de faire connaissance avec leurs prestataires locaux
- Promotion du recours à des engagements client-prestataire

Études de cas sur la phase pendant

Smart Client/Smart Couple : Global/Nigeria et Côte d'Ivoire :

Dans de nombreux contextes à revenu faible ou moyen, les normes sociales et les normes de genre constituent souvent un obstacle particulier à l'expression des besoins des femmes en matière de PF. Les femmes sont souvent passives concernant la PF au sein du ménage et à la clinique, et ces décisions reviennent souvent à d'autres membres de la famille, au partenaire masculin ou aux prestataires.

L'outil de santé numérique [Smart Client/Smart Couple \(Anglais\)](#) allie divertissement, éducation et technologie mobile pour relever ce défi et vise à renforcer les connaissances des femmes sur la PF et leurs compétences en matière de communication pour les aider à devenir des clientes de PF informées, autonomes et confiantes. Développé et testé au Nigeria et en Côte d'Ivoire, l'outil se veut adaptable à n'importe quel contexte et s'adresse aux femmes et aux hommes en âge de procréer. Smart Client/Smart Couple s'appuie sur la RVI pour proposer une courte fiction et des segments optionnels comprenant des exemples de dialogues, des témoignages personnels et des questionnaires.

Une étude menée auprès de 670 utilisatrices et 652 utilisateurs de Smart Couple en âge de procréer dans la ville Kaduna, au Nigeria, a révélé qu'une plus grande exposition à l'intervention mobile augmentait la probabilité de discussion entre époux sur la PF d'un facteur de plus de 12 pour les hommes et 10 pour les femmes. Une plus grande exposition s'accompagnait également d'une forte augmentation de la probabilité de parler de méthodes contraceptives entre époux (12 fois plus pour les hommes et neuf fois plus pour les femmes). Pour ce qui est des discussions entre époux sur la nécessité de consulter un prestataire de PF, l'augmentation était respectivement de quatre et huit fois. Une exposition élevée à l'intervention s'est également accompagnée d'un soutien accru pour les femmes recourant à la PF, d'une plus grande probabilité d'évoquer entre époux la taille de la famille et d'une augmentation de l'intention d'utiliser une méthode contraceptive, aussi bien parmi les hommes que parmi les femmes.



Source: Gillespie, B. (n.d.). Courtesy of Photoshare.

Breakthrough RESEARCH : Respectful Maternity Care, Zambie :

Le projet Breakthrough RESEARCH financé par l'USAID a appliqué une [approche comportementale](#) portée par le partenaire de consortium ideas42 et mise en œuvre en partenariat avec Safe Motherhood 360+ et l'Office de la Santé du district de Chipata en Zambie en vue d'identifier et de lever les obstacles comportementaux empêchant les prestataires d'adhérer aux bonnes pratiques pendant les accouchements en structure sanitaire, plus particulièrement en matière de soins de maternité respectueux (SMR).

En se concentrant sur les comportements des prestataires, Breakthrough RESEARCH a conçu un ensemble de solutions simple, modulables et abordables pour améliorer la satisfaction des clients et la prestation de SMR par les prestataires :

1. Boîte à outils BETTER pour la gestion de la douleur : la boîte à outils comprenait un manuel et des affiches sur les techniques de gestion de la douleur, des balles de massage et un guide sous forme de partogramme. BETTER est le quasi-acronyme de « Breathe, Encourage, Turn, Think, and Rub » (respirer, encourager, se tourner, penser et masser) servant de technique mnémotechnique pour la gestion de la douleur.
2. Boîte à retours : à leur sortie de la maternité, les femmes se voyaient remettre un jeton à insérer dans la boîte à retours portant le symbole reflétant le mieux leur niveau de satisfaction concernant leur expérience d'accouchement.
3. Promesse prestataire-cliente : cette promesse était lue à voix haute et signée par les deux parties à l'admission en salle d'accouchement afin de clarifier et de définir les attentes en termes de comportement de la part du prestataire et de la cliente.
4. Fonds « Fresh Start » (nouveau départ) : les structures ont reçu une petite somme pour adapter la salle d'accouchement afin d'améliorer l'expérience des clientes.
5. Atelier de réflexion : cet atelier visait à encourager les prestataires à engager une réflexion pour changer leurs pratiques de soins et à les aider à introduire d'autres solutions.

Selon les données probantes issues d'une évaluation quasi-expérimentale, les clientes exposées à ces solutions étaient moins susceptibles de faire l'objet de comportements irrespectueux et abusifs et avaient plus de chances de bénéficier d'une meilleure gestion de la douleur. Les conclusions qualitatives soulignaient notamment que les solutions étaient faciles à mettre en œuvre, que les prestataires remarquaient que la boîte à outils de gestion de la douleur améliorait les soins prodigués et que les clientes appréciaient la promesse et déclaraient ainsi avoir confiance dans les soins qu'elles allaient recevoir.

