



Life
Saving
Commodities
Improving access,
saving lives

Création de la demande pour les produits de santé
infantile, néonatale, maternelle et reproductive

UNE STRATÉGIE DE COMMUNICATION ADAPTABLE POUR LES PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE

JUILLET 2014



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



HEALTH
COMMUNICATION
CAPACITY
COLLABORATIVE

Remerciements

La collaboration sur les capacités en communication sanitaire (« Health Communication Capacity Collaborative » (HC3), financée par USAID) basée au Centre des programmes de communication (« Center for Communication Programs », CCP) de l'école Bloomberg de Santé Publique de l'Université Johns Hopkins tient à remercier Claire Stokes (consultante indépendante) pour la rédaction de cette stratégie avec la collaboration de Sarah Rich (ICEC), Elizabeth Westley (ICEC), Joanna Skinner (CCP), Kate McCracken (CCP) et Erin Portillo (CCP). La HC3 remercie Kathleen Fox, Kim Martin, Katie Kuehn et Mark Beisser d'avoir participé à la publication et à la mise en page. La HC3 souhaite aussi remercier Zarnaz Fouladi, Hope Hempstone et Stephanie Levy de USAID pour la qualité de leur soutien, de leurs conseils et de leur retour.

Citation suggérée :

La Collaboration sur les capacités en communication sanitaire (Health Communication Capacity Collaborative – HC3). (2014). *Une stratégie de communication adaptable pour les pilules contraceptives d'urgence*. Baltimore : Centre des programmes de communication de l'école Bloomberg de Santé publique de l'Université Johns Hopkins (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs).

La création de la demande pour les activités liées aux produits de santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive est assurée par la Collaboration sur les capacités en communication sanitaire (Health Communication Capacity Collaborative – HC3) basée au Centre des programmes de communication de l'Université Johns Hopkins (Center for Communication Programs, CCP), avec le soutien du Fonds d'affectation du département de la SINMR et de l'Agence des États-Unis pour le développement international (United States Agency for International Development - USAID) en partenariat avec le sous-groupe de création de la demande de la Commission des Nations Unies sur les produits d'urgence pour les femmes et les enfants (UNCoLSC), l'équipe de ressource technique en matière de performance et d'accès, notamment l'organisation Population Services International (PSI), le Consortium international pour la contraception d'urgence (ICEC), Jhpiego et d'autres partenaires.

Crédits photographiques

(par ordre d'apparition dans la partie Profils de public)

Sauf indication contraire, toutes les photographies de cette publication sont utilisées avec l'aimable autorisation de Photoshare (www.photoshare.org).

Malita : une adolescente raconte comment les bourses d'étude lui ont permis de suivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire à Salima, au Malawi. © 2012 Sally Zweimueller

Mary : une mère et son nourrisson patientent en l'attente de soins dans le cadre d'un salon de la santé dans le district de Kalangala, en Ouganda. © 2012 Ritah Mwangale/UHMG

Lucia : une mère malawite accompagnée de ses deux enfants dans le district de Mzimba, au Malawi. © 2008 Lisa Basalla

Sarifina : une mère et son enfant reviennent d'un poste de nutrition au camp de réfugiées de Kissidougou, en Guinée. Les réfugiés de ce camp sont Libériens et Sierra-Léonais. © 2003 Nell Kussian

Issa : un pharmacien photographié à la pharmacie du centre de santé de Ségou, au Mali. © 2008 Rachel Hoy

Sara : un client du planning familial, Moturayo Muritala (R), assiste à une séance de conseil assurée par un prestataire de services au centre de santé primaire Orolodo du village d'Omuaran, situé dans l'état de Kwara, au Nigeria. © 2012 Akintunde Akinleye/NURHI

Susan : en Ouganda, un travailleur communautaire forme une mère aux dangers du paludisme. © 2007 Bonnie Gillespie

Officier Okafor : des membres de la police nigériane font la promotion de l'utilisation du préservatif dans le cadre d'une campagne de sensibilisation au VIH/SIDA menée à Lagos, au Nigeria en 2005. © 2005 Kunle Ajayi

Sonia : un agent de santé communautaire (ASC) décompte les respirations d'un jeune enfant à l'aide d'un chronomètre respiratoire dans un village du district de Kirehe, au Rwanda. © 2008 Rose Luz

Sanjeev : un père accompagne sa fille et sa femme dans une clinique de santé maternelle et infantile afin de bénéficier de conseils en planning familial et de vaccination des jeunes enfants dans le district de Chaibasa, en Inde. © 2011 Jennifer Applegate

Winnie : une mère de l'ouest du Kenya apprend comment éviter l'anémie chez ses enfants en utilisant des micronutriments en poudre. © 2006 Parmi Suchdev

Table des matières

Acronymes	5
Introduction	6
But	7
Public concerné	7
Qu'est-ce qu'une stratégie de communication ?	7
Comment utiliser cette stratégie de communication adaptable ?	7
Treize produits d'urgence pour femmes et enfants	7
Création de la demande : présentation	10
De quoi s'agit-il ?	11
Quel est le public concerné par les programmes de création de la demande pour les 13 produits d'urgence ?	11
Définitions et concepts fondamentaux de la création de la demande	12
Cadre conceptuel	13
Stratégie de communication adaptable : structure et conseils	14
Étape 1 : Analyser la situation	15
Étape 2 : Définir une vision	19
Étape 3 : Choisir le public visé	20
Étape 4 : Définir la stratégie des messages (objectifs, positionnement et messages clés)	21
Étape 5 : Déterminer les activités et interventions	22
Étape 6 : Planifier le monitoring et l'évaluation	25
Exemple d'une stratégie de communication pour la pilule contraceptive d'urgence	27
Étape 1 : Analyser la situation	28
Étape 2 : Définir une vision	32
Étape 3 : Choisir le public visé	33
Étape 4 : Définir la stratégie des messages	37
Étape 5 : Déterminer les activités et interventions	48
Étape 6 : Planifier le monitoring et l'évaluation (« Monitoring and Evaluation », M&E)	53
Références	55
Coordonnées	58

Acronymes

ASC	Agent de santé communautaire
CCP	Centre des programmes de communication Johns Hopkins (Johns Hopkins Center for Communication Programs)
CCSC	Communication pour le changement social et comportemental
CIP	Communication interpersonnelle
DIU	Dispositif intra-utérin
EDS	Enquêtes démographiques et sanitaires (Demographic and Health Surveys)
EWEC	Toutes les femmes, tous les enfants (Every Woman Every Child)
FAP	Femmes en âge de procréer
HC3	Collaboration sur les capacités en communication sanitaire (Health Communication Capacity Collaborative)
IST	Infection sexuellement transmissible
M&E	Monitoring et évaluation
MICS	Enquête à indicateurs multiples (Multiple Indicator Cluster Surveys)
MoH	Ministère de la Santé
MS	Marketing social
OC	Organisation à base communautaire
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies, Nations Unies
PCU	Pilule contraceptive d'urgence
PPE	Prophylaxie postexposition
PPP	Partenariat public-privé
SINMR	Santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive
SMS	Service de messagerie SMS (Short Message Service)
TIC	Technologie de l'information et de la communication
UNCoLSC	Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants (United Nations Commission on Lifesaving Commodities for Women and Children)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international (U.S. Agency for International Development)
VBG	Violence basée sur le genre

Introduction



But

Fournir des instructions pas à pas et des exemples de création d'une stratégie de communication dédiée à la création de la demande pour les **pilules contraceptives d'urgence (PCU)**.

Public concerné

Cette stratégie de communication adaptable (la « Stratégie ») vise plusieurs publics, dont les personnels des ministères de la santé, des organismes non gouvernementaux (ONG) et des organisations à base communautaire (OC). La Stratégie appuie les initiatives des professionnels de la communication qui travaillent directement sur les programmes de communication et de changement de comportement, ainsi que des personnels exerçant leur activité dans les domaines de santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive (SINMR), qui ont recours à un composant de création de la demande pour la prise en charge des activités du programme.

Qu'est-ce qu'une stratégie de communication ?

Une stratégie de communication fournit une feuille de route pour les actions locales visant à faire évoluer les comportements, en assurant l'harmonisation des messages, des documents et des différentes activités. Elle garantit également que les activités et les produits permettent conjointement d'atteindre le but et les objectifs du programme. La stratégie de communication finale doit orienter la rédaction des supports de programmes, notamment des dossiers de plaidoyer, livrets client et outils de travail pour les prestataires de soins de santé, assurant ainsi un positionnement et des messages cohérents dans toutes les activités.

La stratégie de communication n'est toutefois pas un produit statique. Elle doit évoluer en fonction de l'environnement en perpétuel changement. Des adaptations peuvent être nécessaires pour répondre à des données et résultats nouveaux, à des événements inattendus, à des changements de priorités ou à des résultats imprévus. Les stratégies de communication sont essentielles pour tenter de résoudre les problèmes de priorités sanitaires ou de maladies émergentes ; elles permettent d'harmoniser les priorités, les approches et les messages entre toutes les organisations et acteurs concernés.

Comment utiliser cette stratégie de communication adaptable ?

Cette stratégie fait partie d'un kit complet de mise en œuvre pour la création de la demande de produits d'urgence sous-utilisés (le I-Kit) (<http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch>). Le I-Kit comprend des stratégies de communication spécifiques aux produits, conçues pour une adaptation aisée à divers contextes nationaux et intégrées à des plans SINMR existants. Le I-Kit comprend également des ressources relatives à quatre principaux domaines transversaux en matière de création de la demande : la prise en compte du rôle lié au genre, un cadre théorique pour le choix des médias, l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) ainsi que des nouveaux médias et l'exploitation des partenariats public-privé (PPP).

Cette stratégie n'a pas vocation à servir de modèle unique. Elle est conçue pour faire office de base de démarrage rapide reposant sur des données probantes afin de vous aider à réunir des éléments de réponse aux questions suivantes :

- Où en sommes-nous ?
- Quelle est notre vision ?
- Comment allons-nous concrétiser notre vision ?
- Comment savoir si nous avons concrétisé notre vision ?

Dans l'idéal, des équipes à l'échelle nationale intègrent un contenu spécifique aux produits et adapté au contexte national aux stratégies de communication SINMR existantes ou nouvelles concernant la création de la demande.

Il est important de signaler que la stratégie est axée sur la communication, généralement la composante de promotion d'un produit d'une approche de marketing social (MS). Si nécessaire, il est possible d'intégrer la stratégie à un cadre de marketing social plus vaste et de l'étendre pour traiter le produit, le tarif et le lieu.

Treize produits d'urgence pour femmes et enfants














En 2010, en lançant la *Stratégie globale pour la santé de la femme et de l'enfant* (la Stratégie globale), le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies (ONU) a mis l'accent sur le manque d'accès aux produits d'urgence et son impact sur la santé des femmes et des enfants à travers le monde.

La Stratégie globale met en demeure la communauté internationale de sauver 16 millions de vies d'ici 2015 en élargissant l'utilisation appropriée et l'accès aux médicaments essentiels, au matériel médical et aux fournitures médicales dont le manque représente la principale cause de décès évitables pendant la grossesse, l'accouchement et l'enfance. Grâce au mouvement Every Woman Every Child (EWEC), au soutien de la Stratégie globale et aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 4 et 5, la Commission des Nations Unies chargée des produits d'urgence (UNCoLSC) destinés aux femmes

et aux enfants (la Commission) a été créée en 2012 pour catalyser et accélérer la réduction du taux de mortalité des femmes et des enfants. La Commission a identifié 13 produits d'urgence dans le continuum de soins de la SINMR qui, avec un plus large accès et une meilleure utilisation, pourraient sauver la vie de plus de six millions¹ de femmes et d'enfants. Pour plus d'informations sur la Commission, consultez le site <http://www.everywomaneverychild.org/resources/un-commission-on-life-saving-commodities> (en anglais).

¹Pour les estimations de vies sauvées, voir le Rapport des Commissaires de la Commission des Nations Unies sur les produits d'urgence pour les femmes et les enfants (annexe) (http://www.everywomaneverychild.org/images/UN_Commission_Report_September_2012_Final.pdf)

Figure 1 : 13 produits d'urgence

Santé reproductive			
 <p>Préservatifs féminins</p> <p>Prévient l'infection par le VIH et les grossesses non souhaitées : un préservatif féminin est une gaine en polyuréthane qui couvre le col de l'utérus, le vagin et les parties génitales externes. Il assure une double protection : contre les IST (y compris le VIH) et contre les grossesses non souhaitées.</p>	 <p>Implants contraceptifs</p> <p>Prévient les grossesses non souhaitées : les implants contraceptifs sont des bâtonnets en plastique fins et souples insérés dans le bras d'une femme et libérant une hormone progestative dans l'organisme. Ces contraceptifs sûrs, très efficaces et rapidement réversibles permettent d'éviter les grossesses pendant trois à cinq ans.</p>	 <p>Contraception d'urgence</p> <p>Prévient les grossesses non souhaitées : la pilule contraceptive d'urgence est le moyen contraceptif le plus largement utilisé dans les pays en développement. Pour un effet optimal, elle doit être prise en une dose de 1,5 mg dès que possible après le rapport sexuel. Un produit de remplacement de 0,75 mg est également largement distribué.</p>	
Santé maternelle			
 <p>Oxytocine</p> <p>Hémorragie du postpartum : l'OMS recommande l'oxytocine comme utérotonique de choix en prévention et en traitement des hémorragies du postpartum.</p>	 <p>Misoprostol</p> <p>Hémorragie du postpartum : dans les situations où il n'y a pas d'accoucheuse expérimentée et où l'on ne dispose pas d'oxytocine, l'administration de misoprostol (600 microgrammes par voie orale) est recommandée.</p>	 <p>MgSO₄</p> <p>Sulfate de magnésium</p> <p>Éclampsie et pré-éclampsie sévère : l'OMS recommande le MgSO₄ pour son efficacité majeure en cas d'éclampsie et de pré-éclampsie sévère.</p>	
Santé infantile			
 <p>Amoxicilline</p> <p>Pneumonie : l'amoxicilline est un antibiotique qui permet de traiter la pneumonie chez les enfants âgés de moins de cinq ans. L'amoxicilline est conditionnée sous forme de plaquettes thermoformées de 10 comprimés dispersibles (CD) sécables de 250 mg.</p>	 <p>Sels de réhydratation orale</p> <p>Diarrhée : les sels de réhydratation orale (SRO) sont une solution orale de glucose et d'électrolytes visant à prévenir la déshydratation due à la diarrhée. Ils sont conditionnés en sachets de poudre aromatisée de manière à plaire aux enfants, à diluer dans 200 ml, 500 ml ou 1 l de liquide.</p>	 <p>Zinc</p> <p>Diarrhée : la supplémentation en zinc permet de réduire la durée et la sévérité des épisodes diarrhéiques. Le zinc est disponible en comprimés sécables de 20 mg, dispersibles et de saveur masquée ou en solution orale concentrée de 10 mg pour 5 ml.</p>	
Santé néonatale			
 <p>Antibiotiques injectables</p> <p>Prévention de la septicémie néonatale : l'OMS recommande un traitement par benzylpénicilline et gentamicine, sous forme d'injection séparée, comme schéma thérapeutique de première intention pour le traitement de présomption des nouveau-nés présentant un risque d'infection bactérienne.</p>	 <p>Corticoïdes prénataux</p> <p>Prévention du SDR chez le prématuré : les corticoïdes prénataux sont donnés à la femme enceinte à risque d'accouchement prématuré pour éviter le syndrome de détresse respiratoire chez les bébés nés après un travail prématuré.</p>	 <p>Chlorhexidine</p> <p>Prévention de l'infection du cordon ombilical : le digluconate de chlorhexidine est un antiseptique peu coûteux, utilisé dans les soins du moignon du cordon ombilical, et efficace contre les infections néonatales.</p>	 <p>Appareils de réanimation</p> <p>Traitement de l'asphyxie : l'asphyxie néonatale, c'est-à-dire l'absence de respiration du nouveau-né à la naissance, peut être traitée avec les appareils de réanimation.</p>

Création de la demande : présentation



De quoi s'agit-il ?

La création de la demande améliore la sensibilisation et pousse certains publics en particulier à demander des produits ou des services de santé. Pour ce faire, des techniques de MS et de communication pour le changement social et comportemental (CCSC) sont utilisées. La création de demande peut prendre l'une de ces trois formes :

- **Attirer de nouveaux utilisateurs** : convaincre les membres du public visé d'adopter de nouveaux comportements, produits ou services.
- **Augmenter la demande parmi les utilisateurs existants** : convaincre les utilisateurs actuels d'accroître ou de maintenir la pratique du comportement préconisé et/ou d'accroître ou de maintenir l'utilisation des produits ou services préconisés.
- **Gagner des parts de marché en faisant la promotion de certains comportements** : (p. ex., convaincre les soignants de pratiquer immédiatement des soins au lieu d'attendre que la situation sanitaire ne se dégrade ou soit compromise), produits ou services (p. ex., convaincre les soignants d'utiliser des sels de réhydratation orale [SRO] et du zinc au lieu de médicaments contre la diarrhée).

Avec des programmes de création de la demande bien conçus et bien mis en œuvre, les pays peuvent augmenter l'utilisation des produits :

- en créant une demande éclairée et volontaire en matière de produits de santé et de services ;
- en aidant les prestataires de soins et les clients à interagir de manière efficace ;

- en faisant évoluer les normes culturelles et sociales susceptibles d'avoir une incidence sur les comportements collectifs et individuels relatifs à l'utilisation du produit ;
- en encourageant l'utilisation appropriée des produits aussi bien par les individus que par les prestataires de services.

Pour être plus efficaces, les efforts de création de la demande doivent s'accompagner d'initiatives visant à améliorer la logistique et développer les services, augmenter l'accès aux produits et former et équiper les prestataires afin de répondre à la demande croissante en produits et/ou services. Sans ces améliorations conjointes, le public visé risque de se décourager, ce qui entraînera alors une nouvelle diminution de la demande. Il est donc fortement recommandé de coordonner et de collaborer avec les partenaires qui conviennent pour mettre en place des programmes et des stratégies de communication permettant de générer la demande.

Quel est le public concerné par les programmes de création de la demande pour les 13 produits d'urgence ?

Pour réduire la morbidité et la mortalité infantile et maternelle en augmentant la demande et l'utilisation des produits de SINMR, il est indispensable d'obtenir la pleine collaboration des ménages, communautés et sociétés y compris les mères, les pères et autres membres de la famille, les agents de santé travaillant dans la structure et la communauté, les leaders et les décideurs. Certains produits sont plus particulièrement destinés aux prestataires en termes de demande et d'utilisation. Cependant, tout dépend des soins recherchés par les femmes et les familles.

Figure 2 : Publics concernés par la création de la demande

Pour les prestataires	Prestataire et utilisateur final
<input type="checkbox"/> Oxytocine	<input type="checkbox"/> Préservatifs féminins
<input type="checkbox"/> Sulfate de magnésium	<input type="checkbox"/> Implants
<input type="checkbox"/> Antibiotiques injectables	<input type="checkbox"/> Contraception d'urgence
<input type="checkbox"/> Corticoïdes prénataux	<input type="checkbox"/> Misoprostol
<input type="checkbox"/> Matériel de réanimation	<input type="checkbox"/> Chlorhexidine
<input type="checkbox"/> Amoxicilline	<input type="checkbox"/> SRO
	<input type="checkbox"/> Zinc



Définitions et concepts fondamentaux de la création de la demande

Communication pour le changement social et comportemental (CCSC). La CCSC stimule et facilite le changement de comportement et soutient l'élargissement du changement social afin d'améliorer les résultats sanitaires. La CCSC s'inspire d'une théorie écologique globale qui intègre le changement individuel au changement familial, communautaire, environnemental et structurel. Une approche stratégique fondée sur la CCSC permet d'analyser un problème donné selon un processus systématique afin de définir les principaux obstacles et facteurs de motivation du changement, puis de concevoir un ensemble complet et intégré d'interventions visant à soutenir et encourager les comportements positifs. Une stratégie de communication permet de concevoir les interventions et les campagnes de CCSC en assurant la définition des objectifs de communication, l'identification des publics visés et l'élaboration de messages cohérents pour l'ensemble du matériel et des activités.