Conseils de mise en œuvre de la phase pendant

- **La formation à elle seule est moins efficace** pour faire évoluer le comportement des prestataires que d'autres initiatives comme la résolution de problèmes en groupe, en particulier lorsque les attitudes et croyances des prestataires sont les principaux facteurs influant sur leur comportement. La formation est en outre plus efficace lorsqu'elle est associée à la supervision et au mentorat que lorsqu'elle est fournie sous forme d'activité indépendante.⁸
- **Les prestataires et les clients doivent être réunis** pour identifier les besoins et avantages mutuels d'une prestation de services de qualité. Tirez parti de ces opportunités pour améliorer la transparence et développer l'empathie des prestataires vis-à-vis des clients.
- **Impliquez les parties prenantes locales et des représentants du gouvernement.** Les agents et les partenaires de mise en œuvre doivent impliquer les parties prenantes locales et les acteurs gouvernementaux pour gagner leur soutien en faveur de l'initiative et mieux positionner l'approche pour un déploiement à plus grande échelle. Le fait d'impliquer les communautés et les acteurs gouvernementaux dans la définition des objectifs et le processus de conception peut être un moyen efficace pour obtenir leur adhésion et leur soutien en faveur de l'initiative.
- **Les prestataires de CSC et de services doivent se coordonner étroitement** pour garantir que toute augmentation de la demande se traduit en une augmentation correspondante des services de qualité disponibles. La rubrique « Considérations opérationnelles relatives à la coordination des programmes de CSC et de prestation de services » de la section « Ressources supplémentaires » fournit des informations complémentaires sur les collaborations probantes entre partenaires de CSC et partenaires en charge de la prestation de services.
- **Tenez compte des facteurs sociaux et structurels** influant sur le comportement des prestataires et l'expérience des soins pour les clients. Par exemple, les systèmes hiérarchiques qui régissent les interactions entre les prestataires de soins de santé et le personnel, les normes de genre et les normes de protection de la vie privée des clients, entre autres facteurs, peuvent avoir un impact sur le comportement d'un prestataire et l'expérience des clients. Pour identifier les principaux facteurs influant sur le comportement des prestataires, les agents de mise en œuvre peuvent réaliser une [évaluation du comportement des prestataires](#), puis concevoir des activités visant à lever les principaux obstacles à des soins de qualité. Par ailleurs, les agents de mise en œuvre doivent examiner si de petits changements structurels, comme des améliorations apportées à la structure sanitaire, peuvent améliorer l'expérience des clients et leur utilisation des services.

⁸ Rowe, A.K., et al. (2018). Lancet. (Voir note de bas de page 7).

Exemples d'indicateurs de la phase pendant

Cette section présente quelques exemples d'indicateurs que les professionnels peuvent utiliser pour mesurer les activités de la phase pendant. Vous pouvez retrouver ces exemples et d'autres indicateurs validés dans la [banque d'indicateurs de CSC dans le cadre de la PF et la prestation de services](#) et dans la [base de données des indicateurs de planification familial et de santé reproductive \(Anglais\)](#).

Pour plus d'informations, veuillez vous référer aux [douze indicateurs CSC recommandés pour la PF](#), en bref et [des fiches de référence des indicateurs](#), élaborées par Breakthrough RESEARCH.

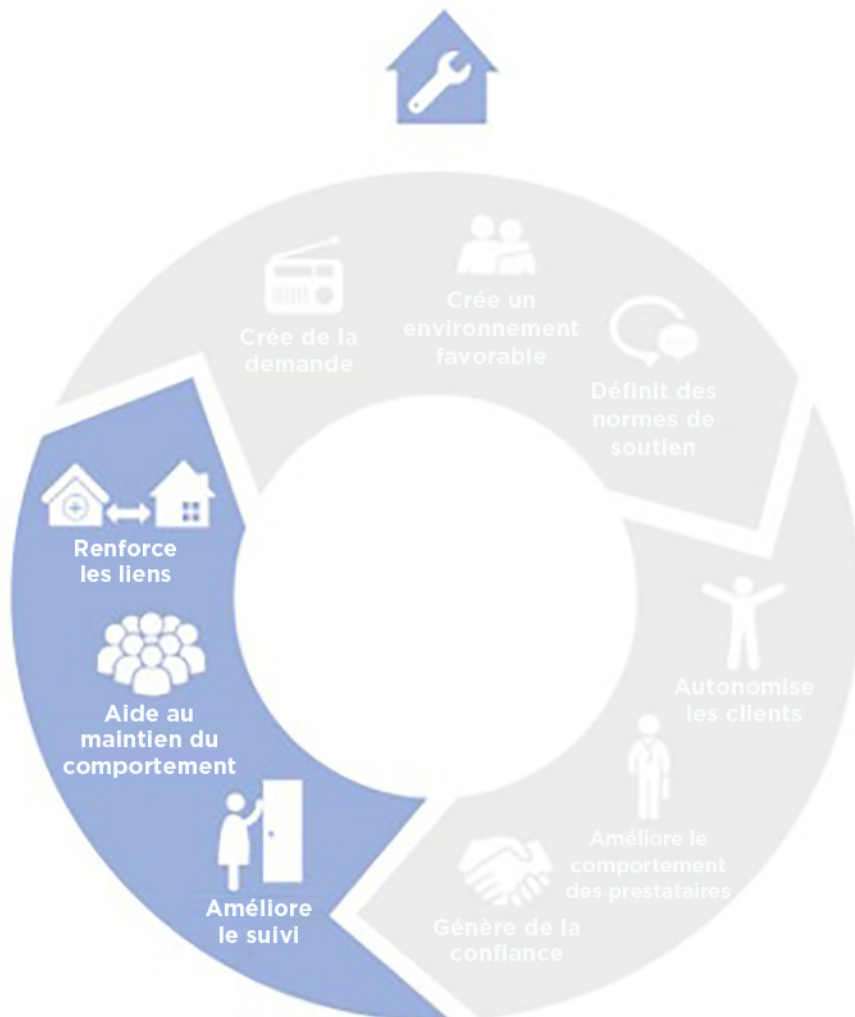
Tableau 2 : Exemples d'indicateurs de la phase pendant