Marketing social (MS). Le MS a pour objectif de développer et d'intégrer des concepts de marketing (produit, prix, lieu et promotion) à d'autres approches pour influencer les comportements présentant un avantage pour les individus aussi bien que pour les communautés, et ceci dans l'intérêt de la société. (http://socialmarketing.blogs.com/r_craigi_lefebvres_social/2013/10/a-consensus-definition-of-social-marketing.html [en anglais])

Réseaux et approches

Plaidoyer. Les processus de plaidoyer interviennent au niveau individuel, social et politique. Ils ont pour objectif de mobiliser les ressources ainsi que l'engagement social et politique afin de favoriser des changements politiques et/ou sociaux. Le plaidoyer vise à créer un environnement permettant d'encourager l'attribution de ressources équitables et de supprimer les obstacles à l'intégration de la politique.

Mobilisation communautaire. La mobilisation communautaire est un processus de développement des capacités grâce auquel les individus, groupes ou organismes peuvent concevoir, réaliser et évaluer des activités sur une base participative et durable. Une mobilisation communautaire réussie permet de résoudre les problèmes au niveau communautaire en augmentant la capacité des communautés à identifier et à répondre avec succès à leurs besoins.

Éducation par le divertissement. L'ED est une stratégie ou un processus de communication reposant sur des données scientifiques. Il s'agit de concevoir et de mettre en œuvre des programmes pédagogiques délibérément ludiques qui retiennent l'attention du public afin d'informer sur un problème social, de favoriser l'ouverture d'esprit, de modifier les normes sociales et de changer les comportements.

Technologies de l'information et de la communication (TIC). Les TIC font référence aux technologies électroniques et numériques qui favorisent la communication et l'échange interactif de l'information. Les TIC recouvrent différents types de médias, dont les téléphones portables et les smartphones, les SMS et les médias sociaux comme Facebook et Twitter.

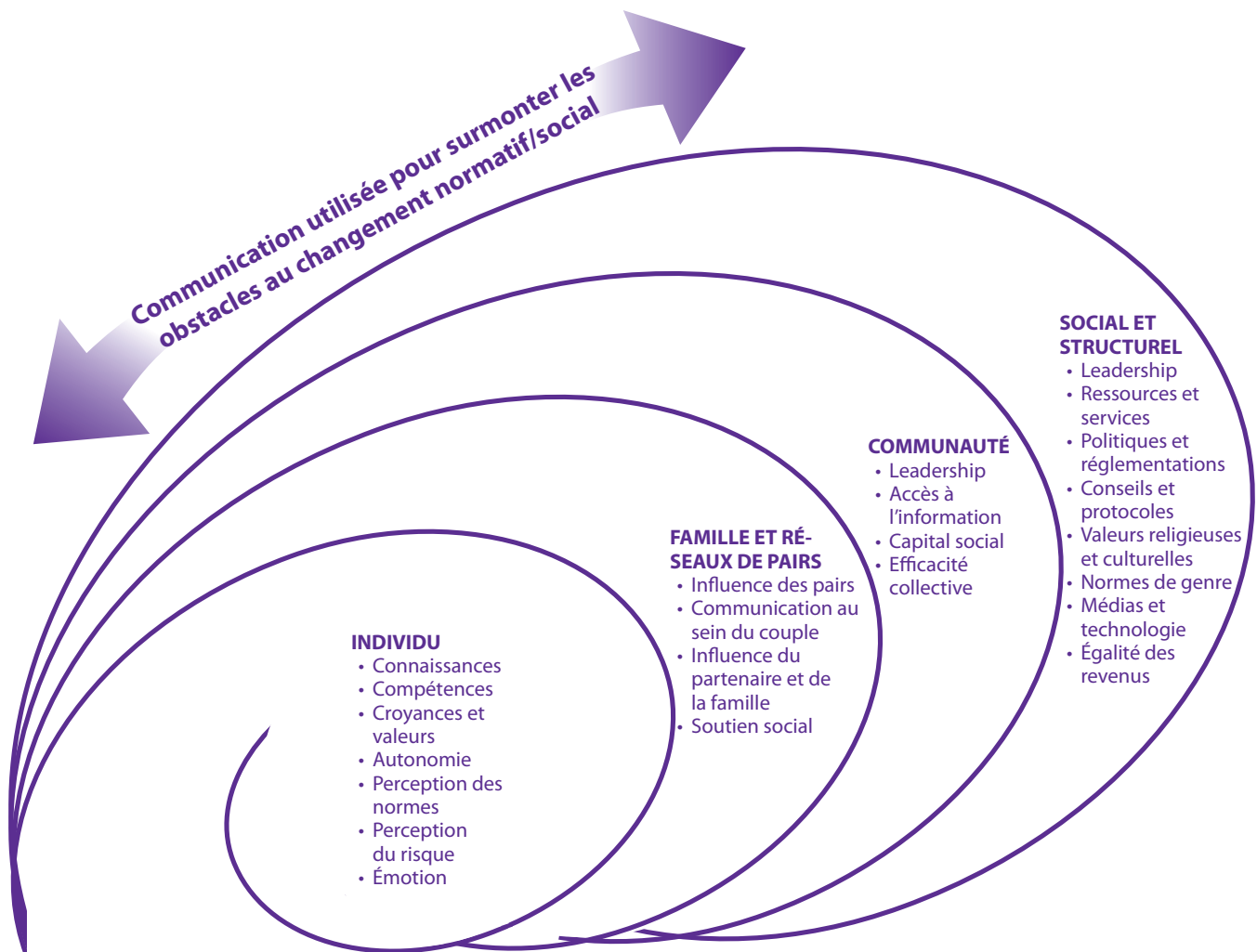
Communication interpersonnelle (CIP). La CIP se base sur une communication à deux, comme par exemple la communication parent-enfant, pair à pair, conseiller-client ou la communication avec un responsable communautaire ou religieux.

Médias de masse et traditionnels. Les médias touchent les publics via la radio, la télévision et la presse écrite. Les médias traditionnels sont en général intégrés dans la communauté et proposent des spectacles de théâtre, de marionnettes, de musique et de danse. Une campagne dans les médias conçue et menée de manière efficace peut avoir un effet significatif sur les comportements, les attitudes, les croyances et les connaissances en matière de santé.

Cadre conceptuel

Cette stratégie repose sur le cadre socio-écologique. Dans ce modèle, les comportements associés à la demande de soins et de traitement s'inscrivent dans un réseau complexe d'influences socio-culturelles et les individus font partie d'un système de relations socio-culturelles (familles, réseaux sociaux, communautés, nations) influencées par leur environnement physique et influençant celui-ci (Bronfenbrenner, 1979 ; Kincaid, Figueroa, Storey et Underwood, 2007). Dans ce cadre conceptuel,

les décisions et comportements des individus en matière d'augmentation de la demande et de l'utilisation sont supposés dépendre de leurs propres caractéristiques, ainsi que de leur contexte socio-environnemental. L'application de ce modèle à chaque étape de l'élaboration de la stratégie de communication permet de s'assurer que tous les déterminants comportementaux sont pris en compte et effectivement traités.



Stratégie de communication adaptable : structure et conseils



Cette stratégie présente un processus en six étapes visant à orienter l'adaptation nationale en fonction de l'analyse de la situation locale et de la recherche formative :



L'explication de chaque étape est donnée ci-après. La section qui suit fournit un exemple illustrant chacune des étapes.

Qui doit participer à l'élaboration d'une stratégie ?

L'élaboration d'une stratégie de communication implique généralement de convoquer les différentes parties prenantes, dans l'idéal des représentants du gouvernement, des experts médicaux, des spécialistes du marketing ou de la communication et des membres des publics visés, pour étudier les données existantes, évaluer les principaux publics et mettre au point les messages et les canaux de communication adéquats. Des représentants du secteur privé peuvent également faire partie des acteurs dans l'optique de constituer des partenariats public-privé, pouvant éventuellement renforcer un programme de création de la demande en fonction des besoins et des opportunités spécifiques à un pays.

Étape 1 : Analyser la situation

Qu'est-ce qu'une analyse de situation ?

L'objectif d'une analyse de situation est de mieux comprendre les difficultés et les obstacles d'un contexte spécifique influençant la demande et l'utilisation actuelles d'un produit SINMR prioritaire. Elle comprend notamment les personnes affectées et la perception de leurs besoins, les normes socio-culturelles, les contraintes et les facteurs favorables potentiels du changement individuel et collectif, ainsi que l'accès et l'utilisation des médias par les publics

visés. Elle évalue également le statut du produit d'importance vitale, notamment les politiques, les réglementations, la fabrication, les prix, les chaînes d'approvisionnement, la disponibilité, le niveau de connaissance (prestataire et utilisateur final) et le niveau d'utilisation (prestataire et utilisateur final). En résumé, l'analyse de situation répond à la question : « Où en sommes-nous ? »

L'analyse de situation doit également étudier les attitudes, valeurs, intérêts, aspirations et styles de vie des publics visés. Ces informations, dites psychographiques, favorisent une meilleure compréhension des motivations et freins aux décisions et actions des publics visés. Les données psychographiques définissent les publics visés de manière plus précise que les informations démographiques (sexe, âge, éducation, parité, etc.) et permettent de dresser un portrait plus complet de ceux-ci en tant qu'individus, de la manière dont ils s'inscrivent dans leur communauté et dont celle-ci les influence.

Pour quelles raisons mener une analyse de situation ?

Une analyse complète de la situation est essentielle, dans la mesure où elle fournit une représentation détaillée de l'état actuel du produit, des besoins et des obstacles qui permettront de prendre des décisions en matière de conception et de mise en œuvre de la stratégie, ce qui a, au final, un impact sur le niveau de réussite en matière de création de la demande et d'utilisation.

Comment mener une analyse de situation ?

Comme cela a été dit précédemment, la réalisation d'une analyse de situation implique généralement de convoquer les différents acteurs afin d'évaluer les données existantes et d'identifier les informations les plus importantes. Une synthèse globale des données probantes portant sur chacun des 13 produits sous-utilisés peut fournir une vision globale des informations disponibles et des leçons qui ont été tirées dans les autres pays (disponible en anglais à l'adresse <http://sbccimplementationkits.org/demandrnmch/evidence-synthesis>). Pour des données secondaires spécifiques à un pays, on pourra consulter des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) (<http://www.measuredhs.com/>), des enquêtes à indicateurs multiples (MICS) (http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html), les recherches quantitatives et qualitatives menées par les ONG ou des études de marché du secteur privé, le cas échéant, comme Nielsen (<http://www.nielsen.com/us/en.html>). Les directives et politiques SINMR peuvent également aider à analyser la situation.

Si les données existantes, notamment psychographiques et sur les moteurs sociaux et comportementaux, sur les publics visés sont insuffisantes, obsolètes ou pas assez approfondies, il pourrait être nécessaire de mener une recherche formative primaire supplémentaire sous la forme de groupes de discussion, d'entretiens ou de visites informelles dans les communautés et les foyers. Concernant les publics prestataires, il peut être particulièrement important de mener une recherche formative sur leurs attitudes et autres moteurs comportementaux. De même, pour tous les publics (prestataires et utilisateurs finaux), il peut être particulièrement important de mener une recherche formative pour obtenir des données psychographiques réalistes.

Quelles sont les questions essentielles ?

L'analyse de situation comporte deux sections principales :

- État de la santé et des produits
- Analyse du public et de la communication

État de la santé et des produits

Voici un exemple de questions à poser dans le cadre d'une analyse de l'état de la santé et du produit, qui s'applique aux PCU :

- Quelle est la prévalence de l'utilisation de contraceptifs ?
- Quelles sont les méthodes de contraception utilisées ?
- Quels sont les besoins en contraception non satisfaits ?

- Combien de grossesses sont non souhaitées ?
- Combien de grossesses aboutissent à des avortements ou des naissances non désirées ?
- Combien d'avortements à risque sont pratiqués dans le pays (selon les estimations) ?
- Combien de grossesses résultent d'un échec de la contraception ?
- Quelles sont les caractéristiques sociodémographiques des femmes ayant des grossesses non souhaitées ?
- Quelles sont les caractéristiques sociodémographiques de la jeune population (15–24 ans) et quelles sont les méthodes contraceptives les plus utilisées par cette population ?
- Les méthodes contraceptives d'urgence sont-elles homologuées dans le pays ? Quelles en sont les marques (formulation, conditionnement) ? Le cas échéant, quelles sont celles répertoriées dans la liste des médicaments essentiels ? Si elles ne sont pas homologuées dans le pays, quel est le processus à suivre pour leur homologation (par ex. délai, exigences) ?
- Existe-t-il un fabricant régional ou local ?
- De quelles réglementations ou politiques dépendent l'approvisionnement, la distribution et la disponibilité des méthodes de contraception ? De quelle façon peuvent-elles affecter la demande ?
- Comment est financé l'approvisionnement en PCU ?
- Quel est le prix des PCU dans le secteur privé et le secteur public ? Quels sont les coûts des services associés à la consultation et à l'administration de PCU ?
- Quelle est la disponibilité des PCU par région/sous-région ?
- Quels sont les modèles d'utilisation des PCU sur les 5 à 10 dernières années (augmentation, diminution, maintien) ?
- Quelle est la proportion de structures sanitaires du secteur privé par rapport aux structures sanitaires du secteur public disposant de PCU par région/sous-région ?
- Quel niveau de prestataire (médecin, infirmier(ère), sage-femme, etc.) est autorisé à prescrire, administrer et/ou recommander les PCU ?

Analyse du public et de la communication

Voici un exemple de questions à poser dans le cadre d'une analyse du public et de la communication :

Connaissances et attitudes

- Quelle proportion de femmes a utilisé des PCU ?
- Quelle est la proportion de prestataires, de femmes, d'hommes et d'autres publics qui connaissent les PCU ?
- Quelle est la proportion de prestataires, de femmes, d'hommes et d'autres publics qui ont une connaissance précise des PCU ?

- Quelles sont les avantages d'utilisation des PCU perçus par les prestataires, les femmes, leurs partenaires et d'autres publics d'influence ?
- Quelles sont les barrières perçues à l'accès et à l'utilisation des PCU pour les prestataires, les femmes et leurs partenaires ?
- Existe-t-il des idées fausses ou des informations erronées courantes sur les PCU ?

Considérations normatives et structurelles

- Quelles sont les normes de genre dans le pays chez les couples, mariés ou non, et comment influencent-elles l'utilisation de la contraception ?
- Quelle est l'incidence de la violence basée sur le genre (VBG) dans le pays ? Existe-t-il des zones spécifiques d'agitation sociale susceptibles d'accroître la probabilité de survenue des VBG et des viols ? Quel type d'aide est offert aux victimes de VBG ? Des conseils à la suite de violences sont-ils proposés aux victimes d'agression sexuelle ? Ces conseils abordent-ils l'utilisation des PCU ?
- Dans quelles circonstances est-il acceptable d'utiliser les PCU ? Dans quelles circonstances n'est-ce pas acceptable ?
- Comment le niveau de revenu affecte-t-il l'utilisation des PCU ? Les femmes et les couples les plus pauvres ont-ils accès à l'information et au produit ?
- Existe-t-il des réglementations en vigueur limitant l'accès aux PCU pour des populations spécifiques ?
- Qui sont les intervenants, les acteurs clés et les « protecteurs » qui ont une incidence sur la demande et l'utilisation des PCU ?
- Comment ces intervenants, acteurs clés et « protecteurs » influencent-ils la demande et l'utilisation des PCU ?

Prestation de service

- Existe-t-il des recommandations cliniques et des conseils disponibles à tous les niveaux du système de santé ?
- Les directives nationales de consultation incluent-elles des protections afin de garantir que les décisions liées aux PCU sont à la fois éclairées et volontaires ?
- Les directives de consultation fournissent-elles des informations adéquates sur les PCU, notamment sur leurs effets secondaires et leur utilisation ?
- Les documents de formation préalable et sur site abordent-ils correctement les PCU ?
- Les prestataires communiquent-ils à leurs clients, y compris les adolescentes et les femmes non mariées, des informations exactes et appropriées sur le produit ?
- Les prestataires proposent-ils à leurs clients, y compris les adolescentes et les femmes non mariées, des PCU comme possibilité de mesure contraceptive ?

- Quels sont les principaux problèmes rencontrés par les prestataires en matière de distribution des PCU ? Quels sont les problèmes auxquels sont généralement confrontés les prestataires en matière de distribution des PCU ?
- Les PCU sont-elles systématiquement disponibles dans les contextes de crise ? Les intervenants en contextes de crise sont-ils formés pour fournir ces PCU ?
- Quels sont les obstacles et avantages perçus de l'accès au service de PCU dans le secteur privé comparé au secteur public ?
- Les prestataires ont-ils les compétences nécessaires pour conseiller, prescrire et/ou administrer les PCU ?
- Dans quelle mesure les PCU sont-elles intégrées à d'autres programmes de planification familiale ?

Médias et communication

- Les couples discutent-ils de l'utilisation des PCU ou d'autres méthodes contraceptives ?
- Par quels canaux (médias et communication interpersonnelle) les prestataires, les femmes et leurs partenaires préfèrent-ils recevoir des informations médicales ?
- Quels canaux peuvent transmettre le niveau de communication permettant d'accroître les connaissances sur la contraception d'urgence et la demande de PCU ?
- Quels sont les matériels et programmes de communication existants sur les PCU ?
- Quelle est la capacité technique et organisationnelle des médias partenaires ?

Données psychographiques

- À quoi les prestataires, les femmes et leurs partenaires accordent-ils de l'importance ? Quelles sont leurs croyances fondamentales ?
- Quels sont les personnes et les éléments qui influencent les décisions et les comportements des prestataires, des femmes et de leurs partenaires ?
- Quels sont les rêves des prestataires, des femmes et de leurs partenaires ? Quelles sont leurs aspirations dans la vie ?
- Quelles sont les plus grandes craintes des prestataires, des femmes et de leurs partenaires ? Quelles sont les peurs qui les empêchent de dormir la nuit ?
- Quelles sont les occupations quotidiennes des prestataires, des femmes et de leurs partenaires ? Où se déplacent-ils ? Que font-ils ? Quels sont leurs loisirs et leurs habitudes ?
- Comment les prestataires, les femmes et leurs partenaires se perçoivent-ils ? Comment souhaitent-ils être perçus ?

Comment utiliser l'analyse de situation

Au terme de l'analyse de situation, les gestionnaires de programme doivent être en mesure d'utiliser les données pour identifier les principales implications et obstacles. Pour quelles raisons les PCU ne sont-elles pas utilisées ? Que pensent les utilisateurs potentiels (utilisateur final, prestataires de soins et éducateurs sanitaires) de ce produit ? Enfin, il convient de choisir quelques facteurs essentiels sur lesquels portera la stratégie de création de la

demande. S'il est tentant de traiter tous les facteurs, les programmes de communication seront plus efficaces s'ils se concentrent sur les quelques facteurs ayant la plus grande influence compte tenu des ressources disponibles.

Il peut être utile d'organiser les informations recueillies, afin de dégager les informations les plus importantes, sous forme de tableau simple classé en fonction du public visé, comme ci-dessous.