Indicateur	Calcul
Indice d'information sur les méthodes/choix éclairé	La valeur déclarée est le pourcentage de femmes ayant répondu « oui » aux trois questions.
Pourcentage de prestataires de services de PF qui déclarent avoir utilisé le matériel de communication sur la PF au cours des trois derniers mois (ou d'une période de référence définie)	$(\text{Nombre de prestataires de services de PF qui déclarent avoir utilisé le matériel de communication sur la PF au cours des trois derniers mois (ou d'une période de référence définie)}) / \text{Nombre total de prestataires de services de PF} \times 100$
Pourcentage du public visé déclarant avoir reçu des informations sur la PF de la part d'un prestataire de soins de santé communautaire ou travaillant dans une structure sanitaire au cours des 12 derniers mois (ou d'une période de référence définie)	$(\text{Nombre de personnes parmi le public visé ayant reçu des informations sur la PF de la part d'un prestataire de soins de santé communautaire ou travaillant dans une structure de soins au cours des 12 derniers mois}) / \text{Nombre total de personnes dans le public visé} \times 100$
Pourcentage de femmes en âge de procréer qui ont été informées sur des méthodes de PF autres que leur méthode préférée, parmi celles ayant consulté un prestataire de PF au cours des 12 derniers mois (ou d'une période de référence définie)	$(\text{Nombre de femmes en âge de procréer [15–49 ans] ayant consulté un prestataire de PF dans les 12 derniers mois et déclarant que celui-ci les a informées de méthodes de PF autres que leur méthode préférée}) / \text{Nombre total de femmes en âge de procréer [15–49 ans] ayant consulté un prestataire de PF au cours des 12 derniers mois} \times 100$
Pourcentage de femmes en âge de procréer utilisant actuellement une méthode de PF moderne déclarant avoir obtenu la méthode contraceptive de leur choix	$(\text{Nombre de femmes déclarant avoir obtenu la méthode de PF de leur choix, parmi les femmes en âge de procréer [15–49 ans] qui utilisent une méthode de PF moderne}) / \text{Nombre de femmes en âge de procréer [15–49 ans] utilisant actuellement une méthode de PF moderne} \times 100$

Concrétisation du modèle du Cercle continu des soins[©]

Phase après :

Encourager l'observance
et le maintien



Présentation de la phase

Au cours de la **phase après**, les clients doivent souvent adopter un nouveau comportement sain ou rester motivés pour continuer une routine saine comme un traitement, une prise quotidienne de médicaments ou un changement de régime alimentaire. Au cours de cette phase, les interventions en matière de CSC peuvent être utilisées pour :

1. **Améliorer le suivi** : créer un environnement favorable qui encourage les clients à maintenir leur engagement après leur première visite à la clinique
2. **Soutenir le maintien des comportements** : répondre à des problèmes liés au contexte, comme les relations interpersonnelles, qui peuvent influencer négativement le changement de comportement, y compris l'observance d'un traitement médicamenteux
3. **Renforcer les liens** : soutenir l'élaboration et la promotion des systèmes d'orientation qui permettent aux clients d'entrer en contact avec des structures sanitaires ou de passer d'un service à l'autre à partir de leur maison ou de leurs communautés

Compétences requises pour cette phase

Au cours de la phase après, il convient de comprendre les obstacles au maintien des comportements chez le public visé, ainsi que les difficultés et les défaillances identifiées dans le système de santé (par ex., le manque de compétences en matière de conseil dans la phase après), afin que les agents de mise en œuvre puissent concevoir des initiatives qui aident les clients à adopter de nouveaux comportements et établissent les liens appropriés entre les clients et le système de santé.

Plus particulièrement, les agents de mise en œuvre doivent avoir les compétences nécessaires pour :

- Identifier et lever les obstacles auxquels sont confrontés les clients en matière de maintien des comportements ou d'accès aux soins de suivi (par ex., difficulté à se souvenir de prendre une pilule contraceptive chaque jour)
- Identifier les points de rupture au sein du système de santé (par ex., lorsqu'un client ne sollicite pas les services après avoir été orienté)
- Concevoir et maintenir des systèmes d'orientation
- Promouvoir et former à la dispense de conseils efficaces pour la phase après, notamment en matière d'aptitude à répondre aux inquiétudes des clients
- Trouver des groupes communautaires et des ressources pour soutenir les clients

Exemples d'activités

Au cours de la phase après, les professionnels de la santé publique doivent concevoir des interventions qui augmentent l'observance et l'entretien en accentuant le suivi, en soutenant le maintien des comportements et en renforçant les liens entre les clients et les structures sanitaires. Cette section comprend une liste d'exemples d'activités et la description détaillée de six autres activités.

Lors de la sélection des activités pour la phase après, les agents de mise en œuvre doivent veiller à :

- Choisir des activités qui répondent aux besoins, valeurs et obstacles propres au public visé
- Tenir compte des données probantes avant de sélectionner les activités (retrouvez des données probantes sur les interventions efficaces dans la [Synthèse sur la phase après du Cercle de soins](#))
- Atteindre le public par l'intermédiaire de plusieurs canaux ; les initiatives monocanal sont rarement efficaces
- Choisir des activités qui s'inscrivent dans le budget et le calendrier du projet



Activités pour améliorer le suivi

Malgré la nécessité de soins continus, de nombreux clients se désengagent après leur première visite à la clinique. Ils oublient les rendez-vous de suivi ou peuvent ignorer ou sous-estimer l'importance de maintenir des comportements sains, comme la prise régulière de leur traitement ou la gestion des effets secondaires d'une méthode de PF. Les interventions en matière de CSC peuvent contribuer à l'instauration d'un environnement favorable en mettant les clients en lien avec des pairs navigateurs ou en recourant à des méthodes de suivi numérique afin que les clients restent mobilisés tout au long du continuum des soins.