	Comportements actuels	Principaux obstacles au comportement souhaité	Principaux avantages du comportement souhaité
Utilisateur final/membres de la communauté (par ex., femmes, hommes, soignants)			
Prestataires (y compris publics et privés, cliniques et à base communautaire)			

Afin de maintenir un cap pratique tout au long de l'élaboration de la stratégie, il peut également s'avérer utile de synthétiser les implications de ces informations. Le service Global Social Marketing de

Population Services International propose les questions suivantes pour orienter l'élaboration d'une analyse de situation et le choix de priorités stratégiques à traiter par la stratégie de création de la demande :

Quoi ?	Dans quel but ?	Et ensuite ?
Recueil de données : principaux faits recueillis au cours de l'analyse de situation.	Analyse de données : possibles implications de ces faits sur les stratégies de création de la demande.	Priorités stratégiques : identifier les implications à retenir dans la stratégie de création de la demande. Se limiter à trois ou cinq priorités stratégiques afin d'orienter le plan.
Exemple du Bénin :		
Le soutien du partenaire masculin influence considérablement l'utilisation de la planification familiale. En 2007, les données PSI ont révélé que seulement 34 % des personnes n'utilisant pas de méthode de planification familiale échangeaient avec leur partenaire masculin sur la planification familiale, contre 68 % des utilisatrices actuelles.	À ce jour, les interventions de planification familiale se sont essentiellement intéressées aux femmes, considérant que les partenaires masculins constituaient un public secondaire. La prévalence de l'utilisation de contraceptifs est donc restée très faible, entre 6 et 7 %. Il est nécessaire de changer d'approche.	Considérer les hommes en tant que public principal plutôt que secondaire est devenu une priorité stratégique.
Exemple pour les PCU :		
Dans le cadre d'une étude datant de 2011, la proportion de grossesses non planifiées ou non désirées dans 20 pays d'Afrique subsaharienne était comprise entre 5 % et 30 % entre 2002 et 2011. 34 % de l'ensemble des grossesses de ces pays ont abouti à une naissance non souhaitée ou à un avortement provoqué. Une naissance non souhaitée sur trois résultait d'un échec de la contraception.	Le besoin en contraception est largement insatisfait et certaines femmes présentent plus de risque de subir une grossesse non souhaitée que d'autres. Ces femmes incluent les jeunes femmes non mariées et les adolescentes, les femmes courant un risque de violence domestique et de violence basée sur le genre, et les femmes utilisant des préservatifs ou des méthodes traditionnelles comme principale méthode de contraception, ainsi que les femmes se trouvant dans des situations instables ou des situations de crise.	La présentation des PCU comme plan de secours permettant d'éviter un avortement et des grossesses non désirées après des rapports sexuels est devenue une priorité stratégique. Il convient d'accorder la priorité à des publics d'utilisatrices finales très spécifiques pour les PCU, en fonction non seulement du groupe d'âge mais aussi des situations domestiques ou de vie.

Source : Population Services International, s.d. *The DELTA companion: Marketing planning made easy (Le plan de marketing facile - en anglais)*. (http://www.psi.org/sites/default/files/publication_files/DELTA%20Companion.pdf)

Étape 2 : Définir une vision

La vision détermine une stratégie de communication en établissant les objectifs du programme. L'énoncé d'une vision présente l'orientation d'une stratégie et définit de façon claire et succincte l'incidence des activités de création de la demande sur le contexte général du produit et de la santé. La vision doit dépendre la représentation mentale d'un scénario envisagé pour l'avenir.

Elle doit être acceptée par les parties prenantes impliquées dans le processus de conception stratégique et donc, « partagée » par tous. Celle-

ci prend la forme d'un énoncé rapide qui articule les aspects importants, illustre les volontés futures concernant le produit après la mise en œuvre réussie de la stratégie de création de la demande et clarifie l'objectif de la stratégie de création de la demande. La vision partagée garantit que toutes les parties prenantes travaillent dans la même direction et oriente la conception stratégique et le processus de développement.

En outre, une véritable vision doit être réaliste, concrète et réalisable en fonction des ressources disponibles. La vision doit également communiquer l'enthousiasme, susciter l'inspiration et encourager l'implication

et l'engagement des parties prenantes dans cet objectif partagé.

Certaines organisations parlent d'« objectif » ou d'« objectif principal ».

Voici un exemple d'énoncé de vision pour la pilule contraceptive d'urgence :

Les femmes en âge de procréer, y compris les adolescentes, sont sensibilisées aux PCU, informées sur la question et ont la possibilité d'y accéder facilement quand elles en ont besoin, à un prix abordable - en cas d'échec de la méthode de contraception, de rapports sexuels non protégés ou d'agression sexuelle.

Étape 3 : Choisir le public visé

Segmentation du public

La segmentation est le processus d'identification de groupes uniques de personnes, au sein de plus vastes populations, qui partagent des intérêts et besoins similaires concernant le produit. Si le groupe partage des attributs communs, les membres auront davantage tendance à répondre de la même manière à une stratégie donnée de création de la demande.

La segmentation permet un usage ciblé des ressources limitées aux populations qui seraient le plus affectées par une augmentation de la demande. Elle garantit que les activités élaborées et mises en place sont les plus efficaces et les mieux adaptées à des publics spécifiques, se concentrant sur des messages et des supports personnalisés.

À partir des principaux résultats de l'analyse de situation, la première étape de segmentation consiste à répondre à la question, « Quels comportements doivent changer pour accroître la demande et l'usage

adapté de ce produit ? » La segmentation initiale repose souvent sur des données démographiques, comme l'âge, le sexe, le statut marital, le niveau d'éducation, le statut socio-économique, l'emploi et la résidence (urbaine/rurale). Les publics peuvent être resegmentés par données psychographiques : personnalité, valeurs, attitudes, intérêts et style de vie.

Les publics principaux sont les cibles à viser dans les messages. Il peut s'agir des personnes directement concernées et qui bénéficieraient directement de l'utilisation du produit. Ou bien des personnes susceptibles de prendre des décisions au nom de celles qui bénéficieraient directement de l'utilisation du produit. Les publics principaux peuvent ensuite être resegmentés en sous-catégories. Par exemple, en identifiant les segments spécifiques de femmes en âge de procréer qui partagent certains attributs, tels que les jeunes femmes non mariées, les femmes mariées ou les femmes ayant eu de nombreux accouchements.

Les publics d'influence sont ceux capables d'influencer ou d'orienter, de manière directe ou indirecte, les connaissances et les comportements des publics principaux. Les publics d'influence peuvent inclure les membres de la famille et de la communauté, tels que les leaders communautaires, ainsi que les personnes qui définissent les normes sociales, influencent les politiques ou l'opinion de la population sur le produit. La hiérarchisation des publics d'influence par leur capacité d'influence estimée liée à la croissance de la demande et de la prise du produit est fondamentale. Par exemple, les partenaires masculins représentent un public d'influence potentiel, mais leur niveau d'influence (faible, modéré, élevé) peut dépendre du contexte local et/ou du produit, et doit être abordé avec les parties prenantes. La création d'un tableau du type de celui ci-dessous peut être utile pour hiérarchiser les publics d'influence.

	Principal public influencé	Pouvoir d'influence estimé (faible, modéré, fort)	Attitude envers les PCU ou des produits similaires
Public d'influence 1			
Public d'influence 2			

Les publics principaux ou d'influence pour la création de la demande peuvent également inclure des décideurs nationaux, régionaux ou communautaires, tels que des législateurs et leaders religieux, car ils jouent un rôle déterminant dans la levée ou la création de barrières à l'accès au produit ou dans la propagation de croyances erronées sur le produit.

L'implication des décideurs et des personnalités influentes dans le domaine politique et des médias ainsi qu'une attention particulière accordée aux environnements juridique et politique sont essentielles pour garantir que les efforts de création de la demande ne soient pas freinés par des barrières politiques et sociales. *Scaling Up Lifesaving Commodities for Women, Children, and Newborns : An Advocacy Toolkit (Sensibilisation aux produits d'urgence pour les femmes, les enfants et les nouveau-nés : kit d'outils de plaidoyer - [en anglais])* (<http://www.path.org/publications/detail.php?i=2381>) fournit des ressources pour favoriser la prise de conscience et enjoindre les parties prenantes à combler les lacunes politiques concernant le produit. Ainsi, les publics plaidoyers ne font pas partie de cette stratégie de communication.

Création des profils de public

Les profils de public sont la pierre angulaire d'une stratégie de communication. En premier lieu, ils permettent d'individualiser et de personnaliser chaque segment, pour ensuite orienter les messages et la planification des activités. Le profil doit incarner les caractéristiques du public spécifique, plus particulièrement l'histoire d'un individu imaginé au sein d'un groupe susceptible de représenter le public visé de manière neutre. La prise de décisions à partir d'un exemple représentatif et personnalisé d'un segment plutôt que d'un ensemble de statistiques ou d'une masse anonyme permet une connaissance plus intime de celui-ci et des stratégies de communication mieux définies et orientées. Par conséquent, le profil est important pour garantir l'adaptation du message aux membres du groupe sélectionné, afin d'avoir un écho et de les inciter à agir.

Les profils de public sont élaborés pour chaque segment à partir des informations recueillies au cours de l'analyse de situation. Le profil est constitué d'un paragraphe comprenant les données psychographiques détaillées telles que les actuels comportements, motivations, émotions, valeurs et attitudes, les sources d'information privilégiées et l'accès aux canaux de communication, ainsi que des informations sociodémographiques telles que l'âge, le niveau de revenu, la religion, le sexe et le lieu de

résidence. Le profil doit illustrer les principaux obstacles au comportement souhaité liés au segment concerné. Il peut inclure le nom de cet individu, ou une photo permettant de le visualiser, et raconter son histoire. Il est important de ne pas oublier :

1. Les profils de public sont tous différents car il n'est pas toujours possible de disposer des mêmes données pour chaque segment de public.
2. Les meilleurs profils reposent sur une recherche qualitative.
3. Le profil doit être un « document vivant », régulièrement actualisé lorsque de nouvelles informations sont disponibles.

Si les informations réunies lors de l'analyse de situation sont insuffisantes pour un segment, des recherches complémentaires peuvent être menées pour combler les lacunes identifiées. Par exemple, concernant les publics prestataires, il peut être particulièrement important de mener une recherche formative sur leurs attitudes et les autres moteurs comportementaux susceptibles d'être utilisés pour mieux renseigner le profil du public et la conception stratégique.

Étape 4 : Définir la stratégie des messages (objectifs, positionnement et messages clés)

La stratégie de conception des messages est l'un des éléments les plus importants d'une stratégie de communication. Elle oriente le reste du programme, assure la synergie, la cohérence et la coordination des objectifs partagés et garantit la clarté et l'harmonisation des messages entre tous les partenaires et parties prenantes. Une stratégie de conception du message pour chaque public principal et d'influence inclut : (a) des objectifs de communication, (b) un positionnement et (c) des messages clés. Comme cela a été dit précédemment, les profils de public permettent de déterminer si les objectifs, le positionnement et les messages clés sont adaptés ou non à ces individus.

(a) Objectifs

Les objectifs de communication sont des déclarations mesurables claires et concises de ce que le public visé doit savoir (penser), croire (ressentir) et faire (agir), ainsi que les délais requis pour le changement. Les objectifs « SMART » sont Spécifiques, Mesurables, réaliables, pertinents et Temporellement limités. Les objectifs de communication doivent découler

de preuves disponibles sur les facteurs qui entraînent ou freinent l'adoption par les utilisateurs cibles et les publics d'influence.

(b) Positionnement

Le positionnement est au cœur de la stratégie de création de la demande et identifie les avantages les plus convaincants et spécifiques que le produit offre au public visé. Il constitue souvent l'accroche émotionnelle sur laquelle repose la stratégie de création de la demande. Un positionnement efficace va au-delà des avantages fonctionnels du produit et interpelle le public visé sur les avantages émotionnels.

Il présente le comportement souhaité de façon à la fois persuasive et séduisante pour le public visé. Il donne une direction pour développer une identité marquante, définit l'élaboration des messages et permet de déterminer les canaux de communication à utiliser. Le positionnement garantit un message cohérent et toutes les activités planifiées se renforcent mutuellement, créant ainsi un effet cumulatif.

Partie intégrante du positionnement, une **promesse clé** soulignant les principaux avantages associés au changement proposé est identifiée. Les changements de comportement, de politique et de normes sociales sont obligatoirement liés à la perception d'un avantage. L'avantage doit l'emporter sur le coût personnel du changement.

Un **support de promesse** associé, ou « reason to believe » en langage marketing, décrit les raisons pour lesquelles le public doit croire en la promesse. Il peut reposer sur des données, des témoignages de pairs, la déclaration d'une source fiable ou une démonstration. La promesse clé et le support de promesse doivent respecter un équilibre entre émotion et raison.

(c) Messages clés

Les messages clés résument les informations essentielles transmises aux publics dans l'ensemble des documents et des activités. Les messages dépassent les canaux et doivent se renforcer réciproquement à travers ceux-ci. Lorsque toutes les approches communiquent des messages clés itératifs et harmonisés, leur efficacité augmente.

Des messages bien conçus s'adressent spécifiquement au public d'intérêt et reflètent clairement un déterminant et un positionnement comportementaux spécifiques. En outre, ils décrivent clairement le comportement souhaité, qui doit être « reproductible » pour le public. Les messages clés ne sont ni les textes des documents imprimés (accroches) ni les mots généralement utilisés pour définir une campagne (slogans). Des professionnels de la communication sont souvent embauchés pour traduire les messages clés en briefing de création, document destiné aux agences de communication créative ou aux équipes internes qui oriente le matériel de communication ou les prestations médiatiques, notamment les accroches et les slogans.

Les messages clés doivent toujours être :

- Développés à partir d'une recherche formative locale ;
- Issus de choix propres au contexte et stratégiques en matière de segmentation, de cible et de positionnement ;
- Orientés vers les moteurs et obstacles connus au changement de comportement dans le contexte local ;
- Prétestés auprès du public visé et affinés en fonction de son implication.

Étape 5 : Déterminer les activités et interventions

Les activités et interventions permettent la communication des messages clés via plusieurs approches et canaux de communication. Il est préférable que le choix des messages et des médias (canaux médiatiques) relève d'un travail collaboratif afin que les informations soient correctement transmises aux publics visés. Les activités doivent être soigneusement sélectionnées en fonction du type de message, de la capacité à toucher le public visé par une grande diversité de médias/canaux, mais également de délais du projet, de coûts associés et de ressources disponibles.

Il est utile de se reporter aux résultats de l'analyse de la situation afin d'orienter le choix des activités et interventions. *A Theory-based Framework for Media Selection in Demand Generation Programs (Cadre théorique pour le choix des médias dans les programmes*

de création de la demande) (<http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/media-selection> [en anglais]) est un outil d'aide au choix des médias reposant sur la théorie de la communication. Le tableau 1 présente une synthèse des types d'approches stratégiques possibles. Tout programme de création de la demande doit intégrer des activités dans un ensemble de zones d'intervention et de canaux de communication, communiquant des messages se renforçant mutuellement.

Il est également important de prendre en compte les liens avec des programmes et systèmes nouveaux ou existants, aussi bien liés directement à la demande que plus indirectement, mais avec un impact sur la demande ou la capacité d'être utilisé pour améliorer l'efficacité. Voici des exemples de domaines potentiels pour tisser des liens avec lesquels concevoir un programme de création de la demande pour les PCU :

- Autres programmes de planification familiale qui n'incluent pas les PCU dans les méthodes de contraception.
 - Initiatives d'amélioration de la qualité des soins dispensés par les prestataires de services/les structures sanitaires.
 - Formation initiale et formation continue existante ou initiatives de formation continue en interne pour les prestataires en milieu hospitalier et non hospitalier.
 - Portefeuille existant de services proposés et de canaux utilisés par des prestataires non cliniciens.
 - Consultation et soins aux victimes de viol — notamment les forces de police, les salles d'urgence des hôpitaux, les camps de réfugiés et les programmes de gestion de crise.
- Programmes de santé destinés aux adolescents.
 - Gestion de la chaîne d'approvisionnement et définition du marché.
 - Approches du secteur privé [Pour un guide sur les PPP pour la création de la demande, consultez *The Guide to Public-Private Partnerships in Increasing the Demand for RMNCH Commodities* (Guide des partenariats public-privé axés sur l'augmentation de la demande de produits de SINMR, (disponible à <http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/public-private-partnerships>) ; pour la chaîne d'approvisionnement, voir *Private Sector Engagement Toolkit* (Kit d'outils d'engagement du secteur privé, disponible à http://www.everywomaneverychild.org/images/content/life-saving-commodities/Private_sector_engagement_A_%20toolkit_for_Supply_Chains_in_the_Modern_Context.pdf).
 - Programmes non associés à la planification familiale, tels que les programmes de vaccination, de soins prénataux/soins postnataux, etc., pour la dispense de conseils ou la distribution de documents, aussi bien au niveau de la structure de santé que de la communauté.
 - Programmes intersectoriels, par ex., pour l'éducation, la sécurité, l'autonomisation économique, les transports.

Tableau 1 : Aperçu des approches stratégiques qui peuvent être utilisées pour la création de la demande

Plaidoyer : plaidoyer intervient au niveau individuel, social et politique. Il a pour objectif de mobiliser les ressources ainsi que l'engagement social et politique en faveur de changements sociaux et/ou politiques. Le plaidoyer vise à créer un environnement propice à tous les niveaux, notamment communautaire – par ex., approbation par le gouvernement traditionnel ou les autorités religieuses locales – pour demander plus de moyens, encourager la répartition équitable des ressources ainsi que l'élimination des obstacles à la mise en œuvre des politiques. *Scaling Up Lifesaving Commodities for Women, Children, and Newborns: An Advocacy Toolkit (Sensibilisation aux produits d'urgence pour les femmes, les enfants et les nouveau-nés : un kit d'outils de plaidoyer - en anglais)* fournit des ressources pour utiliser la plateforme de la Commission destinée à favoriser la sensibilisation et enjoindre les parties prenantes à combler les lacunes politiques concernant le produit. Consultez le site <http://www.path.org/publications/detail.php?i=2381>.

Médias communautaires : les médias communautaires atteignent les communautés par l'intermédiaire de points de diffusion établis localement. Ces points de diffusion comprennent des stations de radio locales et des bulletins/journaux communautaires, ainsi que des activités, telles que des rassemblements, réunions publiques, représentations folkloriques et événements sportifs.

Mobilisation communautaire : la mobilisation communautaire est un processus de développement des capacités grâce auquel des individus, groupes ou organisations au niveau communautaire peuvent planifier, mener à bien et évaluer des activités sur une base participative et durable afin d'améliorer leurs vies, de leur propre initiative ou stimulés par d'autres. Un effort de mobilisation communautaire réussi permet non seulement de résoudre les problèmes mais également d'accroître la capacité de la communauté à identifier et à répondre avec succès à ses propres besoins. Pour obtenir des conseils sur la mobilisation communautaire, consultez *How to Mobilize Communities for Health and Social Change* (Comment mobiliser les communautés au changement social et en matière de santé, Howard-Grabman & Snetro, 2003), disponible sur http://www.jhuccp.org/resource_center/publications/field_guides_tools/how-mobilize-communities-health-and-social-change-20.

Conseil : le conseil est basé sur la communication à deux et se fait souvent avec un communicateur de confiance et influent tel qu'un conseiller, un enseignant ou un prestataire de soins de santé. Les outils de conseil ou de travail sont aussi généralement produits pour aider les clients et les conseillers à améliorer leurs interactions, grâce à des prestataires de services formés à l'utilisation de ces outils.

Enseignement à distance : l'enseignement à distance fournit une plateforme pédagogique qui ne nécessite pas la présence à un endroit précis. Les étudiants accèdent au contenu du cours via la radio ou via Internet et interagissent avec leurs enseignants et leurs camarades de classe par l'intermédiaire de lettres, appels téléphoniques, SMS, forums de discussions ou sites Internet. Les cours d'enseignement à distance peuvent se concentrer sur la formation de spécialistes de la communication, mobilisateurs communautaires, éducateurs sanitaires et prestataires de services. Des informations supplémentaires sont disponibles sur « Global Health eLearning Center » (Centre de formation en ligne mondial sur la santé) et « PEPFAR eLearning Initiative » (Initiative PEPFAR de formation en ligne).

Technologies de l'information et de la communication (TIC) : les technologies de l'information et de la communication (TIC) sont des plateformes d'évolution et de croissance rapides pour les technologies électroniques et numériques, notamment l'informatique et les technologies de télécommunications, qui favorisent la communication et l'échange interactif d'informations. Les TIC recouvrent également les téléphones portables et les smartphones, l'utilisation des SMS et des médias sociaux comme Facebook, Twitter, LinkedIn, les blogs, les forums en ligne et les forums de discussion. Cette approche comprend aussi : sites Web, courriels, listservs, eLearning, eToolkits et tableaux de messages. Les médias numériques peuvent diffuser à grande échelle, des messages adaptés au public visé tout en recevant la réaction du public ciblé et en encourageant des conversations en temps réel, combinant la communication de masse et les échanges interpersonnels. *A Theory-based Framework for Media Selection in Demand Generation Programs (Cadre théorique pour le choix des médias dans les programmes de création de la demande)*, <http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/media-selection>) et *Utilizing ICT in Demand Generation for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health: (Utilisation des TIC pour créer de la demande autour des produits de santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive :) Three Case Studies and Recommendations for Future Programming (Trois études de cas et recommandations pour les programmes à venir)* (<http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/ict-case-studies>) sont des ressources utiles pour les gestionnaires de programme qui cherchent à utiliser les TIC dans les activités de création de la demande.

Communication interpersonnelle (CIP)/Communication avec les pairs : la communication interpersonnelle et la communication avec les pairs sont fondées sur une communication à deux. Il peut s'agir de communication pair à pair ou de communication avec un agent de santé communautaire (ASC), un leader communautaire ou un leader religieux.

Médias de masse : les médias touchent de larges publics de façon rentable grâce à la radio, à la télévision et à la presse écrite. Selon un examen des campagnes menées dans les médias, celles qui respectent les principes de conception de campagne efficace et qui sont bien réalisées peuvent avoir un effet faible à modéré non seulement sur les connaissances en matière de santé, sur les croyances et les attitudes, mais aussi sur le comportement (Noar, 2006). Compte tenu du potentiel immense de ces campagnes (plusieurs milliers de personnes touchées), un effet petit à modéré aura plus d'impact sur la santé publique qu'une approche de longue portée qui ne toucherait qu'un petit nombre.

Mobilisation sociale : la mobilisation sociale rassemble les secteurs concernés (organisations, décideurs, réseaux et communautés) afin de sensibiliser les individus et les groupes et les inciter à l'action, à la création d'un environnement favorable, ainsi qu'au changement social et comportemental.

Soutien médiatique/médias de moyenne portée : les supports de communication de portée moyenne touchent moins de personnes que les médias et comprennent des posters, des brochures et des affiches.

Étape 6 : Planifier le monitoring et l'évaluation

Le monitoring et l'évaluation (M&E - Monitoring and evaluation) constituent un enjeu stratégique de toute activité de programme, car ils fournissent des informations sur la progression du programme en termes d'atteinte des objectifs définis.

Si la planification de monitoring et d'évaluation (M&E) doit être intégrée à la stratégie de communication, il ne s'agit pas d'élaborer un plan de monitoring complet lors du développement de la stratégie, par ex., indicateurs, échantillons, outils, personnes chargées du suivi, fréquence de recueil de données. Au cours de celle-ci, il convient de se concentrer sur les indicateurs à intégrer dans le plan du programme. Les indicateurs M&E doivent être élaborés à partir d'une recherche formative et indiquer si les messages clés et les stratégies ont l'effet désiré sur le public visé.

Un plan complet M&E doit ensuite être bâti dans un document de programme distinct. L'élaboration d'un plan M&E doit spécifier les indicateurs à surveiller, les modalités et la périodicité du recueil des données, et

le traitement appliqué aux données suite à leur analyse. De nombreuses sources de données peuvent servir à recueillir des données M&E. Il est important d'évaluer le champ d'action et le contexte du programme afin d'appliquer la méthodologie la mieux adaptée, car les coûts, les moyens humains et les exigences technologiques de ces activités peuvent varier. Si certaines options M&E à coût réduit permettent d'identifier des tendances en matière de demande de services, elles pourraient ne pas être en mesure de fournir des résultats approfondis sur les conséquences des activités et la fonction du programme. Pour mesurer les causes et les conséquences, il convient de mener des activités de recueil de données spécifiques au programme à des fins d'évaluation. Le tableau 2 ci-dessous comporte des exemples d'options à coût réduit et à coût élevé.

Si le recueil de données M&E tend à focaliser l'attention, le processus d'analyse et d'étude des données collectées ne doit pas être en reste. Les données M&E doivent permettre d'informer sur les modifications du programme et l'élaboration de nouveaux programmes. Pour garantir la diffusion régulière des indicateurs M&E, il est préférable d'élaborer ces processus d'étude au sein d'activités de gestion de programme.

Tableau 2 : Exemples d'options à coût réduit et à coût élevé de M&E pour la création de la demande.

Option à coût réduit : l'option à coût réduit utilise des sources de données et des opportunités existantes pour acquérir des informations sur le programme et son rôle dans les changements en matière de demande ou d'adoption. Toutefois, elle permet uniquement d'identifier les tendances et n'offre pas la possibilité d'attribuer les changements à un programme ou une activité de programme en particulier.

Voici des exemples de sources de données pour une option à coût réduit :

- Statistiques des services (informations issues des structures de santé et des prestataires, telles que les fiches de référence et les registres de présence).
- Statistiques des canaux de communication (informations issues de la télévision ou de la radio sur l'audience des activités de médias).
- Enquêtes omnibus (ajout de questions liées à l'exposition au programme et l'impact sur les enquêtes omnibus).
- Données fournies spontanément par les prestataires (enquêtes de petite taille auprès des prestataires sur les services rendus).
- Données qualitatives (groupes de discussion, entretiens approfondis).
- Enquêtes démographiques et de santé (tendances de la prévalence de l'utilisation de contraceptifs et des méthodes de contraception mixtes — environ tous les cinq ans).

Option à coût élevé : une option à coût élevé recourt à des enquêtes représentatives spécifiques au programme et d'autres méthodes de recueil des données pour acquérir des connaissances approfondies sur les effets du programme et son fonctionnement.

Voici des exemples de sources de données pour une option à coût élevé :

- Statistiques des services (informations issues des structures sanitaires et des prestataires, telles que les fiches d'orientation, les cartes de visite, les formulaires d'inscription et les registres de présence, ainsi que les dossiers assurant le suivi de la production et de la distribution).
- Statistiques des canaux de communication (informations issues de la télévision ou de la radio sur l'audience des activités de médias).
- Données fournies spontanément par les prestataires (enquêtes auprès des prestataires sur les services rendus).
- Grandes enquêtes nationales adaptées au programme (axées sur les problèmes liés aux connaissances, aux perceptions, à l'acceptation et à l'utilisation de la contraception d'urgence).
- Données qualitatives (groupes de discussion, entretiens approfondis, reportage photo, visites d'observation).
- Entretiens des clients à la sortie (ils évaluent la satisfaction des utilisateurs des services reçus, notamment leurs perceptions, leur expérience et leurs intentions).

Indicateurs

Les indicateurs M&E doivent inclure des indicateurs de processus, de portée de résultats et d'impact.

Indicateurs de processus	Indicateurs d'extrants du programme	Indicateurs de résultats sur les comportements	Indicateurs d'impact sanitaire
Évalue dans quelle mesure les activités de création de la demande ont été implémentées telles que prévues.	Évalue les changements d'opportunité, de capacité et de motivation des publics à utiliser la PCU et la corrélation entre ces changements et l'exposition au programme.	Évalue les changements de comportement des publics et la corrélation entre ces changements et l'exposition au programme.	Évalue les changements en matière de santé.
Exemple : nombre de sessions de santé communautaire sur les PCU organisées avec des femmes en âge de procréer.	Exemple : proportion de femmes en âge de procréer qui déclarent savoir où accéder aux PCU.	Exemple : proportion de femmes en âge de procréer utilisatrices des PCU.	Exemple : diminution du pourcentage de grossesses non souhaitées chez les femmes en âge de procréer.

Les points clés à considérer lors de l'élaboration d'indicateurs comprennent :

Ventilation des données par groupes : pour améliorer l'utilité des données M&E, les indicateurs doivent être ventilés par groupes afin de permettre une analyse plus approfondie des performances du programme. Il est recommandé de les regrouper au minimum selon :

- *Le sexe*—La ventilation des données M&E selon le sexe peut illustrer l'impact différent des programmes sur les hommes et les femmes, comme les attitudes envers l'acceptabilité du produit.
- *L'âge*—Les programmes doivent au minimum être en mesure de communiquer leurs données séparément pour les femmes des groupes d'âge 15–19, 20–24 et 25–49 ans, qui sont les groupes d'âge EDS standards pour saisir les différences importantes dans ces populations. En fonction de la segmentation de public au niveau des pays, les programmes pourraient subdiviser le groupe d'âge 25–49 ans encore plus, afin de déterminer dans quelle mesure les interventions atteignent les femmes pour lesquelles ils ont été conçus.

D'autres facteurs de ventilation par groupes pourraient inclure la situation géographique, le statut marital, etc.

Biais : voici des biais statistiques courants que doivent connaître les programmeurs lors de la conception, la mise en œuvre et l'interprétation du M&E :

- *Biais d'auto-sélection* : par exemple, une femme qui a déjà perdu un nouveau-né peut être plus ou moins encline à répondre à une étude sur des pratiques de soins néonataux.
- *Biais de désirabilité sociale* : suite à l'exposition à des initiatives de promotion sanitaire, les publics visés peuvent se sentir contraints de donner les « bonnes réponses » aux questions, notamment en faisant état de leurs attitudes positives à l'égard d'un produit alors qu'ils n'en sont pas totalement convaincus. Comme les interventions pour créer de la demande tendent à définir des normes sociales positives, le biais de désirabilité sociale constitue un véritable défi pour le M&E.

Exemple d'une stratégie de communication en faveur des pilules contraceptives d'urgence



Étape 1 : Analyser la situation

Reportez-vous à la page 15 pour obtenir une aide sur cette étape, ainsi qu'à l'« Étape 1 » du Kit de mise en œuvre pour la création de la demande (<http://sbccimplementationkits.org/demandrnmch/ch-step1/>) où vous trouverez d'autres ressources.

État de la santé et des produits

**La majorité des informations contenue dans cette section correspond à une analyse au niveau mondial à des fins d'illustration. L'analyse de la situation de chaque pays doit se concentrer sur le contexte local.*

Contexte sanitaire

Dans les pays en développement, le taux de grossesses non souhaitées et d'infection par les IST/le VIH est élevé chez les femmes en âge de procréer. Chaque année, on estime à 86 millions dans le monde le nombre de grossesses non souhaitées, dont 41 millions se terminent par un avortement provoqué avec 11 millions d'avortements considérés comme des avortements à risque dans des environnements non médicalisés (Sing, Sedgh, & Hussain, 2010). À l'échelle mondiale, près de 222 millions de femmes n'ont pas accès à la contraception et aux services de planification familiale dont elles ont besoin (PRB, 2012). Bien que l'utilisation de la contraception ait augmenté progressivement à l'échelle mondiale au cours des dernières décennies, le recours à ces méthodes dans certaines zones les plus pauvres du monde, telles que l'Afrique subsaharienne, reste très faible. On estime que moins d'un cinquième des couples en Afrique subsaharienne a recours à la contraception (PRB, 2012). On s'accorde au niveau mondial à reconnaître que la contraception a un impact direct et indirect sur les résultats mondiaux en matière de santé, notamment la santé maternelle, néonatale et des nourrissons, de même que la santé communautaire (Kerber, 2007 ; Ronsman & Graham, 2007).

Sur 20 pays analysés entre 2002 et 2011, le taux de grossesses non planifiées ou non désirées était compris entre 5 et 30 % (Bradley, Croft & Rutstein, 2011). Les pays étudiés représentaient l'Afrique subsaharienne, l'Asie, le Moyen-Orient, l'Europe et l'Eurasie, l'Amérique latine et les Caraïbes. 34 % de l'ensemble des grossesses menées dans ces pays ont abouti à des naissances non souhaitées ou à un avortement provoqué. Une naissance non souhaitée sur trois résultait d'un échec de la contraception.

Certaines femmes présentent un risque plus élevé que d'autres d'avoir une grossesse non souhaitée, notamment les jeunes femmes non mariées et les adolescentes, les femmes courant un risque de violence domestique et de violence basée sur le genre, et les femmes utilisant des préservatifs ou des méthodes traditionnelles comme principale méthode de contraception. De nombreuses grossesses non planifiées ont lieu dans l'année suivant le premier rapport sexuel. Les études ont montré qu'il s'écoule environ un an en moyenne entre le début des activités sexuelles et la première utilisation de méthodes contraceptives modernes. Les adolescentes doivent négocier l'utilisation du préservatif et de nombreuses jeunes femmes signalent que leur première expérience s'est effectuée sous la contrainte.

Par ailleurs, les femmes vivant dans des environnements instables ou des zones de conflit courent un risque élevé de subir des grossesses non désirées ; malgré tout, dans les camps de réfugiés et les autres installations de ce type, les PCU ne sont pas régulièrement proposées pour éviter les grossesses non désirées, y compris aux femmes qui ont survécu à des violences sexuelles.

Alors que la plupart des efforts en matière de santé publique s'attachent à encourager les hommes et les femmes à utiliser une méthode de contraception régulière, il est tout aussi important de leur proposer une méthode de « secours » ou de « dernière minute » en cas d'échec de la méthode habituelle ou d'absence de contraception (que le rapport sexuel soit consenti ou non). Le fait d'offrir une autre option aux femmes ayant des rapports sexuels, consentis ou forcés, non protégés représente une priorité de santé publique qui tient compte du risque de grossesse non souhaitée qui, à son tour, peut entraîner avortements, mais aussi négligence ou abandon des enfants.

Situation du produit

La contraception d'urgence est une composante importante d'un programme complet de planification familiale. Elle offre une solution fiable pour répondre aux besoins des populations les plus à risque en matière de grossesses non souhaitées. Selon la formulation utilisée et le moment d'utilisation, les PCU permettent de diminuer de 75 à 89 % le risque de grossesse pour la femme à la suite d'un rapport sexuel (ICEC & FIGO, 2011).

Bien qu'il existe plusieurs produits destinés à la contraception d'urgence, la PCU à base de lévonorgestrel est le seul qui soit largement diffusé dans les pays en développement. Il comprend généralement un paquet de deux comprimés de 0,75 mg chacun, étiquetés pour une prise à 12 heures d'intervalle. Des recherches récentes ont toutefois démontré que la dose complète de 1,5 mg peut également être prise en une seule fois sans entraîner plus d'effets secondaires que deux doses de 0,75 mg prises à 12 heures d'intervalle. Les PCU peuvent être utilisées jusqu'à cinq jours après un rapport sexuel non protégé, mais sont généralement plus efficaces lorsqu'elles sont prises le plus tôt possible après le rapport.

Des recherches approfondies sur le mode d'action des PCU suggèrent que le mécanisme d'action principal, voire le seul, réside dans une interférence avec l'ovulation. Les PCU sont sans effet après la fécondation, ne peuvent mettre fin à une grossesse déjà commencée, ni l'interrompre, et n'empêchent pas un ovule fécondé de s'implanter dans l'utérus. Il n'a pas non plus été démontré qu'elles soient nocives pour l'embryon en cours de développement.

Les PCU sont un mode sûr, adapté à la distribution, sans ordonnance, par un pharmacien ou un spécialiste. Par ailleurs, elles sont directement disponibles en pharmacie de manière informelle, même dans de nombreux pays en développement, où elles sont inscrites parmi les médicaments nécessitant une ordonnance. Des PCU spéciales sont disponibles auprès de plus de 90 fabricants différents et peuvent être achetées au niveau central (c.-à-d. par les administrations adjudicatrices) pour seulement un dollar par paquet (en fonction des quantités prescrites). Les paquets contiennent généralement une « dose » complète, constituée d'une ou deux pilules, selon la marque et la formulation.

Plus de 100 marques de PCU sont utilisées dans le monde entier et les types les plus fréquents incluent Postinor[®], Pregnon[®], NorLevo[®] et Escapelle[®]. Pour plus d'informations sur les marques, types et fabricants de PCU, veuillez consulter le site Internet de l'International Consortium for Emergency Contraception (ICEC) à l'adresse : <http://www.cecinfo.org/country-by-country-information/status-availability-database/ec-pill-types-and-countries-of-availability-by-brand> (en anglais).

Analyse du public et de la communication

L'accès aux PCU varie selon les contextes des différents pays et dépend d'un certain nombre d'éléments culturels, sociaux et politiques. Selon une synthèse mondiale récente des données probantes sur la création de demande pour les PCU, trois obstacles majeurs doivent être levés afin d'accroître la fourniture des PCU : la faiblesse de la sensibilisation, de la connaissance et de l'acceptation aux niveaux individuel, communautaire et sociétal ; la connaissance et les compétences des prestataires et le préjugé du prestataire, ainsi que les attitudes négatives (HC3, 2013).

Faiblesse de la sensibilisation, de la connaissance et de l'acceptation aux niveaux individuel, communautaire et sociétal

Les données de l'EDS montrent que le pourcentage de femmes connaissant les PCU comme option contraceptive est considérablement plus faible que celui des femmes connaissant les autres méthodes modernes de planification familiale. La sensibilisation des femmes aux PCU reste inférieure à 10 % au Sénégal et en Zambie et, partout dans le monde, la connaissance des PCU se situe autour de 20 % (ICEC & FIGO, 2011). Même dans des pays tels que le Kenya où la méthode est mieux connue (56 % des femmes déclarent avoir entendu parler des PCU), le recours à ce mode de contraception reste faible. Et même parmi celles qui en ont entendu parler, certaines idées fausses demeurent. Une étude menée au Kenya a montré qu'un tiers des femmes qui connaissaient la méthode croyaient qu'elle provoquait un avortement, et seulement deux tiers d'entre elles connaissaient la période idéale de recours à cette méthode (Population Council & PSI Kenya, 2009). Ces résultats soulignent le besoin de poursuivre les formations et d'encourager la sensibilisation aux PCU dans bon nombre de contextes.

Connaissances et compétences du prestataire

Les niveaux de connaissance varient grandement entre les différents prestataires dans le monde. Des réponses recueillies dans le cadre d'une vaste revue de la littérature (Williams, 2011) ont permis de montrer l'étendue des connaissances de ces prestataires, de 34 % chez les médecins urbains ghanéens à 90 %, voire davantage, chez les prestataires en Turquie (Sevil, Yanikkerem, & Hatipoglu, 2006), en Indonésie (Syahlul & Amir, 2005), à la Barbade et en Jamaïque (Yam et al., 2007). Deux études menées au Nigeria (Ebuehi, Ebuehi & Inem, 2006 ; Oriji & Omietimi, 2011) ont également révélé de grandes disparités entre les médecins, les infirmiers et les autres prestataires de soins en matière de connaissance de l'administration des PCU et de compréhension du mécanisme biologique d'action.