Programmes de pairs navigateurs

Les pairs navigateurs peuvent être mis en relation avec des membres de la communauté qui connaissent les mêmes problèmes de santé pour faire office de modèles, de mentors et de sources d'informations fiables pour aider les clients à maintenir des comportements positifs en matière de santé et à rester impliqués dans leur traitement. Par exemple, les pairs navigateurs vivant avec le VIH peuvent aider des membres de la communauté récemment diagnostiqués à accepter leur diagnostic et apporter le soutien dont ils ont besoin pour se familiariser avec le traitement et le système de santé et adopter de nouveaux comportements pour gérer leur état de santé.

Suivi numérique

Les prestataires et les volontaires ou agents de santé communautaires peuvent utiliser les SMS, WhatsApp et d'autres formes de communication numérique à la fois pour assurer un suivi auprès des clients concernant différents problèmes de santé, l'autogestion d'une maladie et la gestion des effets secondaires et pour rappeler aux clients les rendez-vous à venir afin d'améliorer l'observance et la poursuite des soins. Par exemple, des messages texte ou des messages vocaux automatisés peuvent être envoyés aux femmes enceintes concernant les effets du paludisme sur leur grossesse et pour leur rappeler les rendez-vous de soins prénataux (SAN) ; les femmes en période postnatale peuvent recevoir des rappels sur les méthodes de PF disponibles et les lieux où elles peuvent se procurer des contraceptifs et obtenir les coordonnées d'agents de santé communautaires ou de conseillers susceptibles d'apporter un soutien supplémentaire.



Activités pour soutenir le maintien des comportements

Certains changements de comportement interfèrent avec les activités quotidiennes, par exemple les changements au niveau des cycles menstruels et d'autres effets secondaires des contraceptifs, ou les médicaments qui doivent être pris plusieurs fois pendant la journée. Il est possible que les familles ou les communautés ne maintiennent pas leur soutien au changement de comportement si elles trouvent les nouveaux comportements gênants ou peu pratiques. La stigmatisation, la discrimination et les normes sociales ont également une influence significative sur les comportements. Les maladies telles que la tuberculose, le VIH et le cancer faisant toutes l'objet d'une stigmatisation sociale, il est possible que les patients ne souhaitent pas en parler ouvertement, ce qui complique le changement de comportement ou le maintien des comportements. Les programmes de CSC peuvent contribuer à soutenir le maintien des comportements en répondant à des problèmes liés au contexte, comme les relations physiques, environnementales ou interpersonnelles susceptibles de décourager un changement durable de comportement.

Visites à domicile

Lors de visites à domicile, les pairs facilitateurs, les agents de santé communautaires et/ou les infirmiers peuvent discuter de l'importance de différents médicaments et traitements, de la gestion des effets secondaires et du maintien des comportements. Par exemple, les agents de santé communautaires peuvent se rendre chez des femmes enceintes et des nouveaux parents pour parler de l'importance de toujours dormir sous des moustiquaires pour prévenir

Autres exemples d'activités

- Publication de brochures d'information sur la santé et les traitements ou de supports pour les partenaires et les soignants de clients ; cela inclut les calendriers pour suivre les programmes de traitement et les rendez-vous de suivi
- Orientation vers les services pour la prochaine phase de soin ou de traitement (par ex., orientation vers des services de PF pour accompagner une cliente dans sa transition de la méthode de l'aménorrhée due à la lactation vers une autre méthode de PF)
- Définition et mise en lumière du rôle d'un prestataire pour la phase après les soins dans les programmes d'éducation continue
- Mise en place de systèmes d'orientation en ligne avec rappels pour les rendez-vous et les soins

le paludisme, de recevoir un traitement précoce en cas de paludisme et de bénéficier de SAN réguliers.

Groupes de soutien

Les agents de mise en œuvre peuvent travailler avec des membres de la communauté pour constituer des groupes de soutien pour les personnes connaissant une situation ou des problèmes de santé similaires. Les groupes de soutien offrent de nombreuses opportunités de soutien social et de résolution de problèmes et peuvent améliorer la poursuite des programmes de soins et de traitement, réduire la stigmatisation associée à certains états de santé et favoriser l'annonce de ceux-ci. Par exemple, il a été démontré que les groupes de soutien pour les personnes vivant avec le VIH amélioraient l'observance des traitements antirétroviraux et la poursuite des soins.^{9,10}



Activités pour renforcer les liens

Les systèmes d'orientation et de liens sont des facteurs clés pour des services de qualité car ils améliorent l'accessibilité. Les systèmes d'orientation efficaces allient une excellente communication et des opérations de qualité (structure, systèmes de contrôle et outils d'orientation) et permettent aux clients d'entrer facilement en contact avec des structures sanitaires à partir de leur maison ou de leurs communautés. Pour définir des systèmes d'orientation efficaces, une collaboration entre le partenaire chargé du CSC (souvent responsable de la présentation d'un système d'orientation, en particulier s'il appartient à une marque) et le partenaire en charge de la prestation de services (responsable de valider et d'accepter les orientations pour des services) est nécessaire. Les programmes de CSC peuvent contribuer à renforcer les liens avec le système de santé en incitant les patients à rechercher des soins par l'intermédiaire d'agents de promotion ou de carnets santé des informations sur les futures échéances de soins.

Autres exemples d'activités

- Suivi à domicile des clients par les ASC pour évoquer les effets secondaires, le maintien des comportements et/ou la nécessité de soins de suivi
- Mise en place de « cartes d'engagement » client-prestataire pour renforcer les liens avec le système de santé et les responsabilités respectives de chaque partie

9 Rich, M.L., Miller, A.C., Niyigena, P., et al. (2012). Excellent clinical outcomes and high retention in care among adults in a community-based HIV treatment program in rural Rwanda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 59(3), e35-e42. <https://doi.org/10.1097/qai.0b013e31824476c4>

10 Muhamadi, L., Tumwesigye, N.M., Kadobera, D., et al. (2011). A single-blind randomized controlled trial to evaluate the effect of extended counseling on uptake of pre-antiretroviral care in Eastern Uganda. *Trials*, 12(1), 184. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-12-184>

Plaidoyer par les clients

Il est possible de recruter des clients satisfaits pour qu'elles orientent d'autres personnes de leur réseau ayant des problèmes de santé vers des agents de santé communautaires ou des structures sanitaires aux fins de soins et de traitement. Par exemple, pour renforcer les liens entre les femmes enceintes et le système de santé, des femmes ayant accouché récemment peuvent être recrutées pour aider les femmes enceintes à identifier les symptômes de paludisme et pour orienter et accompagner celles-ci à la clinique pour des examens complémentaires.

Par ailleurs, des dialogues communautaires avec les prestataires de soins de santé et les leaders locaux peuvent renforcer l'engagement et le soutien pour les consultations de SAN régulières et le traitement préventif contre le paludisme.

Carnet Santé

Les prestataires et les agents de santé peuvent distribuer aux clients des carnets santé comportant des informations médicales, des orientations et/ou des invites pour programmer de futures rendez-vous médicaux afin de renforcer les liens pour les traitements et les soins de suivi. Par exemple, un carnet santé de vaccination peut être remis aux parents après la première vaccination de leur enfant, indiquant les autres vaccins à prévoir et les prochaines dates de vaccination. Le carnet santé aide les parents pour le suivi des vaccins de leur enfant et les invite à programmer les prochains vaccins selon le calendrier vaccinal recommandé.

Études de cas sur la phase après

Breakthrough ACTION, Côte d'Ivoire

En Côte d'Ivoire, les canaux de sensibilisation traditionnels et les initiatives ciblées se révèlent inefficaces pour le maintien du traitement des personnes testées positives au VIH. Le [projet Breakthrough ACTION \(Anglais\)](#) cherche à améliorer le maintien du traitement contre le VIH chez les hommes séropositifs âgés de 25 ans et plus et chez les femmes et les hommes séropositifs de 15 à 24 ans identifiés lors des activités communautaires de dépistage menées par Breakthrough ACTION grâce à une approche reposant sur des pairs navigateurs.

Les pairs navigateurs sont formés pour

- Informer les patients sur les avantages des services de soins et de traitement suite à un diagnostic de VIH et les mettre en lien avec les soins
- Proposer un soutien personnalisé sous forme de suivi par téléphone, de soutien psychosocial, d'orientations vers des groupes de soutien, d'accompagnement à des rendez-vous et de visites à domicile pour améliorer l'adoption et l'observance du traitement
- Soutenir l'équipe en charge de la distribution communautaire d'antirétroviraux (ARV) afin de faciliter l'accès aux ARV des personnes vivant avec le VIH et de garantir que les clients séropositifs ont des réserves suffisantes de médicaments, surtout pendant une crise comme celle du COVID-19
- Fournir des kits d'autodiagnostic et en expliquer l'utilisation aux hommes qui présentent un risque élevé de contracter le VIH et refusent un dépistage classique du VIH

Sur l'exercice 2020, afin d'améliorer l'observance et le maintien, les pairs navigateurs Breakthrough ACTION ont réalisé des appels téléphoniques de suivi et des visites à domicile auprès de 14 334 clients vivant avec le VIH qui avaient été perdus de vue et de 8 188 clients vivant avec le VIH qui ne s'étaient pas présentés à leurs rendez-vous. Parmi les 22 522 clients vivant avec le VIH ainsi identifiés, 9 660 ont été mis en lien avec les services et maintenus dans le système de soins. Par ailleurs, 1 816 personnes vivant avec le VIH ont reçu des réserves d'ARV pour trois mois, remises par des pairs navigateurs au lieu de leur choix. Les pairs navigateurs ont également fourni 3 858 kits d'autodiagnostic à des hommes difficiles à joindre. 2 022 (52 %) de ces kits ont été effectivement utilisés.

L'équipe de projet s'est aperçue que les pairs navigateurs devaient impérativement avoir une compréhension intime du vécu des personnes vivant avec le VIH et bien connaître à la fois les services à base communautaire et les services cliniques. Le suivi et la supervision systématiques des pairs navigateurs sont tout aussi importants, car leur travail exige une implication forte qui peut les exposer à l'épuisement professionnel ou à la démotivation, avec des répercussions sur leurs performances.



Maternal and Child Survival Program, Éthiopie

Ce projet visait à s'attaquer aux problèmes identifiés pour mettre en lien les choix d'une femme en matière de PF lors des conseils anténataux avec la prestation de services contraceptifs après l'accouchement (Anglais). Les femmes peuvent avoir de nombreux contacts avec des prestataires de soins de santé, depuis leur grossesse jusque pendant la période postnatale étendue, que ce soit dans les structures ou au niveau communautaire. Il peut donc se révéler difficile pour les prestataires de suivre les femmes dans le temps, si bien que celles-ci ne sont pas nécessairement conseillées de manière efficace en matière de planification familiale postpartum (PFPP) ni en mesure de prendre des décisions quant à l'utilisation d'une méthode de PF, et ne reçoivent pas la méthode de PF choisie.