Au Mexique, une étude a montré que les pharmaciens confondaient aisément les PCU et la mifépristone, la pilule abortive (Mané, Brady, RamaRao, & Mbow, 2012). Au Bangladesh, avant toute formation, près de 54 % des prestataires ont classifié de manière erronée les PCU parmi les produits susceptibles de provoquer un avortement (Khan, Shaikh, Hossain, Mir, & Rob, 2008). Cette méconnaissance était également prévalente chez une petite partie des prestataires en Turquie, au Ghana et au Nigeria (Ebuehi et al., 2006 ; Steiner, Raymond, Attafuah, & Hays, 2000 ; Uzuner et al., 2005). 42 % des prestataires interrogés au Pakistan n'étaient « pas certains » que les PCU puissent ou non provoquer un avortement (Abdulghani, Karim, & Irfan, 2009). Ces résultats sont similaires parmi les leaders d'opinion, les leaders religieux et les représentants des gouvernements ; même dans les pays développés comme les États-Unis, les PCU sont toujours confondues avec la mifépristone.

Une étude menée au Kenya et en Éthiopie a également révélé que, bien que les prestataires soient très informés au sujet de la PCU en tant que moyen de prévenir la grossesse après un rapport sexuel, les connaissances sur le mécanisme biologique réel étaient faibles, ce qui conduit à des confusions sur la manière d'administrer ces PCU (Judge et al., 2011). Une étude réalisée en Ouganda a montré que la majorité des prestataires de soins interrogés connaissaient les PCU, envers lesquelles leurs impressions étaient plutôt favorables, mais bon nombre d'entre eux disposaient d'informations cliniques obsolètes ou inappropriées à ce sujet (Byamugisha et al., 2007). Ces lacunes affectent l'aisance et la capacité des prestataires à conseiller les utilisatrices potentielles de PCU.

Préjugés et attitudes négatives des prestataires

Une gestion adéquate des obstacles formés par les attitudes et croyances des prestataires pourrait améliorer l'accès aux PCU et leur couverture. Ainsi, en Éthiopie, une étude a mis en évidence des préjugés fortement ancrés dans l'esprit des pharmaciens concernant l'administration de PCU à certaines populations, telles que les adolescentes et les femmes non mariées, et des inquiétudes en cas d'utilisation répétée (Gold, 2011). Par exemple, il existe une croyance très répandue chez les prestataires et les femmes selon laquelle l'utilisation répétée de la PCU occasionne des problèmes de santé à long terme, surtout en matière de fertilité, malgré les données probantes qui suggèrent que cette méthode ne fait pas courir plus de risques aux femmes qui y ont recours (Halpern et al., 2011).

Dans plusieurs pays, les pharmaciens déclarent être peu enclins à stocker les PCU car ils pensent que cette méthode contraceptive provoque un avortement, augmente la promiscuité et décourage les clientes d'utiliser d'autres méthodes contraceptives.

Les autres aspects affectant la disponibilité et l'utilisation des PCU incluent :

- Le type et le nombre de produits homologués et distribués dans le pays (choix).
- Les niveaux de prix et la disponibilité (existe-t-il une offre du secteur public ou un produit bénéficiant d'un marketing social ou des produits uniquement commerciaux).
- L'inclusion des PCU dans les programmes nationaux de planification familiale, y compris les listes des médicaments essentiels, les politiques et les systèmes de distribution.
- Le statut des PCU (sur ordonnance ou en vente libre).
- Les restrictions politiques en fonction de l'âge (qui a accès aux PCU).
- Le nombre et la zone d'influence des points de diffusion des PCU (structures sanitaires et pharmacies).

Exemple d'organisation des informations principales sous forme de tableau

	Comportements actuels	Principaux obstacles au comportement souhaité	Principaux avantages du comportement souhaité
Utilisateur final/membres de la communauté (par ex., femmes en âge de procréer, femmes présentant un risque élevé de subir des VBG)	<p>Chaque année, on estime à 86 millions le nombre de grossesses non souhaitées dans le monde, dont 41 millions se terminent par un avortement provoqué.</p> <p>Par ailleurs, les femmes vivant dans des zones instables présentent un risque élevé de subir des grossesses non désirées. En 2007, 54 % des femmes ayant survécu à un viol dans des camps de réfugiés implantés dans sept pays n'ont pas reçu de PCU dans les 120 heures suivant l'agression.</p>	<p>Disponibilité limitée des PCU.</p> <p>Sensibilisation et promotion limitées.</p> <p>Crainte des effets secondaires, notamment des avortements, de l'infertilité ou des changements relatifs aux cycles menstruels.</p>	<p>Offre une solution fiable pour répondre aux besoins des populations les plus à risque en matière de grossesses non souhaitées.</p>
Prestataires (publics et privés, pharmacies, structures sanitaires et communautaires)	<p>Faibles taux de promotion et d'administration/prescription des PCU.</p>	<p>Peu de connaissance du mécanisme biologique et des effets secondaires des PCU.</p> <p>Refus de stocker/prescrire les PCU en raison de leur association avec les avortements.</p> <p>Faibles niveaux de confiance accordés à l'administration/la prescription des PCU.</p> <p>Préjugé des prestataires – fournissent les PCU uniquement à certaines populations.</p>	<p>Méthode facilement intégrée aux activités actuelles de conseils en planification familiale.</p> <p>Produit élaboré par plus de 90 fabricants différents – disponibilité faisable.</p>

Étape 2 : Définir une vision

Reportez-vous à la page 19 pour une aide sur cette étape, ainsi qu'à l'« Étape 2 » du Kit de mise en œuvre pour la création de la demande (<http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/ch-step2/>) où vous trouverez d'autres ressources.

Exemple de vision

Les femmes en âge de procréer, y compris les adolescentes, sont sensibilisées aux PCU, informées sur la question, et ont la possibilité d'y accéder facilement quand elles en ont besoin, à un prix abordable — en cas d'échec de la méthode de contraception, de rapports sexuels non protégés ou d'agression sexuelle.

Étape 3 : Choisir le public visé

Reportez-vous à la page 20 pour une aide sur cette étape, ainsi que sur l'« Étape 3 » du Kit de mise en œuvre pour la création de la demande (<http://sbccimplementationkits.org/demandrnmch/ch-step3/>) où vous trouverez d'autres ressources.

Les segments Publics principaux et Publics d'influence (avec la logique pour la sélection des segments)

Les publics proposés représentent des publics visés existants dans plusieurs pays et des situations typiques dans lesquelles les PCU constituent la meilleure option. Il est toutefois vivement recommandé que chaque pays réalise une recherche supplémentaire afin d'identifier les profils les plus pertinents dans son propre contexte. Il est également important de comprendre que le besoin en PCU est plus probablement motivé par des comportements, que par des attributs sociodémographiques. Par conséquent, pour définir un public visé, il est essentiel de tenir compte non seulement des données sociodémographiques clés, telles que l'âge, le lieu de résidence (urbain, rural) et le statut matrimonial (célibataire, mariée, divorcée), mais aussi des situations, comme la localisation du partenaire (au domicile ou non), le désir d'enfant (retardé, espacé, limité), la période dans la vie (transition dans le mariage, hors mariage, veuvage récent), le risque de violence sexuelle ou de violence du partenaire intime et le type d'environnement (par ex., crise).

Bien que les représentants et décideurs des systèmes de santé constituent potentiellement des publics d'influence importants, ils ne sont pas intégrés dans cette stratégie de communication car les messages clés de plaidoyer en faveur des PCU figurent dans le document *Scaling Up Lifesaving Commodities for Women, Children and Newborns : An Advocacy Toolkit (Sensibilisation aux produits d'urgence pour les femmes, les enfants et les nouveau-nés : kit d'outils de plaidoyer - en anglais)* qui fournit des ressources pour utiliser la plateforme de la Commission afin de favoriser la prise de conscience et enjoindre les parties prenantes à combler les lacunes politiques concernant le produit. Consultez le site <http://www.path.org/publications/detail.php?i=2381>.

Publics principaux

- **Public principal 1 : femmes en âge de procréer (avec sous-groupes de publics, par ex. par tranches d'âge, parité et/ou localisation)**
 - *Sous-groupe de public 1a* : adolescentes non mariées (15 à 19 ans) – De nombreuses adolescentes espèrent finir leurs études secondaires et approfondir leur éducation. Parallèlement, elles deviennent sexuellement actives, sans nécessairement être bien informées des différentes méthodes contraceptives à leur disposition. Bon nombre d'entre elles tombent alors enceintes et quittent l'école.
 - *Sous-groupe de public 1b* : femmes n'utilisant pas de méthode contraceptive ou ayant vécu un échec de la méthode utilisée. Ce groupe inclut les femmes plus âgées que le groupe d'adolescentes, mariées ou non, qui courent le risque de tomber enceintes car elles n'utilisent pas de méthode de contraception ou la méthode utilisée a échoué.
 - *Sous-groupe de public 1c* : femmes qui risquent de subir des violences sexuelles et/ou des violences de leur partenaire intime, et femmes vivant dans des zones de crise humanitaire. Ce groupe inclut alors principalement les femmes qui risquent d'être violées, par exemple celles vivant dans des zones de crise ou présentant des taux élevés de violences sexuelles.
- **Public principal 2 : pharmaciens et personnel de comptoir pharmaceutique** — Le personnel des pharmacies inclut le pharmacien en charge du point de diffusion, ainsi que le personnel travaillant au comptoir. Selon leur formation, leur connaissance des PCU peut s'avérer extrêmement basique, voire inexistante. Dans la plupart des cas, le personnel des pharmacies doit être mieux informé sur le produit et son mode d'action. Il a également besoin d'apprendre des stratégies permettant de conseiller au mieux la clientèle, sans préjugés.
- **Public principal 3 : prestataires cliniques (des secteurs public et privé)** — Le préjugé des prestataires cliniques et leur méconnaissance des PCU ont été identifiés comme les principaux obstacles à l'augmentation de l'adoption des PCU.
- **Public principal 4 : agents de santé communautaire (ASC) ou distributeurs (des secteurs public et privé)** — Le prestataire non clinique est un acteur de première ligne, œuvrant au niveau communautaire, souvent dans la même communauté que les femmes concernées. Principal point d'information, et parfois également

principal point de distribution, pour les communautés éloignées, les ASC doivent posséder une connaissance très fine des PCU et de leur mode d'action mais aussi savoir où elles sont accessibles, de manière à pouvoir correctement conseiller les femmes qui en ont besoin.

- **Public principal 5 : intervenants dans les cas de violence basée sur le genre, y compris dans les zones de crise** — Les officiers de police ou les travailleurs dans les camps de réfugiés sont le principal point de contact pour les femmes qui ont été victimes de violence sexuelle et, en tant que tel, ils doivent connaître les PCU et être en mesure de les administrer ou d'orienter ces femmes vers les services appropriés.

Publics d'influence

- **Public d'influence 1 : partenaires masculins et amis** — Les partenaires masculins peuvent avoir une influence importante, positive et négative, sur leurs partenaires féminines en matière d'accès aux PCU. De même, les amis peuvent encourager ou non une femme à opter pour les PCU.

Profils des publics

Public principal 1 : femmes en âge de procréer



Sous-groupe de public 1a : adolescente non mariée

Malita, 17 ans, adolescente non mariée vivant à Kabala, en Sierra Leone

Malita est une jeune fille âgée de 17 ans, qui vit avec les membres de sa famille à Kabala, en Sierra Leone. Elle est élève dans un établissement local d'enseignement secondaire et espère rester scolarisée. Dans la vie, elle désire s'améliorer en poursuivant ses études ou apprendre un métier. Elle commence à avoir des relations sexuelles occasionnelles, et parfois non consenties, avec des garçons de son âge, mais aussi avec des hommes plus âgés. Elle ne veut pas se rendre à la clinique pour obtenir des informations sur les méthodes de planification familiale car ses amies y ont été mal reçues ou traitées par le personnel clinique. Malita a entendu parler du VIH mais s'inquiète davantage de tomber

enceinte car elle devrait alors abandonner l'école. Elle ne se sent pas capable de négocier l'utilisation du préservatif avec ses partenaires et pense que le simple fait de parler du préservatif pourrait mettre fin à sa relation avec ce partenaire.



Sous-groupe de public 1b : femmes n'utilisant pas de méthode contraceptive ou ayant vécu un échec de la méthode utilisée.

Mary, 36 ans, mère divorcée vivant dans le district de Kalangala, en Ouganda

Femme divorcée, Mary est âgée de la trentaine. Elle vit dans une zone urbaine avec ses enfants et sa jeune sœur, qui l'aide à prendre soin de la maison. Elle travaille, a suivi des études et possède un statut économique élevé. Elle fait partie des premières personnes à avoir adopté les nouvelles technologies et fait preuve d'indépendance dans ses choix. Elle a un partenaire occasionnel, avec lequel elle ne vit pas, et a des rapports sexuels uniquement sporadiques. Elle préfère généralement utiliser des préservatifs comme moyen de contraception afin de

se protéger contre les IST et éviter toute grossesse. Cependant, elle et son partenaire oublient parfois de l'utiliser. Il y a parfois eu aussi des ruptures du préservatif. Elle ne ressent pas le besoin d'avoir recours à une autre méthode contraceptive car ses rapports sexuels ne sont pas fréquents. Elle a entendu parler des PCU mais pense qu'elles peuvent interrompre une grossesse en cours. Elle est donc contre le recours à ce type de mesure.



Sous-groupe de public 1c : femmes courant le risque de subir des violences sexuelles, y compris des violences de la part de leur partenaire intime, et femmes vivant dans des zones de crise humanitaire

Lucia, 24 ans, mère vivant dans le district de Mizimba, au Malawi

Lucia vit dans un ménage à faible revenu, où chaque jour qui passe est une véritable bataille. Elle a quatre enfants et n'en veut pas d'autres car elle n'a pas les moyens d'en prendre soin. Son mari n'a pas d'emploi stable (il doit trouver du travail tous les jours) et Lucia fait de petits travaux (culture et vente de fruits ou de légumes) pour ramener un peu plus d'argent. Son mari a tendance à boire et rentre très tard, une ou deux fois par semaine, réclame des rapports sexuels puis s'endort. Il peut se mettre en colère et devenir violent si quelque chose le contrarie et la frappe parfois. Il ne veut jamais parler d'argent et Lucia

a peur de le fâcher si elle tente de le convaincre d'utiliser un peu de leurs maigres ressources pour se rendre à la structure sanitaire pour bénéficier d'une consultation de planification familiale. Lucia est une bonne candidate pour une méthode contraceptive telle que celles injectables. Il lui est cependant difficile de se rendre au centre de planning familial sans que son mari en soit informé et elle a peur qu'il ne la batte s'il découvre qu'elle s'y est rendue sans son autorisation.



Sous-groupe de public 1c : femmes courant le risque de subir des violences sexuelles, y compris des violences de la part de leur partenaire intime, et femmes vivant dans des zones de crise humanitaire

Sarifina, 30 ans, mère vivant dans le camp de réfugiés de Kissidougou, en Guinée

Sarifina vit dans un camp de réfugiés en Guinée. Elle a dû fuir de chez elle en raison de l'instabilité politique et des taux élevés de violence. Elle vit dans le camp avec ses trois enfants et attend que l'agitation politique se calme pour pouvoir retourner chez elle. Elle court le risque de subir des violences basées sur le genre, notamment d'être victime d'un viol perpétré par les personnes

vivant à proximité, comme des parents, des soldats ou des hommes du camp. Elle n'utilise actuellement aucune méthode de contraception car elle ne bénéficie d'aucun accès régulier aux services de planning familial.

Principal public 2 : pharmaciens et personnel au comptoir des pharmacies



Issa, 29 ans, directeur d'une pharmacie locale à Bamako, au Mali

Issa est responsable d'une pharmacie locale à Bamako et répond aux demandes des clients. Il est diplômé en assistance technique pharmaceutique (un diplôme moins complet que celui de pharmacien) et a été embauché par le propriétaire de la pharmacie afin de gérer le point de diffusion. Il rend compte au propriétaire et implique celui-ci dans les décisions en cas de besoin mais, au quotidien, il est le principal point de contact des clients. Il ne possède que des informations basiques sur les méthodes contraceptives et n'a pas suivi de réelle formation sur les PCU. Les demandes occasionnelles pour ce produit proviennent généralement de femmes jeunes, âgées de la vingtaine,

qui peuvent se sentir gênées de se rendre dans une structure sanitaire. Il tente parfois de convaincre ses clientes d'éviter de les utiliser de manière répétée. Il manque également de temps et d'espace pour conseiller la cliente en privé, il ne dispose pas de la formation adéquate et est peu motivé pour encourager ces clientes à utiliser d'autres méthodes de planification familiale.

Principal public 3 : prestataires cliniques



Sara, 32 ans, infirmière dans un centre de soins primaires de Kaduna, au Nigeria

Sara est fière de son parcours scolaire, de ce qu'elle a accompli dans la vie et du poste qu'elle occupe dans la structure sanitaire. Même les jeunes médecins sollicitent parfois son aide pour conseiller les jeunes mères. La fierté de Sara se manifeste dans son dévouement pour son travail et les personnes qu'elle soigne. Cette fierté la pousse parfois à croire qu'elle en sait plus que ses clients et qu'elle sait donc mieux ce qui leur convient. Sara ne passe peut-être pas autant de temps qu'elle le pourrait à réellement dialoguer avec ses clients, à mieux les connaître et à leur apporter des conseils qui leur délivrent les informations dont ils ont besoin pour faire les meilleurs choix. Elle connaît bien les méthodes de planification

familiale courantes, mais pas les PCU. Elle n'est pas sûre que les PCU soient autorisées dans son pays car beaucoup de personnes pensent qu'elles provoquent un avortement. Elle ne maîtrise pas bien la posologie et le moment d'utilisation et hésite donc à le proposer aux clientes. Elle pense que les PCU sont utilisées par des personnes aux mœurs très libres. Aussi, si quelqu'un venait lui demander des PCU, elle risquerait fort de ne pas très bien recevoir cette cliente ou de ne pas se montrer très ouverte à cet égard. Elle ne sait pas vraiment si les PCU ne sont pas dangereuses et si elles ne provoquent pas d'effets secondaires sur le long terme.

Public principal 4 : agents de santé communautaire ou distributeurs



Susan, 28 ans, agent de santé communautaire dans les zones périurbaines de Kampala, en Ouganda

Susan entretient des liens forts avec les femmes de son quartier, basés sur une confiance et une compréhension mutuelles. Ces liens forts lui permettent de communiquer ouvertement avec ses pairs et la communauté. Par ailleurs, Susan est souvent la première personne à laquelle les femmes s'adressent dans son secteur pour poser des questions sur la planification familiale. Elle est fière d'être une ressource de la communauté et d'être considérée comme très compétente sur les problèmes de santé. Elle a été formée il y a trois ans par une ONG locale pour parler des méthodes de planification familiale et ses outils de travail sont bien rôdés. Dans la mesure où elle ne délivre pas de services médicaux, elle peut prendre plus de temps pour discuter avec des membres de la communauté, leur délivrer des informations sur les contraceptifs

et les orienter. Elle est en mesure de distribuer des contraceptifs oraux et des préservatifs, ainsi que des PCU. Toutefois, étant un membre de la communauté qu'elle sert, elle obéit parfois à certaines normes sociales et adopte des attitudes et des croyances de sa communauté, qui l'empêchent de parler des PCU, surtout aux femmes plus jeunes ou à celles dont elle pense qu'elles ne devraient pas avoir de rapports sexuels. Elle est également à la fois embarrassée et gênée car elle est très connue au sein de sa communauté et éprouve des difficultés à aborder des sujets qui pourraient sembler beaucoup trop personnels. Ces croyances peuvent parfois l'empêcher de délivrer des informations appropriées et non erronées. Elle est d'accord pour mieux se former sur les méthodes de planification familiale et acquérir plus de compétences, si on lui en donne l'occasion.