L'équipe de projet a modifié une carte de santé maternelle et infantile intégrée (SMII) existante que les agents de vulgarisation sanitaire (AVS) renseignent à chaque visite avec la mère et l'enfant, afin d'ajouter la PFPP dans chaque section : grossesse, accouchement, soins postnataux, vaccination et surveillance de la croissance. L'équipe de projet a encouragé les AVS à documenter correctement la méthode de PFPP choisie et adoptée et à se reporter aux sections précédentes lorsqu'ils voyaient une patiente. L'équipe de projet assurait une supervision de soutien environ tous les deux mois pour examiner la manière dont les AVS intégraient les services, renseignaient la carte SMII et consignaient les informations sur la PFPP. Si le choix de la méthode de PFPP peut évoluer dans le temps, le fait de consigner un choix sur une carte et d'utiliser celle-ci pour réviser ce choix lors des visites ultérieures renforce la capacité des AVS à assurer le suivi avec les clientes jusqu'à ce qu'elles décident d'utiliser ou non une méthode de PFPP. Par ailleurs, la carte a également permis aux femmes d'exprimer leur besoin de temps supplémentaire avant d'arrêter un choix, appelant ainsi à approfondir le conseil lors d'une visite ultérieure.

L'équipe de projet a mené des entretiens qualitatifs approfondis avec les AVS pour obtenir des retours d'information sur la mise en œuvre de la PFPP et l'utilisation de l'outil modifié. Les AVS ont indiqué que les clientes appréciaient de pouvoir se reporter aux conversations antérieures sur la PFPP et bénéficier d'un suivi lors des visites ultérieures. Selon eux, cela a modifié la relation de conseil et a permis d'instaurer la confiance.



Source: Pfitzer, A. (2018). Visiting a health post involved in the PFPF study in Ethiopia. Pictured are the Jhpiego Study Field Supervisor China Wondimu, and Health Extension Worker, Aynalem Tsegaye. Ethiopia.

Mobile Technology for Improved Family Planning, Cambodge

Les besoins non satisfaits en matière de contraception sont encore un problème de santé publique au Cambodge. [L'étude Mobile Technology for Improved Family Planning \(MOTIF\) \(Anglais\)](#) visait à réduire les besoins non satisfaits par l'intermédiaire d'une initiative mobile pour proposer des services de contraception dans le cadre des soins après avortement dans quatre cliniques Marie Stopes International. Une étude avait mis en évidence les difficultés rencontrées par les femmes cambodgiennes pour prendre des décisions en matière de contraception après avoir sollicité des services. Étant donné que 90 % des femmes interrogées possédaient un téléphone portable et 80 % de la population vivait dans des zones rurales où l'accès aux services est limité, une intervention s'appuyant sur les téléphones portables a été retenue comme méthode efficace pour maintenir la communication avec les clientes après leur sortie de la clinique.

L'étude a recruté de manière aléatoire 249 femmes dans une intervention s'appuyant sur les téléphones portables. Celle-ci comportait six messages vocaux interactifs automatisés et donnait lieu à un soutien téléphonique par des conseillers selon leurs réponses aux messages, ainsi que des messages de rappel supplémentaires, le cas échéant. 251 femmes ont été recrutées dans un groupe de contrôle recevant des soins standard. Le principal résultat était l'utilisation autodéclarée d'une méthode contraceptive efficace.¹¹

Des données sur l'utilisation efficace d'une contraception étaient disponibles pour 431 participantes (86 %) à quatre mois et 328 (66 %) à 12 mois. Un nombre significativement plus élevé de femmes dans le groupe d'intervention que dans le groupe de contrôle ont déclaré l'utilisation efficace d'une contraception à quatre mois (64 % contre 46 %, respectivement ; risque relatif (RR) : 1,39 ; intervalle de confiance (IC) à 95 % : 1,17–1,66) mais pas à 12 mois (50 % contre 43 %, respectivement ; RR : 1,16 ; IC à 95 % : 0,92–1,47). En revanche, un nombre significativement plus élevé de femmes dans le groupe d'intervention ont déclaré utiliser une méthode contraceptive à longue durée d'action aux deux jalons de suivi. Aucune différence significative n'a été notée entre les groupes en matière de nouvelle grossesse ou de nouvel avortement à quatre ou 12 mois. Le fait d'ajouter une intervention s'appuyant sur les téléphones portables après les services a le potentiel d'accroître l'utilisation de contraceptifs.¹²



Source: Uk, V. (2013). MOTIF phone counsellors. Phnom Penh, Cambodia.

11 Smith, C., Ngo, T.D., Gold, J., et al. (2015). Effect of a mobile phone-based intervention on post-abortion contraception: a randomized controlled trial in Cambodia. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(12). <https://doi.org/10.2471/BLT.15.160267>

12 Smith, C. et al. (2015). Effect of a mobile phone-based intervention. (Voir note de bas de page 11).

Conseils de mise en œuvre de la phase après

- **La phase après les soins prédispose à la phase avant les soins** : les agents de mise en œuvre peuvent renforcer l'impact de leur programme en tenant compte du parcours d'un client dans le Cercle de soins de la phase après les soins à la phase avant les soins. Par exemple, les clientes en période postnatale peuvent avoir besoin de passer d'activités de la phase après les soins, pendant laquelle elles se remettent de leur accouchement, à des activités de la phase avant les soins, notamment pour s'informer sur les méthodes contraceptives à disposition pour espacer ou limiter les grossesses.
- **Impliquez toutes les parties prenantes** : les clients bénéficient d'un soutien social lorsqu'ils cherchent à adopter de nouveaux comportements et schémas thérapeutiques. Les interventions à base communautaire dans la phase après peuvent aider les clients accepter leur diagnostic et à continuer à rechercher des soins. En impliquant toutes les parties prenantes dans la phase après, les agents de mise en œuvre peuvent créer des opportunités permettant aux familles et aux communautés de mieux soutenir les clients après les soins reçus.
- **Identifiez et promouvez de petites actions réalisables** : les [petites actions réalisables \(Anglais\)](#) sont des comportements qui engendreront de meilleurs résultats en matière de santé au niveau individuel et communautaire et que les personnes qui adopteront ces comportements jugent faisables.¹³ Selon un mémoire d'apprentissage de WASHplus, bien que les petites actions réalisables ne puissent pas être considérées comme une « pratique idéale », davantage de ménages sont susceptibles de les adopter car elles sont considérées faisables dans le contexte local.¹⁴
- **Tirez au maximum parti des contacts et outils existants en matière de santé** : plutôt que d'introduire des approches et des outils entièrement nouveaux, commencez par déterminer s'il est possible d'atteindre les résultats souhaités en tirant parti des ressources et outils existants. Par exemple, le Maternal and Child Survival Program (Programme pour la survie de la mère et de l'enfant) mené en Éthiopie a modifié des cartes de SMII existantes pour inclure des invites de PFPP et a élaboré un dossier d'orientation destiné aux AVS avec des concepts de base sur la PFPP et un synthèse des résultats d'études sur l'impact des conseils des AVS sur le recours à la PFPP. Le fait de tirer parti des ressources et outils existants peut accroître la probabilité que les nouvelles initiatives seront acceptées et adoptées par les principaux publics.

13 USAID. (2015). WASHplus learning brief: Small doable actions: a feasible approach to behavior change. FHI360. <https://www.fhi360.org/resource/small-doable-actions-feasible-approach-behavior-change-learning-brief>

14 USAID. (2015). WASHplus learning brief (Voir note de bas de page 13).

Exemples d'indicateurs de la phase après

Cette section présente quelques exemples d'indicateurs que les professionnels peuvent utiliser pour mesurer les activités de la phase après. Vous pouvez retrouver ces exemples et d'autres indicateurs validés dans la [banque d'indicateurs de CSC dans le cadre de la PF et la prestation de services](#) et dans la [base de données des indicateurs de planification familiale et de santé reproductive \(Anglais\)](#).

Pour plus d'informations, veuillez vous référer aux [douze indicateurs CSC recommandés pour la PF](#), en bref et [des fiches de référence des indicateurs](#), élaborées par Breakthrough RESEARCH.

Tableau 3 : Exemples d'indicateurs de la phase après

Indicateur	Calcul
Pourcentage de clients orientés vers d'autres services de PF	$(\text{Nombre de clients de PF ayant bénéficié d'une orientation pour un service de PF pendant la période de référence} / \text{Nombre total de clients de PF servis au point de prestation des services pendant la période de référence}) \times 100$
Taux d'interruption des méthodes contraceptives de la première année	$(\text{Nombre d'épisodes d'interruption d'une méthode de PF donnée dans les 12 mois après son instauration} / \text{Nombre d'épisodes d'utilisation de la PF parmi les femmes en âge de procréer ayant commencé à utiliser un contraceptif 3 à 62 mois avant d'être interrogées}) \times 100$
Pourcentage du public appliquant le comportement recommandé	$(\text{Nombre de membres du public déclarant appliquer le comportement recommandé} / \text{Nombre total de personnes interrogées dans le public visé}) \times 100$
Pourcentage de femmes en âge de procréer qui orienteraient d'autres personnes vers leur prestataire de PF, parmi celles ayant consulté un prestataire de PF au cours des 12 derniers mois	$(\text{Nombre de femmes en âge de procréer [15–49 ans] qui orienteraient un membre de leur famille ou une amie vers leur prestataire de PF, parmi celles ayant consulté un prestataire de PF au cours des 12 derniers mois} / \text{Nombre total de femmes en âge de procréer [15–49 ans] ayant consulté un prestataire de PF au cours des 12 derniers mois}) \times 100$
Pourcentage du public ayant une autonomie favorable pour l'adoption du comportement recommandé.	$(\text{Nombre de membres du public déclarant une autonomie favorable pour l'adoption du comportement recommandé} / \text{Nombre total de membres du public}) \times 100$

Ressources supplémentaires



Le modèle du cercle continu des soins[©]

Le modèle du cercle continu des soins[©] :

<https://breakthroughactionandresearch.org/wp-content/uploads/2019/12/Circle-of-Care-Model-FR.pdf>

Données factuelles pour la phase avant :

https://behaviorchangeimpact.org/wp-content/uploads/2020/07/CCP_BehaviorChangeImpact_CircleOfCare_BeforeFINALDigital.pdf

Données factuelles pour la phase pendant :

https://behaviorchangeimpact.org/wp-content/uploads/2020/07/CCP_BehaviorChangeImpact_CircleOfCare_DuringFINALDigital.pdf

Données factuelles pour la phase après :

https://behaviorchangeimpact.org/wp-content/uploads/2020/07/CCP_BehaviorChangeImpact_CircleOfCare_AfterFINALDigital.pdf

Théorie et déterminants du changement social et de comportement

Comprendre les déterminants du changement de comportement (Anglais) :

<https://sbccimplementationkits.org/service-communication/wp-content/uploads/sites/13/2017/07/SC-I-Kit-Learn-FR-Apprentissage.pdf>

Normes sociales (Anglais) :

<http://irh.org/resource-library/social-norms-background-reader/>

Rôle de la théorie des sciences comportementales dans l'élaboration et la mise en œuvre des initiatives de santé publique (Anglais) :

<https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.publhealth.012809.103604>

Conception des programmes

Comment mener une analyse de situation :

<https://www.thecompassforsbc.org/how-to-guides/how-conduct-situation-analysis>

Identification des normes sociales et de genre pertinentes :