Public principal 5 : intervenants dans le cadre des violences basées sur le genre, y compris dans les zones de crise



Officier Okafor, 39 ans, officier de police à Lagos, au Nigeria

L'officier Okafor est un homme âgé d'une trentaine d'années. Il travaille au sein de la police locale de Lagos, au Nigeria. Il s'occupe des vols et de la petite délinquance. Il a récemment suivi une formation sur les consignes de prise en charge des plaintes pour agression sexuelle. Dans son quartier, il est assez fréquent que les femmes, surtout les jeunes femmes, soient agressées, la nuit, par des étrangers. Les femmes se rendent généralement au poste de police quelques heures après leur agression ou elles y sont amenées par leur entourage ou des membres de leur famille après la découverte de l'agression. Conformément à sa formation, l'officier Okafor prend leur déposition et fournit aux victimes des informations sur les services médicaux auxquels elles peuvent s'adresser pour obtenir de l'aide. Il doute souvent du bien-fondé des histoires racontées par ces femmes et ne pense pas aux risques

liés au VIH et aux grossesses non souhaitées.



Sonia, 28 ans, travailleuse dans un camp de réfugiés à Kiziba, au Rwanda

Sonia est une jeune femme âgée d'une vingtaine d'années. Elle travaille comme conseillère en santé reproductive au camp de réfugiés de Kiziba, au Rwanda. Dans son camp, elle voit beaucoup de femmes et d'enfants qui ont fui leur foyer à cause de conflits locaux armés. Certaines de ces femmes ont été violées avant d'arriver au camp et risquent également d'être violées dans le camp même. Bien que Sonia ne soit pas en mesure d'assurer leur protection à tout moment, elle veille à disposer de tous les outils et fournitures nécessaires pour leur éviter des grossesses non désirées et une infection par le VIH.

Public d'influence 1 : partenaires masculins et amis aidants



Sanjeev, 27 ans, partenaire masculin d'une mère allaitante, vivant près de Pune, en Inde

Sanjeev vit à la périphérie de Pune, en Inde. Il partage une relation stable avec sa partenaire, qu'il soutient dans sa démarche d'adoption de la méthode contraceptive de son choix. Actuellement, sa partenaire n'utilise pas de méthode contraceptive régulière car elle allaite son bébé et il craint qu'elle ne tombe enceinte. Il souhaite utiliser des préservatifs mais, en cas d'échec de cette méthode, il veut s'assurer que sa partenaire dispose d'une autre possibilité de contraception comme les PCU.



Winnie, 22 ans, jeune mère vivant à Esabalu, au Kenya

Winnie vit à Esabalu, au Kenya. À l'âge de 16 ans, elle a subi une grossesse non souhaitée et s'est retrouvée mère isolée. Elle a dû quitter l'école et considère désormais que son avenir, en termes d'éducation et de vie en général, est très limité. Elle veut s'assurer que les jeunes filles comme elle ne subiront pas son sort et elle souhaite être formée aux messages clés de planification familiale afin de pouvoir aider les filles de sa communauté.

Étape 4 : Définir la stratégie des messages

- Reportez-vous à la page 21 pour une aide sur cette étape, ainsi qu'à l'« Étape 4 » du Kit de mise en œuvre pour la création de la demande (<http://sbccimplementationkits.org/demandrnmch/ch-step4/>) où vous trouverez d'autres ressources.

Principal public 1 : femmes en âge de procréer

Objectifs visés

D'ici à la fin de l'année 2015, augmenter le pourcentage de femmes (entre 15 et 49 ans) dans le public visé, qui :

1. Connaissent les PCU, le moment idéal pour les prendre et leur mode d'action.
2. Savent où aller pour obtenir des PCU en cas de besoin.
3. Sont à l'aise avec les PCU et motivées pour les utiliser en cas de besoin.
4. Parlent des PCU aux prestataires ou à leurs amis.
5. Signalent qu'elles utilisent les PCU en cas de besoin.

Positionnement

La tranquillité d'esprit est un concept de positionnement possible en faveur des PCU, pour tous les publics féminins. Ce positionnement a été utilisé au Kenya pour une campagne générique en faveur des PCU : en Swahili, le mot « *tulia* » signifie « détendu ». Les PCU peuvent se positionner comme option de secours offrant une seconde chance aux femmes qui ont rencontré un problème avec leur méthode contraceptive ou qui n'ont pas eu la possibilité d'en utiliser une.

Les autres possibilités de positionnements clés sont :

- Préparation — en cas de rapports sexuels non protégés.
- Responsabilité — lorsque votre méthode a échoué (utilisée par PSI en Inde et DKT en Éthiopie).
- Maîtrise — tombez enceinte quand vous le décidez.

Promesse clé

Lorsque votre méthode contraceptive a échoué ou que vous avez des rapports sexuels non protégés, ne vous inquiétez pas, les PCU offrent une nouvelle chance d'éviter une grossesse non désirée.

Déclaration à l'appui

Les PCU sont des pilules contraceptives qui peuvent être prises jusqu'à cinq jours après des rapports sexuels non protégés afin de réduire vos risques de tomber enceinte. Elles sont sûres d'utilisation et ne présentent aucun risque à long terme ni effets secondaires.

Messages clés

Les messages clés concernant les PCU doivent se concentrer sur leurs avantages, leur sécurité d'utilisation et leur mode d'action. Les informations clés doivent également être délivrées d'une façon simple, facile à comprendre et non intimidante, y compris sur les effets secondaires possibles et le taux de réussite des PCU. Des messages soulignant le fait que les femmes sous-estiment souvent leurs risques de tomber enceintes devraient également augmenter la perception du « risque » et, par là-même, le recours aux PCU. Dans certains pays, il peut également s'avérer approprié d'ajouter un message relatif au test du VIH et des conseils prodigués aux femmes qui ont des rapports sexuels non protégés.

Les messages basiques relatifs aux PCU doivent être communiqués à tous les sous-groupes de publics.

- Les PCU sont composées de deux pilules que vous prenez après des rapports sexuels non protégés si vous ne souhaitez pas tomber enceinte.
- Les PCU sont plus efficaces lorsqu'elles sont prises immédiatement après des rapports non protégés. Elles peuvent cependant être efficaces jusqu'à cinq jours après des rapports sexuels non protégés.
- Les PCU sont sans risque et ne présentent des effets secondaires que très légers, qui sont temporaires et disparaissent après l'utilisation.
- L'utilisation répétée des PCU n'a aucun impact à long terme sur la santé ou la fertilité.

Messages clés (suite)

- Les PCU ne peuvent pas interrompre une grossesse en cours. Vous pouvez les utiliser pour éviter de tomber enceinte.
- Les PCU représentent une option de secours et ne doivent pas être utilisées comme méthode contraceptive régulière.
- Les PCU ne protègent pas du VIH et des autres IST. Utilisez toujours un préservatif pour éviter les infections par le VIH et les autres IST.

Dans la droite ligne du positionnement de « tranquillité d'esprit », les messages clés adressés aux femmes en âge de procréer peuvent être resegmentés par publics clés et peuvent inclure les adolescentes non mariées, les femmes qui n'utilisent pas de contraception ou qui ont subi un échec de leur méthode de contraception, et les femmes qui vivent dans des zones à haut risque ou des zones de crise.

Adolescentes non mariées (15 à 19 ans), vivant dans des zones urbaines ou rurales :

- Utilisez les PCU lorsque votre méthode contraceptive a échoué ou que vous avez eu des relations sexuelles non protégées, y compris des rapports sexuels non consentis.
- Les PCU sont disponibles dans de nombreuses pharmacies et centres de santé.
- Les PCU sont sûres d'utilisation et efficaces et vous êtes autorisées à les utiliser (selon le contexte national et le statut juridique des PCU).
- N'hésitez pas à parler des PCU à vos pairs.
- Parlez des PCU aux prestataires œuvrant dans les centres accueillant les jeunes.
- Les PCU constituent une méthode d'urgence. Discutez avec votre prestataire de la possibilité d'adopter une méthode contraceptive régulière ou de l'utilisation de préservatifs afin d'éviter toute autre situation d'urgence et les grossesses.

Les femmes, mariées ou non, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive ou dont la méthode utilisée a échoué :

- Utilisez les PCU si vous ne souhaitez pas tomber enceinte maintenant, mais que vous avez des relations sexuelles sans utiliser de méthode contraceptive.
- Utilisez les PCU si vous ne souhaitez pas tomber enceinte maintenant, mais que vous avez des relations sexuelles et que votre méthode contraceptive habituelle a échoué. Par exemple, vous avez oublié de prendre la pilule, le préservatif s'est rompu.
- Les PCU sont disponibles dans de nombreuses pharmacies et centres de santé.
- Les PCU constituent une méthode d'urgence. Discutez avec votre prestataire de la possibilité d'adopter une méthode contraceptive régulière ou de l'utilisation de préservatifs afin d'éviter toute autre situation d'urgence et les grossesses.
- Discutez avec votre prestataire et/ou votre pharmacien des options de contraception en continu et de secours.

Femmes courant le risque de subir des violences sexuelles, y compris des violences de la part de leur partenaire intime, et femmes vivant dans des zones de crise humanitaire :

- Les PCU vous permettent d'éviter une grossesse suite à des rapports sexuels non consentis, y compris avec votre mari ou votre partenaire.
- Les PCU sont disponibles dans de nombreuses pharmacies, centres de santé et centres d'aide aux victimes de viol.
- Avec un conseiller ou un agent de prise en charge des VBG, discutez des PCU, de la prophylaxie postexposition (PPE) pour le VIH et des autres services consécutifs aux VBG.

Public principal 2 : personnel des pharmacies

Objectifs visés

D'ici à la fin 2015, accroître le pourcentage des personnels de pharmacies qui :

1. Font preuve d'une bonne connaissance du statut juridique des PCU dans leur pays, de leur mode d'action, du moment idéal d'administration, de leur posologie, de leurs effets secondaires, de leur efficacité et de leur utilisation appropriée.
2. Servent toutes les clientes, quels que soient leur âge, leur statut marital ou leurs utilisations antérieures.
3. Consentent à conseiller discrètement leurs clientes sur le mode d'utilisation des PCU et sur leurs effets.
4. Proposent aux clientes venant chercher des PCU des informations sur les méthodes modernes de planification familiale et orientent les clientes vers une structure sanitaire proche si elles ont besoin de conseils supplémentaires sur les PCU ou sur la planification familiale en général.

Positionnement

Le positionnement global vis-à-vis des pharmaciens consistera principalement à les encourager à être professionnels et fiers de ce qu'ils font. Les arguments seront les suivants :

- Fierté de la position et de la délivrance de solutions à long terme aux clientes.
- Fierté d'être plus compétent.
- Prestige d'être perçu comme ayant autant de connaissances et comme étant très utile.
- Satisfaction à aider les femmes et les familles à améliorer leur santé.
- Fierté d'avoir satisfait les clients qui reviendront et recommanderont l'établissement à leurs amis et/ou leur famille.

Ce positionnement devra peut-être être adapté au contexte national. Si la communauté dans son ensemble n'encourage pas le recours aux PCU, des interventions devront alors être mises en place afin de résoudre ce problème avant tout, avant même d'utiliser le « prestige » comme angle de motivation. L'amélioration de la satisfaction personnelle du prestataire en offrant le service adapté à la communauté peut s'avérer plus pertinente dans ce cas.

Promesse clé

Si vous choisissez de fournir des PCU aux clientes dans le cadre d'un service de planification familiale complet offrant des conseils de qualité, vous apporterez la preuve de votre engagement en faveur de l'amélioration de la santé de votre communauté et de plus en plus de personnes se tourneront vers vous pour bénéficier de vos conseils et acheter des produits de planification familiale, ainsi que d'autres médicaments.

Déclaration à l'appui

Les clients accordent beaucoup d'importance au personnel de pharmacie compétent et fiable, qui prend le temps de les conseiller efficacement et qui fait preuve d'un réel intérêt pour leur santé.

Messages clés

Les messages clés pour les prestataires pharmaceutiques doivent chercher à développer le nombre de prestataires sans préjugés, compétents et pédagogues, qui comprennent la nécessité d'aider les femmes à avoir accès à une option financièrement abordable, leur permettant d'éviter les grossesses non désirées.

Voici quelques exemples illustratifs :

- En tant qu'acteur de santé publique et premier point d'information sur les contraceptifs pour de nombreux clients, vous devez posséder des connaissances aussi précises et actualisées que possible sur les PCU, y compris sur leurs effets secondaires, leur efficacité et leur mode d'action.
- Les PCU n'entraînent pas d'avortement et ne peuvent pas interrompre une grossesse en cours. Elles peuvent uniquement éviter une grossesse.
- Les PCU peuvent être prises jusqu'à cinq jours après des relations sexuelles non protégées.
- Les PCU ne sont pas uniquement destinées aux cas d'agression sexuelle ou de rupture du préservatif : elles peuvent également être utilisées comme méthode contraceptive en l'absence d'utilisation d'une contraception ou en cas d'échec de la contraception utilisée.

Messages clés (suite)

- Fournir des PCU à l'avance aux femmes qui courent le risque de subir des violences sexuelles — cette démarche ne diminuera pas le recours aux contraceptifs ou n'augmentera pas le taux de rapports sexuels non protégés, elle permettra simplement aux femmes d'y avoir accès plus rapidement en cas de besoin.
- L'utilisation répétée des PCU n'a aucun impact à long terme sur la santé ou la fertilité. Rassurez vos clients en leur expliquant que les PCU sont sûres d'utilisation, même si elles sont utilisées à plusieurs reprises.
- Aucun lien n'a été établi entre l'utilisation des PCU chez les adolescentes et les jeunes adultes et l'augmentation des taux d'IST et d'infections par le VIH.
- Vos clientes comptent sur vous pour les conseiller sur l'efficacité et l'utilisation du produit. En agissant ainsi, vous augmenterez leur satisfaction et leur fidélité à votre point de diffusion pour leurs autres achats.
- Vous pouvez améliorer les résultats sanitaires en prenant le temps de partager des informations verbales ou écrites avec les clientes potentielles des PCU.
- Les adolescentes peuvent utiliser les PCU. Les PCU sont sans risque pour elles, même si elles sont utilisées à plusieurs reprises. (Le ciblage des adolescentes avec les messages sur les PCU variera en fonction du contexte juridique/politique et social du pays).
- Refuser l'accès aux PCU en fonction de critères d'âge, de statut marital ou de répétition de l'utilisation est une démarche contraire à l'éthique.

Public principal 3 : prestataires cliniques

Objectifs visés

D'ici à la fin 2015, accroître le pourcentage de prestataires cliniques qui :

1. Font preuve d'une bonne connaissance du statut juridique des PCU dans leur pays, y compris de leur mode d'action, du mode d'administration, de leur efficacité et de leurs effets secondaires.
2. Peuvent efficacement aider les clients à gérer les conséquences des rapports sexuels non protégés en les conseillant sur les avantages et les limites des PCU et en fournissant des PCU.
3. Conseillent les clients des PCU sur les avantages de l'adoption d'une méthode contraceptive régulière.
4. Sont suffisamment à l'aise pour discuter des PCU avec des adolescentes et de jeunes femmes.
5. Amènent spontanément la discussion sur les PCU en matière de méthodes de planification familiale, généralement pour en expliquer l'utilisation en tant que méthode de secours.

Positionnement

Le positionnement global vis-à-vis des prestataires cliniques consistera principalement à les encourager à être professionnels et fiers de ce qu'ils font. Les arguments seront les suivants :

- Fierté de la position et de la délivrance de solutions à long terme aux clientes.
- Fierté d'être plus compétent.
- Prestige d'être perçu comme ayant autant de connaissances et comme étant très utile.
- Satisfaction à aider les femmes et les familles à améliorer leur santé.
- Fierté d'avoir satisfait les clients qui reviendront et recommanderont l'établissement à leurs amis/leur famille.

Ce positionnement devra peut-être être adapté au contexte national. Si la communauté dans son ensemble n'encourage pas le recours aux PCU, des interventions devront alors être mises en place afin de résoudre ce problème avant même d'utiliser le « prestige » comme angle de motivation. L'amélioration de la satisfaction personnelle du prestataire en offrant le service adapté à la communauté peut s'avérer plus pertinente dans ce cas.

Promesse clé

Si vous vous assurez que vos clientes connaissent les PCU comme méthode de contraception à leur disposition, vous serez réputé pour votre compétence et votre écoute, et davantage de clients s'adresseront à vous pour bénéficier de vos conseils. Ils vous considéreront comme un prestataire fiable et de qualité. Vous augmenterez ainsi votre prestige au sein de la communauté et éventuellement votre chiffre d'affaires.

Déclaration à l'appui

Les personnes qui ont été aidées et qui sont satisfaites du résultat de leur interaction avec vous recommanderont vos services à d'autres. Vous gagnerez en notoriété et en reconnaissance grâce au bouche à oreille.

Messages clés

Les messages clés à l'intention des prestataires doivent chercher à développer le nombre de prestataires fiables et compétents, sensibles au fait de pouvoir aider les femmes à éviter les grossesses non désirées, d'améliorer leur réputation professionnelle et éventuellement d'accroître leur chiffre d'affaires (secteur privé)/ de diminuer leur charge de travail (secteur public).

Voici quelques exemples illustratifs :

Assurez-vous d'avoir une connaissance précise et actualisée des PCU, y compris de leur statut juridique, de leurs avantages et de leurs effets secondaires.

- Les PCU ne provoquent pas d'avortement.
- Les PCU ne peuvent pas interrompre une grossesse en cours : elles peuvent uniquement éviter une grossesse.
- Les PCU peuvent être prises jusqu'à cinq jours après des relations sexuelles non protégées.
- Les PCU ne sont pas uniquement destinées aux cas d'agression sexuelle ou de rupture du préservatif : elles peuvent également être utilisées en cas d'oubli d'une méthode contraceptive.

Messages clés (suite)

- Offrez des conseils, un soutien et des services d'excellente qualité portant sur un large éventail de méthodes contraceptives afin d'accroître votre réputation et de mieux servir votre communauté.
- Encouragez tous les clients à utiliser une méthode contraceptive fiable afin d'éviter les grossesses non souhaitées, y compris les adolescentes sexuellement actives.
- Facilitez l'accès aux PCU dans votre établissement afin qu'elles soient utilisées opportunément.
- Informez les clients cherchant des méthodes contraceptives continues sur les PCU comme méthode de secours en cas d'urgence ou d'échec de la méthode habituelle.
- Fournissez des PCU à l'avance aux femmes qui courent le risque de subir des violences sexuelles — cette démarche ne diminuera pas le recours aux contraceptifs ou n'augmentera pas le taux de rapports sexuels non protégés, elle permettra simplement aux femmes d'avoir accès aux PCU plus rapidement en cas de besoin.
- Offrez un accès aux PCU à toutes les clientes, quels que soient leur âge, leur statut marital et leurs utilisations antérieures.
- Aidez les clientes à comprendre comment utiliser les PCU pour une efficacité optimale.
- Aidez les clientes à comprendre que les PCU sont efficaces, mais aussi que la meilleure protection contre les grossesses non souhaitées consiste à adopter une méthode moderne de planification familiale.
- Les adolescentes peuvent utiliser les PCU. Les PCU sont sans risque pour elles, même en cas d'utilisation répétée. (Le ciblage des adolescentes avec les messages sur les PCU variera en fonction du contexte juridique/politique et social du pays).
- Aucun lien n'a été établi entre l'utilisation des PCU chez les adolescentes et les jeunes adultes et l'augmentation des taux d'IST et d'infections par le VIH.

Public principal 4 : agents de santé communautaire ou distributeurs (secteurs public et privé)

Objectifs visés

En 2015, accroître le pourcentage de prestataires à base communautaire qui :

- Font preuve d'une bonne connaissance des PCU, y compris de leur efficacité, de leur mode d'action, de leurs effets secondaires et de leur mode d'administration.
- Peuvent efficacement aider les membres de leur communauté à gérer les conséquences des rapports sexuels non protégés en leur donnant des informations précises sur les PCU (et sur les possibilités d'y avoir accès).
- Orientez les clientes afin qu'elles puissent avoir accès aux PCU et à des informations à ce sujet, si vous n'êtes pas en mesure de fournir les PCU vous-même.
- Présentez des informations sur les PCU dénuées de tout préjugé, à l'attention de l'ensemble des membres de la communauté, y compris les adolescentes et les femmes non mariées, dans le cadre d'un programme de planification familiale complet.
- Orientez les clients vers les prestataires compétents pour leur faire connaître d'autres méthodes de planification familiale.