<https://sbccimplementationkits.org/service-communication/wp-content/uploads/sites/13/2017/07/SC-I-Kit-Design-FR-Conception.pdf>

Comment effectuer une analyse de public :

<https://www.thecompassforsbc.org/how-to-guides/how-do-audience-analysis>

Comment mener une évaluation des comportements des prestataires :

<https://www.thecompassforsbc.org/how-to-guides/provider-behavior-assessment-social-and-behavior-change>

Comment segmenter votre/vos public(s) :

<https://www.thecompassforsbc.org/how-to-guides/how-do-audience-segmentation>

Écosystème du comportement des prestataires de services (Anglais) :

<https://www.baproviderbehaviorecosystem.org/>

Approches fondées sur les actifs pour le développement communautaire (Anglais) :

<http://csl.ubc.ca/files/2010/04/What-Are-Asset-Based-Approaches-to-Community-Development.pdf>

Approches synchronisées aux genres (Anglais) :

<https://www.igwg.org/2018/09/involving-everyone-in-gender-equality-by-synchronizing-gender-strategies/>

Comment élaborer un plan alliant plusieurs canaux :

<https://www.thecompassforsbc.org/how-to-guides/how-develop-channel-mix-plan>

Comment concevoir des messages de CCSC :

<https://www.thecompassforsbc.org/how-to-guides/how-design-sbcc-messages>

Mise en œuvre des programmes

Kit de mise en œuvre pour la communication sur les services :

<https://sbccimplementationkits.org/service-communication/kit-de-mise-en-oeuvre-pour-la-communication-sur-les-services/>

Kit de mise en œuvre du changement de comportement des prestataires :

<https://sbccimplementationkits.org/provider-behavior-change/kits-de-mise-en-oeuvre-de-la-communication-pour-le-changement-de-comportement-chez-les-prestataires/>

Tenue de dialogues communautaires (Anglais) :

<http://irh.org/resource-library/mff-community-dialogues-manual/>

Animation d'un atelier destiné aux intervenants :

<https://www.thecompassforsbc.org/how-to-guides/how-conduct-stakeholder-workshop>

Petites actions réalisables (Anglais) :

<https://www.fhi360.org/resource/small-doable-actions-feasible-approach-behavior-change-learning-brief>

Considérations opérationnelles relatives à la coordination des programmes de CSC et de prestation de services :

<https://sbccimplementationkits.org/service-communication/wp-content/uploads/sites/13/2017/07/SC-I-Kit-Considerations-FR-Operationelles.pdf>

Suivi, mesure et évaluation

Douze indicateurs CSC recommandés pour la planification familiale

- Bref: https://breakthroughactionandresearch.org/wp-content/uploads/2020/12/BR_SBCInd_Brief_Fr.pdf
- Fiches de référence des indicateurs: https://breakthroughactionandresearch.org/wp-content/uploads/2020/12/BR_SBCInd_Ref_Brief_Fr.pdf

Banque d'indicateurs de CSC dans le cadre de la planification familiale et la prestation de services : <https://breakthroughactionandresearch.org/banque-dindicateurs-de-csc-dans-le-cadre-de-la-pf-et-la-prestation-de-services/?lang=fr>

Base de données de MEASURE Evaluation sur la planification familiale et la santé reproductive (Anglais) :

https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/indicator-summary

Ressources pour mesurer les normes sociales (Anglais) :

https://www.alignplatform.org/sites/default/files/2019-10/resources_for_measuring_social_norms_guide_final.pdf

Analyse de rentabilisation de l'investissement dans le changement social et de comportement pour la planification familiale (Anglais) :

https://breakthroughactionandresearch.org/wp-content/uploads/2020/01/20191211_BR_FP_SBC_Gdlns_Final.pdf

Exemples d'études de cas

Phase avant

Fistula Care *Plus*, Nigeria et Ouganda :

<https://fistulacare.org/fr/resources/overview/>

Projet PRACHAR (Promoting Change in Reproductive Behavior of Adolescents), Inde :

<https://www.pathfinder.org/projects/prachar/>

Projet HC4 (HIV response: Coordination, Community, Capacity, and Communication), Eswatini (Anglais) :

<https://ccp.jhu.edu/2019/08/12/eswatini-community-leaders-data-decisions/>

Phase pendant

Smart Client/Smart Couple, Global/Nigeria et Côte d'Ivoire (Anglais) :

<https://healthcommcapacity.org/technical-areas/family-planning/smart-client-smart-couples/>

Breakthrough RESEARCH : Respectful Maternity Care, Zambie :

- https://breakthroughactionandresearch.org/wp-content/uploads/2020/10/Respectful-Care-Brief_Fr.pdf
- https://breakthroughactionandresearch.org/wp-content/uploads/2020/10/Zambia-RespMatCare-ProgBrief_Fr-1.pdf
- https://breakthroughactionandresearch.org/wp-content/uploads/2020/10/BR_Zambia_RMC_Brief_Fr.pdf

Phase après

Breakthrough ACTION, Côte d'Ivoire (Anglais) :

<https://breakthroughactionandresearch.org/about/breakthrough-action/>

Maternal and Child Survival Program, Éthiopie (Anglais) :

- <https://www.mcsprogram.org/our-work/reproductive-health/postpartum-family-planning/>
- <https://www.joghr.org/article/13511-effect-of-integrating-postpartum-family-planning-into-the-health-extension-program-in-ethiopia-on-postpartum-adoption-of-modern-contraception>

Étude Mobile Technology for Improved Family Planning, Cambodge (Anglais) :

<https://www.who.int/bulletin/volumes/93/12/15-160267/en/>