Positionnement

Les ASC ou les distributeurs doivent fournir des informations et des services en matière de PCU pour se sentir plus fiers, avoir plus de prestige au sein de la communauté et être satisfaits du service qu'ils fournissent. Les arguments seront les suivants :

- Fierté de la position et de la délivrance de solutions nécessaires aux clients.
- Prestige de disposer des toutes dernières connaissances et informations sur le planning familial.
- Satisfaction à aider les femmes et les familles à améliorer leur santé.

Suivant le contexte national, ce positionnement devra peut-être être adapté si, par exemple, la communauté dans son ensemble n'encourage pas le recours aux PCU. Des interventions devront alors être mises en place afin de résoudre ce problème avant même d'utiliser le « prestige » comme angle de motivation. L'amélioration de la satisfaction personnelle des ASC en offrant le service adapté à la communauté peut s'avérer plus pertinente dans ce cas.

Promesse clé

Si vous pouvez fournir aux membres de votre communauté des informations précises, une orientation et un accès aux PCU dans le cadre d'un programme de planification familiale complet, vous serez considéré comme compétent, fiable et utile à votre communauté (et vous pourrez également augmenter vos revenus, si le contexte de votre pays permet aux distributeurs de la communauté de vendre le produit).

Déclaration à l'appui

Les membres de la communauté s'adresseront facilement à vous pour aborder leurs problèmes liés aux grossesses non souhaitées ou aux rapports sexuels non protégés et vous demanderont conseils et directives sur la démarche à suivre. S'ils sont satisfaits, ils vous adresseront leurs pairs et amis.

Messages clés

Les messages clés pour les prestataires à base communautaire doivent chercher à développer le nombre de prestataires ouverts, compétents et fiables, qui sont très soucieux de leur communauté et souhaitent aider les femmes à choisir le moment où elles tomberont enceintes. Ils ne jugent pas les comportements des membres de leur communauté et fournissent des informations impartiales.

Les messages clés pour ce groupe peuvent inclure :

- Votre communauté compte sur vous en tant que prestataire de confiance pour lui fournir des informations sur ce qu'il convient de faire en cas de risque de grossesse non souhaitée.
- Les membres de votre communauté peuvent être impressionnés de savoir que vous disposez des informations les plus récentes (efficacité, mode d'action et effets secondaires possibles) sur les méthodes de contraception, y compris les PCU.
- En tant que premier point de contact au niveau communautaire pour l'obtention d'informations sur les PCU et les autres méthodes de contraception, vous avez un rôle clé à jouer dans le bien-être des membres de votre communauté.

Messages clés (suite)

Des informations de base sur les PCU doivent être également communiquées par l'intermédiaire de messages clés simples.

- Les PCU sont composées de deux pilules prises après des rapports sexuels non protégés pour éviter une grossesse.
- Les PCU sont plus efficaces lorsqu'elles sont prises immédiatement après des rapports non protégés. Elles peuvent cependant être efficaces jusqu'à cinq jours après des rapports sexuels non protégés.
- Les PCU sont sans risque et ne présentent des effets secondaires que très légers, qui sont temporaires et disparaissent après l'utilisation.
- L'utilisation répétée des PCU n'a aucun impact à long terme sur la santé ou la fertilité.
- Les PCU ne peuvent pas interrompre une grossesse en cours ; elles peuvent uniquement éviter une grossesse.
- Les PCU représentent une option de secours et ne doivent pas être utilisées comme méthode contraceptive régulière.
- Les PCU ne protègent pas du VIH et des autres IST. Les couples doivent toujours utiliser un préservatif pour éviter les infections par le VIH et les autres IST.
- Les PCU sont sûres d'utilisation pour les adolescentes, même si elles sont utilisées à plusieurs reprises. Les adolescentes peuvent utiliser les PCU. (Le ciblage des adolescentes avec les messages sur les PCU variera en fonction du contexte juridique/politique et social du pays).

Public principal 5 : intervenants dans le cadre des violences basées sur le genre, y compris dans les zones de crise

Objectifs visés

D'ici à la fin 2015, augmenter le pourcentage de personnes gérant les problèmes de santé reproductive en cotexte de crise et les personnes qui sont en première ligne dans les cas d'agression sexuelle (par ex., les officiers de police), qui peuvent :

1. Faire preuve d'une bonne connaissance des PCU, y compris de leur efficacité, de leurs modes d'action et d'administration.
2. Présenter des informations sur les PCU à l'ensemble des femmes actives sexuellement, y compris les adolescentes et les femmes mariées et non mariées.
3. Offrir efficacement un accès aux PCU, directement ou par l'intermédiaire d'une orientation.
4. Orienter les femmes vers les centres de santé les plus proches afin qu'elles bénéficient d'autres services tels qu'une prophylaxie postexposition pour le VIH et les autres services associés aux VBG.

Positionnement

Réponse en première ligne — dans un contexte de crise, comme un viol ou un rapport sexuel sous la contrainte, vous êtes en première ligne pour aider les femmes à éviter les grossesses non désirées et les infections par le VIH. Dans ce cas, vous êtes bien placés pour entreprendre les démarches indispensables pour les aider rapidement et efficacement à gérer les conséquences de l'agression sexuelle.

OU

Offrez une certaine tranquillité d'esprit aux victimes d'agression sexuelle. Lorsqu'une personne est violée ou forcée à avoir des relations sexuelles, vous pouvez l'aider à éviter toute grossesse non désirée et une infection par le VIH, et contribuer ainsi à sa tranquillité d'esprit pendant qu'elle gère les conséquences de l'agression sexuelle.

Promesse clé

En offrant des informations précises et pertinentes, ainsi qu'un accès aux PCU, vous gagnerez en réputation et en prestige, vous éprouverez une immense satisfaction personnelle à vous sentir capable de contribuer à l'amélioration des résultats de santé des victimes d'agression sexuelle.

Déclaration à l'appui

En tant qu'« intervenant de première ligne » face aux victimes d'agression sexuelle, vous possédez les connaissances et l'autorité nécessaires pour offrir l'aide dont les femmes ont besoin dans ce moment de vulnérabilité extrême.

Messages clés

Les messages clés destinés aux travailleurs prenant en charge les victimes de VBG doivent mettre en évidence les façons dont ils peuvent aider les victimes d'agression sexuelle. Certains messages doivent également souligner la nécessité de mettre en place un programme complet d'aide aux populations concernées.

Voici quelques exemples illustratifs :

Vous pouvez offrir une aide bienveillante et confidentielle aux victimes d'agression sexuelle.

- Vous pouvez fournir des informations précises et opportunes sur les PCU au moment où l'agression sexuelle est signalée.
- Vous pouvez communiquer des informations sur les PCU, comme leur période et mode d'administration, leur efficacité et leurs effets secondaires possibles.
- Vous pouvez donner accès aux PCU, directement ou en orientant la femme vers une source proche et facilement accessible pour elle (et, de préférence, gratuite).
- Vous pouvez entrer en liaison avec d'autres intervenants afin de vous assurer qu'un plan complet est en place pour accompagner les populations concernées.

Les pays et régions doivent mettre en place un mécanisme de réponse complet face aux VBG et impliquer toutes les parties prenantes (par ex., Ministère de la santé ; ONG locales et internationales chargées du développement, de l'humanitaire et de la société civile/organisations possédant l'expertise et l'expérience nécessaires ; représentants des communautés concernées ; et agences des Nations Unies telles que la FNUAP, l'UNHCR, l'UNICEF et l'OMS).

Public d'influence : partenaires masculins et amis aidants

Objectifs visés

D'ici à la fin 2015, accroître le pourcentage de partenaires et de pairs aidants qui :

1. Parlent à leurs pairs ou partenaires des risques de grossesse non désirée.
2. Font preuve d'une bonne connaissance des PCU, y compris de leur efficacité, de leurs modes d'action et d'administration.
3. Peuvent fournir à leurs pairs/partenaires des informations précises sur les PCU.
4. Savent où adresser leurs partenaires/pairs pour bénéficier du produit (pharmacie ou structure sanitaire locale).
5. Encouragent leurs partenaires/pairs à avoir recours aux PCU, en cas de besoin.

Positionnement

Hommes : ne laissez pas la vie vous prendre par surprise. Vous pouvez rester maître de votre vie lorsque les choses ne se déroulent pas comme prévu.

Pairs/amis : pour les jeunes femmes qui souhaitent voir leurs amis et pairs réussir, l'apprentissage et le partage des informations sur les PCU leur permettra de paraître compétentes et de se distinguer comme des leaders vers lesquels leurs pairs peuvent se tourner pour leur faire part de leurs questions ou problèmes.

Promesse clé

Hommes : les PCU peuvent vous aider, vous et votre partenaire, à éviter une grossesse non souhaitée en cas d'échec de votre méthode de contraception ou de relations sexuelles non protégées.

Pairs/amis : en soutenant vos pairs, vous gagnez en notoriété et en statut social. Vous serez heureux de savoir que vous avez aidé vos amis à éviter une situation problématique, préjudiciable pour leur santé ou leur éducation.

Déclaration à l'appui

Hommes : les hommes et les femmes peuvent prendre la décision ensemble d'utiliser les PCU afin d'éviter une grossesse non souhaitée.

Pairs/amis : en aidant les autres, vous pouvez créer le lien social dont vous-même et les autres avez besoin ; vous pouvez également accroître votre sentiment d'utilité au sein de votre communauté.

Messages clés

Les messages généraux pour les partenaires masculins et les pairs sont les suivants :

- Les PCU sont composées de deux pilules prises après des rapports sexuels non protégés pour éviter une grossesse non souhaitée.
- Les PCU sont plus efficaces lorsqu'elles sont prises immédiatement après des rapports non protégés. Elles peuvent cependant être efficaces jusqu'à cinq jours après des rapports sexuels non protégés.
- Les PCU sont disponibles dans de nombreuses pharmacies et centres de santé.
- Les PCU n'interrompent pas une grossesse en cours, elles empêchent une grossesse.
- Les PCU sont sans risque et ne présentent des effets secondaires que très légers, qui sont temporaires et disparaissent après l'utilisation.
- Les PCU représentent une option de secours et ne doivent pas être utilisées comme méthode contraceptive régulière.
- Les PCU ne protègent pas des IST et du VIH. Les couples doivent toujours utiliser un préservatif pour éviter les IST et les infections par le VIH.

Pour les partenaires aidants :

- Les grossesses non désirées peuvent provoquer un stress émotionnel et financier intense.
- Les PCU offrent aux couples une chance d'éviter une grossesse non désirée suite à des relations sexuelles non protégées ou à un échec de leur méthode de contraception.
- Les PCU sont sûres et efficaces et toutes les femmes en âge de procréer sont autorisées à les utiliser, quel que soit leur âge ou leur statut marital.
- Parlez des PCU et de la contraception à votre partenaire.
- Avec votre partenaire, allez parler à un prestataire des PCU et des autres méthodes de contraception.

Messages clés (suite)

Pour les pairs/amis :

- Les grossesses non désirées peuvent provoquer un stress émotionnel et financier intense ou forcer les jeunes filles à quitter l'école.
- Lorsqu'une femme a des relations sexuelles non protégées ou que sa méthode de contraception échoue, les PCU lui offrent une chance d'éviter une grossesse non souhaitée.
- Parlez des PCU et de leur utilisation à vos amis en cas de non utilisation de préservatifs ou d'une autre méthode de contraception.
- Encouragez vos amies qui risquent de subir des grossesses non souhaitées à parler des PCU à un pair formé ou à un prestataire.
- Accompagnez votre amie pour récupérer les PCU et apportez-lui votre soutien.

Étape 5 : Déterminer les activités et interventions

Reportez-vous à la page 22 pour une aide sur cette étape, ainsi qu'à l'« Étape 5 » du Kit de mise en œuvre pour la création de la demande (<http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/ch-step5/>) où vous trouverez d'autres ressources.

Des approches et activités suggérées sont présentées ici comme des choix appropriés pour communiquer les informations sur les PCU aux principaux publics et publics d'influence. Ces suggestions sont un point de départ, et une collaboration étroite avec les professionnels de la communication créative peut aider à assurer que la conception et la réalisation sont innovantes et convaincantes.

Dans les zones de crise, les PCU doivent être fournies dans le cadre d'une intervention d'un programme exhaustif. Pour plus d'informations, consultez le Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health in Crisis Situations—Distance Learning Module by the Women's Refugee Commission (Ensemble de services initiaux minimaux en faveur de la santé reproductive dans les situations de crise - Module d'apprentissage à distance par la commission pour les femmes réfugiées) (<http://misp.rhrc.org/>, en anglais).

Médias de masse

Zone d'intervention	Exemples d'activités	Objet	Public visé
Forme abrégée pour les médias	Publicité à la TV ou la radio abordant les principales idées fausses sur les PCU et les avantages d'utilisation des PCU.	Accroître la sensibilisation.	Femmes en âge de procréer (FAP) Partenaires masculins Pairs/amis
Forme longue pour les médias	Série dramatique radiodiffusée ou télévisée	Augmenter la sensibilisation et rectifier les connaissances. Changer les normes sociales.	FAP Partenaires masculins Pairs/amis
Supports imprimés	<ul style="list-style-type: none"> Roman photo. Publicité/histoire dans les magazines ou journaux lus par le public visé. 	Augmenter la sensibilisation et fiabiliser les connaissances.	FAP Partenaires masculins Pairs/amis
Médias numériques et santé mobile	<ul style="list-style-type: none"> Numéro de ligne d'assistance téléphonique pour des conseils personnalisés. Message libre pour les informations standard. (Le partenariat MAMA a mis au point des messages adaptables qui incluent la contraception d'urgence et qui sont inspirés des directives de l'OMS et de l'UNICEF. Les messages MAMA contenus sur le site Web sont proposés gratuitement et n'importe quelle organisation peut demander à adapter ou à utiliser les messages dans leurs propres programmes locaux. Les messages sont disponibles via le site www.mobilemamaalliance.org.) Sites Web d'information. Page Facebook. 	Améliorer la sensibilisation et la connaissance du moment idéal de prise et du dosage/ mode d'action.	FAP Partenaires masculins

Interventions dans les points de diffusion (pharmacies)

Zone d'intervention	Exemples d'activités	Objet	Public visé
Formation initiale	Intégrer les PCU à la formation initiale.	Augmenter la sensibilisation.	Personnel des pharmacies
Représentants médicaux	<ul style="list-style-type: none"> • Visites régulières dans les pharmacies effectuées par des représentants formés afin de créer une relation avec le personnel du point de diffusion et de changer les comportements. • Communiquer des messages clés et des informations pour aider le personnel du point de diffusion à conseiller correctement les clients. 	<p>Améliorer la connaissance des PCU.</p> <p>Corriger les idées fausses.</p> <p>Aider à répondre aux questions.</p>	Personnel des pharmacies
Outils de travail	Aide-mémoire avec carte de la posologie que le personnel des pharmacies peut utiliser pour communiquer aux clients des messages clés sur les PCU.	S'assurer que les connaissances et les messages clés sont communiqués à chaque client.	Personnel des pharmacies
Enseignement numérique/à distance	<ul style="list-style-type: none"> • Ligne d'assistance téléphonique ou service de SMS. (Le partenariat MAMA a mis au point des messages adaptables qui incluent la contraception d'urgence et qui sont inspirés des directives de l'OMS et de l'UNICEF. Les messages MAMA contenus sur le site Web sont proposés gratuitement et n'importe quelle organisation peut demander à adapter ou à utiliser les messages dans leurs propres programmes locaux. Les messages sont disponibles via le site www.mobilemamaalliance.org.) • Partager les toutes dernières recherches et pratiques. • Publier/distribuer les publications professionnelles. 	<p>Améliorer la connaissance.</p> <p>Améliorer la sûreté d'administration des PCU.</p> <p>Gérer les préjugés.</p>	Personnel des pharmacies
Documents sur le point de vente	Brochure que les clients peuvent emporter à la maison pour les lire.	Améliorer les connaissances des clients.	FAP Partenaires masculins Pairs/amis
Formation sur site	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les PCU à la formation existante. • Développer ou réviser les recommandations cliniques relatives aux PCU. • Organiser des réunions avec les associations nationales ou régionales médicales et/ou pharmaceutiques. 	Améliorer la connaissance.	Personnel des pharmacies
Marketing social d'un produit à faible coût	Travailler en collaboration avec une organisation MS pour commercialiser un produit subventionné et/ou à faible coût et en assurer la distribution dans tout le pays.	Augmenter la disponibilité et offrir un coût abordable.	FAP Partenaires masculins
Plan incitatif	Récompenser les pharmacies et les points de diffusion qui distribuent le produit en proposant offres spéciales ou documents promotionnels.	Augmenter la disponibilité.	Personnel des pharmacies

Services au niveau des structures sanitaires

Zone d'intervention	Exemples d'activités	Objet	Public visé
Formation initiale	Intégrer les PCU dans la formation initiale de tous les prestataires, notamment les médecins, infirmières, sages-femmes.	Augmenter la sensibilisation.	Tout le personnel médical (médecins, infirmières, sages-femmes)
Formation sur site	<ul style="list-style-type: none"> Intégrer les PCU à la formation médicale existante. Développer ou réviser les recommandations cliniques relatives aux PCU. 	<p>Améliorer la connaissance.</p> <p>Améliorer la sûreté d'administration des PCU.</p>	Tout le personnel médical (médecins, infirmières, sages-femmes)
Services cliniques	<ul style="list-style-type: none"> Introduire les conseils en matière de PCU et leur administration dans les services de planification familiale complets proposés par les structures sanitaires, par l'intermédiaire des secteurs publics, privés ou des ONG. Former les prestataires ou actualiser leurs connaissances sur l'administration et la posologie des PCU. Développer les aides au conseil. 	<p>Optimiser l'accès.</p> <p>Faciliter le lien avec les autres méthodes contraceptives.</p> <p>Gérer les préjugés du prestataire.</p>	Tout le personnel médical (médecins, infirmières, sages-femmes)
Visites médicales dans les structures sanitaires	Proposer un soutien personnalisé grâce à des visites de supervision et une formation sur site.	<p>Gérer les préjugés et les connaissances du prestataire.</p> <p>Améliorer la connaissance.</p>	Tout le personnel médical (médecins, infirmières, sages-femmes)
Plan incitatif	Récompenser les structures sanitaires qui distribuent le produit en proposant offres spéciales ou documents promotionnels.	Augmenter la disponibilité.	Tout le personnel médical (médecins, infirmières, sages-femmes)
Enseignement numérique/à distance	<ul style="list-style-type: none"> Proposer un accompagnement à distance du personnel médical par l'intermédiaire d'une ligne d'assistance téléphonique ou d'options de messages textuels échangés avec le personnel médical formé. Accéder aux informations disponibles sur le Web via des téléphones mobiles. Partager les toutes dernières recherches et pratiques. Publier/distribuer des publications professionnelles. Organiser des réunions cliniques avec les associations nationales ou régionales médicales. 	<p>Améliorer l'exactitude des connaissances.</p> <p>Augmenter la confiance.</p> <p>Augmenter l'acceptation.</p> <p>Augmenter la couverture.</p>	Tout le personnel médical (médecins, infirmières, sages-femmes)
Documents sur le point de vente	Brochure que les clients peuvent emporter à la maison pour les lire.	Améliorer l'exactitude des connaissances.	FAP Partenaires masculins
Outils de travail	Aide-mémoire avec carte de la posologie pour communiquer aux clients des messages clés sur les PCU.	S'assurer que les connaissances et les messages clés sont communiqués à chaque client.	Tout le personnel médical (médecins, infirmières, sages-femmes)

Services, sensibilisation et approches à base communautaire

Zone d'intervention	Exemples d'activités	Objet	Public visé
Sensibilisation des ASC	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les messages clés sur les PCU à la formation existante des ASC. • Développer/adapter des documents et des outils de travail pour fournir des directives sur les conseils et l'orientation vers les PCU. • Fournir des échantillons de produits aux ASC. • Autoriser les ASC à distribuer et administrer les PCU. • Concevoir un système d'orientation formel entre les ACS et les structures sanitaires utilisant des incitations non monétaires, par exemple la réception rapide de clients que l'on veut orienter a un impact positif rapide sur le prestige de l'ACS dans sa communauté. • Développer et produire un programme d'enseignement à distance par radio pour les travailleurs communautaires qui favorisent des comportements positifs et des relations avec les communautés et les structures sanitaires d'orientation. • Mettre en place de groupes d'écoute de radio et/ou de groupes de support pair à pair pour les programmes d'enseignement à distance d'ASC. • Concevoir des badges, des boutons et autres articles en appui du positionnement central et de la promotion de la qualité. 	<p>Augmenter la sensibilisation et l'exactitude des connaissances.</p> <p>Optimiser l'accès.</p> <p>Corriger les idées fausses.</p>	Prestataires à base communautaire
Interventions de pair-à-pair ⁵	<ul style="list-style-type: none"> • Former les jeunes femmes qui ont vécu une grossesse non souhaitée ou qui connaissent une proche ayant vécu ce cas de figure afin qu'elles conseillent leurs pairs sur les PCU. • Exploiter les médias universitaires et les magazines destinés à la jeunesse (en toute discrétion). 	<p>Augmenter la sensibilisation et l'acceptation.</p> <p>Changer les normes sociales.</p>	Jeunes femmes
Approches communautaires	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser des représentations théâtrales et des dialogues autour de la santé reproductive, maternelle et infantile, en incluant les PCU et le planning familial avec l'aide d'utilisatrices satisfaites (et de leurs partenaires) comme agents de promotion. • Organiser des groupes de discussion pour les hommes, les femmes et/ou les couples et/ou les jeunes gens. 	Augmenter le soutien social en faveur des PCU.	FAP Partenaires masculins Pairs/amis

Postes de police et zones de crise

Zone d'intervention	Exemples d'activités	Objet	Public visé
Formation et distribution	<ul style="list-style-type: none"> Former les officiers de police sur les soins complets à prodiguer aux victimes d'agression sexuelle et à l'aide et l'assistance qu'ils peuvent offrir aux femmes qui en ont besoin. Autoriser les officiers de police à administrer les PCU. 	<p>Augmenter la sensibilisation.</p> <p>Renforcer le système d'orientation vers les services prenant en charge les victimes des violences basées sur le genre.</p>	Officiers de police
Références	Amener les officiers de police à orienter les victimes de viol vers les structures sanitaires ou les hôpitaux locaux pour qu'elles y soient traitées.	<p>Augmenter la sensibilisation.</p> <p>Optimiser l'accès.</p> <p>Renforcer le système d'orientation vers les services prenant en charge les victimes des violences basées sur le genre.</p>	Officiers de police
Documents d'informations imprimés	Développer des dépliants indiquant aux femmes l'objectif et la localisation des services de soins aux victimes de viol.	Augmenter la sensibilisation.	Femmes victimes d'agression sexuelle Pairs/amis
Références	<ul style="list-style-type: none"> Amener les soldats et/ou les travailleurs sociaux à orienter les victimes de viol vers les structures sanitaires locales pour qu'elles y soient traitées. Faire appel aux sages-femmes/accoucheuses traditionnelles comme « points de référence » ou pour délivrer des messages et encourager les femmes à une consultation confidentielle et bénéficier de l'orientation nécessaire. 	<p>Augmenter la sensibilisation.</p> <p>Optimiser l'accès.</p> <p>Renforcer le système d'orientation vers les services prenant en charge les victimes des violences basées sur le genre.</p>	Personnel travaillant en contexte de crise Femmes victimes d'agression sexuelle
Centres pour les femmes	Mettre en place des zones de soin sécurisées où les femmes peuvent venir chercher des conseils et de l'aide en toute confidentialité.	Optimiser l'accès.	Personnel travaillant en contexte de crise Femmes victimes d'agression sexuelle

Étape 6 : Planifier le monitoring et l'évaluation (« Monitoring and Evaluation », M&E)

Reportez-vous à la page 25 pour une aide sur cette étape, ainsi qu'à l'« Étape 6 » du Kit de mise en œuvre pour la création de la demande (<http://sbccimplementationkits.org/demandrnmch/ch-step6/>) où vous trouverez d'autres ressources.

Les indicateurs suivants sont des exemples d'indicateurs utiles pour mesurer les données en entrée, sortie, les résultats et l'impact du programme.

Femmes en âge de procréer :

- Nombre d'annonces diffusées à la télévision. (Suivi – statistiques des canaux de communication)
- Proportion de femmes en âge de procréer qui pensent que les PCU représentent une option saine et acceptable. (Évaluation – enquête omnibus ou enquête représentative à l'échelle nationale)
- Nombre d'exemples d'utilisations des PCU après une campagne de création de la demande. (Évaluation – statistiques de service)
- Proportion d'utilisateurs de la planification familiale qui ont eu recours aux PCU au cours des 12 derniers mois. (Évaluation – EDS ou enquête représentative à l'échelle nationale)
- Proportion de femmes en âge de procréer qui disent avoir parlé avec leur époux des options de planification familiale, y compris des PCU. (Évaluation – enquête omnibus ou enquête représentative à l'échelle nationale)
- Proportion de femmes en âge de procréer qui déclarent savoir où accéder aux informations et services pour les PCU. (Évaluation – enquête omnibus ou enquête représentative à l'échelle nationale)
- Proportion de femmes qui ont entendu parler des PCU. (Évaluation – enquête omnibus ou enquête représentative à l'échelle nationale)
- Proportion de femmes qui déclarent savoir où se procurer des PCU. (Évaluation – enquête omnibus ou enquête représentative à l'échelle nationale)
- Proportion de femmes qui possèdent une connaissance adéquate des PCU. (Évaluation – enquête omnibus ou enquête représentative à l'échelle nationale)
- Proportion de femmes qui pensent que les PCU sont à un prix abordable. (Évaluation – enquête omnibus ou enquête représentative à l'échelle nationale)
- Nombre de foyers visités par des prestataires non cliniques. (Suivi – données fournies spontanément par les prestataires)

Prestataires :

- Nombre de prestataires cliniques formés sur les PCU. (Suivi – dossiers du programme)
- Nombre d'orientations par des prestataires non cliniques utilisant les cartes de conseils. (Suivi – données fournies spontanément par les prestataires)
- Proportion de prestataires cliniques qui indiquent avoir une forte autonomie pour la fourniture de PCU. (Évaluation – données fournies spontanément par les prestataires ou enquête)
- Proportion de prestataires possédant une connaissance précise des PCU, y compris de leur mécanisme d'action, de leur efficacité, de leur mode d'administration et de leurs effets secondaires.
- Proportion des prestataires qui se sentent suffisamment à l'aise pour conseiller les clientes et administrer les PCU.
- Nombre de clientes des PCU conseillées et servies sur une base mensuelle. (statistiques de service)

Pharmaciens :

- Proportion de points de diffusion disposant de PCU. (Suivi – données d'enquête ou visites de clients mystère)
- Nombre de pharmaciens formés sur les PCU. (Suivi – dossiers du programme)
- Proportion de pharmaciens possédant une connaissance précise des PCU, y compris de leur mécanisme d'action, de leur efficacité, de leur mode administration et de leurs effets secondaires. (Évaluation – données fournies spontanément par les prestataires, enquête ou visites de clients mystère)
- Proportion des pharmaciens qui se sentent suffisamment à l'aise pour conseiller les clientes et administrer les PCU. (Évaluation – données fournies spontanément par les prestataires ou enquête)
- Nombre de clientes des PCU servies sur une base mensuelle. (Suivi – dossiers de service/ventes)

Agents à base communautaire :

- Proportion d'ASC possédant une connaissance précise des PCU, y compris de leur mécanisme d'action, de leur efficacité, de leur mode administration et de leurs effets secondaires. (Évaluation – données fournies spontanément par les prestataires ou enquête)
- Nombre d'ASC formés. (Suivi – dossiers du programme)
- Proportion d'ASC qui se sentent suffisamment à l'aise pour conseiller les clientes (et administrer les PCU). (Évaluation – données fournies spontanément ou enquête)
- Nombre de clientes des PCU orientées sur une base mensuelle. (Suivi – dossiers de service/ventes)

Zones de crise :

- Nombre et type de sites offrant des PCU dans le cadre des services proposés.
- Nombre de femmes ayant subi des violences sexuelles et conseillées sur les PCU (et pourvues en PCU ou orientées). (Suivi – dossiers de service/ventes)

Partenaires masculins/pairs :

- Proportion de partenaires masculins et/ou de pairs ayant indiqué avoir vu des spots télévisés liés aux PCU. (Suivi – enquêtes représentatives à l'échelle nationale)
- Proportion de partenaires masculins et/ou de pairs qui considèrent que les PCU représentent une option saine et acceptable. (Évaluation – enquêtes omnibus ou enquêtes représentatives à l'échelle nationale)
- Proportion de partenaires masculins et/ou de pairs qui indiquent avoir parlé avec leur épouse et/ou amie des PCU. (Évaluation – enquêtes omnibus ou enquêtes représentatives à l'échelle nationale)

Références



- Abdulghani, H. M., Karim, S. I., & Irfan, F. (2009). Emergency contraception: Knowledge and attitudes of family physicians of a teaching hospital, Karachi, Pakistan. *Journal Health Population and Nutrition*, 27(3), 339-334.
- Ahonsi, B., Salisu, I., Idowu, A., & Oginni, A. (2012). Providers' and key opinion leaders' attitudes, beliefs, and practices regarding emergency contraception in Nigeria. Final survey report. New York: Population Council.
- Boonstra, H. (2002). Emergency contraception: The need to increase public awareness. *The Guttmacher Report on Public Policy*, 5(4), 3-6.
- Bradley, S. E. K., Croft, T. N., & Rutstein, S. O. (2011). The impact of contraceptive failure on unintended births and induced abortions: Estimates and strategies for reduction. *Demographic and Health Surveys (DHS) Analytical Studies No. 22*. Calverton, MD: ICF Macro. Retrieved from <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/AS22/AS22.pdf>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Byamugisha, J. K., Mirembe, F. M., Faxelid, E., & Gemzell-Danielsson, K. (2007). Knowledge, attitudes and prescribing pattern of emergency contraceptives by health care workers in Kampala, Uganda. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86(9), 1111-1116.
- Ebuehi, O. M., Ebuehi, O. A., & Inem, V. (2006). Health care providers' knowledge of, attitudes toward and provision of emergency contraceptives in Lagos, Nigeria. *International Family Planning Perspectives*, 32(2), 89-93.
- Gold, E. (2011). DKT Ethiopia's postpill emergency contraceptive: An assessment of provider and customer attitudes and behaviors. Ethiopia: DKT.
- Görgen, R. M., & Ndonko, F. (2006). Trust in Aunties: Testimony and counselling through teenage mothers: A successful way to achieve behaviour change and empower youth. Heidelberg, Germany and Cameroon: Evaplan and GTZ.
- Guttmacher Institute. (2006). Easy access to EC increases teenagers' use, but does not lead to risky behavior. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38(1), 55-56.
- Halpern, V., Raymond, E. G., & Lopez, L. M. (2011). Repeated use of pre- and postcoital hormonal contraception for prevention of pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD007595. doi: 10.1002/14651858.CD007595.pub2.
- Health Communication Capacity Collaborative (HC3). (2013). Demand generation for 13 life-saving commodities: A synthesis of the evidence. Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs.
- International Consortium for Emergency Contraception (ICEC). (2012). How social marketing and NGOs are expanding access to emergency contraception. New York: ICEC. Retrieved from http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2013/01/social_mktg_handout.pdf
- International Consortium for Emergency Contraception (ICEC), & International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). (2011). Mechanism of action: How do levonorgestrel-only emergency contraceptive pills (LGN ECPs) prevent pregnancy? New York: ICEC. Retrieved from http://www.figo.org/files/figo-corp/MOA_FINAL_2011_ENG.pdf
- Ipas. (2007). Europe region evidence-based clinical update No. 1: Emergency contraception. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Judge, S., Peterman, A., & Keesbury, J. (2011). Provider determinants of emergency contraceptive counseling and provision in Kenya and Ethiopia. *Contraception*, 83(5), 486-490.
- Keesbury, J., Wanjiru, M., & Maina, K. (2010). Mainstreaming emergency contraception pills in Kenya: Policy brief. Nairobi, Kenya: Population Council and Population Services International Kenya. Retrieved from http://www.popcouncil.org/pdfs/2010RH_MainstreamECKenyaBrief.pdf
- Keesbury, J., Zama, M., & Shreeniwas, S. (2009). The Copperbelt model of integrated care for survivors of rape and defilement. Testing the feasibility of police provision of emergency contraceptive pills. Lusaka, Zambia: Population Council. Retrieved from http://www.popcouncil.org/pdfs/2009RH_ZambiaCopperbeltModelIntCare.pdf
- Kerber, K. J., de Graft-Johnson, J. E., Bhutta, Z. A., Okong, P., Starrs, A., & Lawn, J. E. (2007). Continuum of care for maternal, newborn, and child health: From slogan to service delivery. *The Lancet*, 370, 1358-1369.
- Khan, M. E., Shaikh, G. R., Hossain, S. M. I., Mir, A. M., & Rob, U. (2008). Introduction of emergency contraceptive pills in the public health system of Pakistan: A South-to-South collaboration. New York: Population Council, *Frontiers in Reproductive Health*.
- Kincaid, D.L., Figueroa, M.E., Storey, D., & Underwood, C. (2007). A social ecology model of communication, behavior change, and behavior maintenance (working paper). Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs.
- Kishore, V., Misro, M. M., & Nandan, D. (2010). Providers' knowledge, attitude and dispensing practices of e-pills in government dispensaries of South District in Delhi, India. *Indian Journal of Community Medicine*, 35(1), 46-51.
- Mané, B., Brady, M., RamaRao, S., & Mbow, F. B. (2012). Providers' and key opinion leaders' attitudes and practices regarding emergency contraception in Senegal: Key findings. Program brief. New York: Population Council. Retrieved from http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2012RH_ECBriefSenegal.pdf

- Noar, S. M. (2006). A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: Where do we go from here? *Journal of Health Communication*, 11(1), 21-42.
- Orijji, V. K., & Omietimi, J. E. (2011). Knowledge, attitude, and practice of emergency contraception among medical doctors in Port Harcourt. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 14(4), 428-431.
- Owino, B., & Keesbury, J. (2007). Who uses Emergency Contraceptives? A profile of ECPs Users from Urban pharmacies in Kenya. Nairobi, Kenya: Population Council.
- Parker, C. (2005). Adolescents and emergency contraceptive pills in developing countries. FHI Working Paper Series No. WP05-01. Washington, DC: Family Health International.
- Population Council, & Population Services International (PSI) Kenya (2009). Mainstreaming emergency contraception in Kenya: Final narrative report (unpublished). Nairobi, Kenya: Population Council.
- Program for Appropriate Technology in Health (PATH). (2004). Resources for emergency contraceptive pill programming: A toolkit. Seattle, WA: PATH.
- Raine, T. R., Harper, C. C., Rocca, C. H., Fischer, R., Padian, N., Klausner, J. D., et al. (2005). Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs: A randomized controlled trial. *JAMA*, 293(1), 54-62.
- Reproductive Health Supplies Coalition. (2013). Emergency contraceptive pills. Caucus on new and underused reproductive health technologies: Product brief. Washington, DC: Reproductive Health Supplies Coalition. Retrieved from http://www.path.org/publications/files/RHSC_ecp_br.pdf
- Ronsman, C., & Graham, W. (2006). Maternal mortality: Who? When? Where? Why? *The Lancet*, 368, 1189-1200.
- Schiavon, R., & Westley, E. (2008). From pilot to mainstream: A decade of working in partnerships to expand access to emergency contraception in Mexico. *Global Public Health*, 3(2), 149-164.
- Sevil, U., Yanikkerem, E., & Hatipoglu, S. (2006). A survey of knowledge, attitudes and practices relating to emergency contraception among health workers in Manisa, Turkey. *Midwifery*, 22(1), 66-77.
- Singh, S., Sedgh, G., & Hussain, R. (2010). Unintended pregnancy: Worldwide levels, trends and outcomes. *Studies in Family Planning*, 41(4), 241-250.
- Skibiak, J. P., Chambeshi-Moyo, M., & Ahmed, Y. (2001). Testing alternative channels for providing emergency contraception to young women. Nairobi, Kenya: Population Council.
- Steiner, M. J., Raymond, E., Attafuaah, J. D., & Hays, M. (2000). Provider knowledge about emergency contraception in Ghana. *Journal of Biosocial Science*, 32(1), 99-106.
- Syahdul, D. E., & Amir, L. H. (2005). Do Indonesian medical practitioners approve the availability of emergency contraception over-the-counter? A survey of general practitioners and obstetricians in Jakarta. *BMC Women's Health*, 5, 3.
- UN Commission on Life-Saving Commodities (UNCoLSC) for Women's and Children's Health. (2012). Commissioner's report. Retrieved from http://www.everywomaneverychild.org/images/UN_Commission_Report_September_2012_Final.pdf
- United Nations Population Fund (UNFPA). (2012). Fact Sheet: Adolescent Girls' Sexual and Reproductive Health Needs. From childhood to womanhood: Meeting the sexual and reproductive health needs of adolescent girls. New York: UNFPA.
- Uzuner, A., Ünalın, P., Akman, M., Çifçili, S., Tuncer, I., Çoban, E., Yikilkan, H., et al. (2005). Providers' knowledge of, attitude to and practice of emergency contraception. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 10(1), 43-50.
- Weiss, D. C., Harper, C. C., Speidel, J. J., & Raine, T. R. Does emergency contraception promote sexual risk-taking? San Francisco: Bixby Center for Global Reproductive Health, University of California. Retrieved from http://bixbycenter.ucsf.edu/publications/files/DoesECPromoteSexRiskTaking_2008.pdf
- Westley, E., Kapp, N., Palermo, T., & Bleck, J. (2013). A review of global access to emergency contraception. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 123(1), 4-6.
- Williams, K. (2011). Provider related barriers to accessing emergency contraception in developing countries: A literature review. Washington, DC: Population Council. Retrieved from http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2011RH_ECBarriersLitReview.pdf
- Women's Refugee Commission. (2011). Minimum initial service package (MISP) for reproductive health in crisis situations: A distance learning module. New York: Women's Refugee Commission. Retrieved from <http://misp.rhrc.org/>
- Yam, E. A., Gordon-Strachan, G., McIntyre, G., Fletcher, H., Garcia, S. G., Becker, D., et al. (2007). Jamaican and Barbadian health care providers' knowledge, attitudes and practices regarding emergency contraceptive pills. *International Family Planning Perspectives*, 33(4), 160-167.

Coordonnées

Hope Hempstone | United States Agency for International Development (USAID) | hhempstone@usaid.gov

Stephanie Levy | United States Agency for International Development (USAID) | slevy@usaid.gov

Zarnaz Fouladi | United States Agency for International Development (USAID) | zfouladi@usaid.gov

Heather Chotvacs | Population Service International (PSI) | hchotvacs@psi.org

Sanjanthi Velu | Johns Hopkins Center for Communication Programs (CCP) | svelu1@jhu.edu



Life
Saving
Commodities
Improving access,
saving lives

