

Note de politique de l'étude Yam Daabo (interventions pour accroître l'utilisation de la planification familiale dans le post-partum), Burkina Faso, Mai 2019

Membres de l'équipe de recherche Yam Daabo au Burkina Faso : Séni Kouanda, Blandine Thiéba, Abou Coulibaly, Maurice Yameogo, Tiéba Millogo, Fatou Sissoko, Souleymane Zan, Asa Cuzin, Mary Eluned Gaffield, Sihem Landoulsi, Armando Seuc, Nguyen-Toan Tran

Etude Yam Daabo : il est possible d'augmenter l'adoption des méthodes contraceptives par les femmes dans le post-partum au moyen d'interventions peu coûteuses et efficaces

Contexte général et justification de l'étude Yam Daabo

En Afrique subsaharienne, les femmes ont un besoin élevé non satisfait de planification familiale jusqu'à un an après l'accouchement (« postpartum »). Ce besoin non satisfait en planification familiale dans le post-partum (PFPP) peut atteindre 75%, comme en Afrique de l'Ouest et du Centre [1] – malgré les avantages bien connus de la PFPP : plus de 30% des décès maternels, 21% des décès juvéniles et 10% des décès infantiles pourraient être évités en espaçant efficacement les intervalles naissance-grossesse d'au moins deux ans [2]. Objectifs de l'étude Yam Daabo (c'est-à-dire « votre choix » en Mooré, l'une des langues locales du Burkina Faso) : (i) identifier les barrières et les catalyseurs liés à la PFPP [7], (ii) concevoir des interventions pour surmonter les principales barrières, et (iii) tester l'efficacité des interventions qui en résultent sur l'utilisation contraceptive à 12 mois postpartum.

Méthodes :

Il s'agissait d'un essai multi-intervention pragmatique randomisé en grappes à deux groupes, mené dans des centres de soins de santé primaires [8]. Huit centres de soins de santé primaires ont été utilisés pour la phase interventionnelle dans les zones rurales du Burkina Faso (province du Passoré, région du Nord et l'une des plus pauvres du pays) et de la République démocratique du Congo.

Pour chaque pays, au moins 560 participantes enceintes ont été incluses pour le suivi (280 femmes enceintes dans chacun des deux groupes d'étude : intervention et contrôle). Le principal résultat était l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne à 12 mois. L'étude a été enregistrée dans le Registre panafricain des essais cliniques sous le numéro PACTR201609001784334 et a reçu l'approbation éthique de chaque pays ainsi que de l'OMS.

Interventions mises en œuvre

Un paquet de six interventions a été identifié, chaque intervention ciblant spécifiquement une barrière à l'utilisation de la planification familiale retenue pendant la phase formative du projet [9]

Trois interventions axées sur les cliniques :

- **Formation de mise à jour** pour les prestataires de services (6 jours), axée sur le counseling efficace en PFPP et la révision pratique des contraceptifs habituellement disponibles.
- **PFPP intégrée à la supervision de soutien de routine**, couvrant qualité des soins et motivation du personnel (visite tous les 3-4 mois).
- **Disponibilité des services et des méthodes de PFPP** pendant la période immédiate et prolongée suivant l'accouchement.

Trois interventions axées sur les clientes :

- **Outil de counseling dédié à la PFPP** pour soutenir une approche systématique du counseling sur ses avantages et pour traiter les idées fausses [10].
- **Cartes de rendez-vous** pour aider les femmes à respecter les visites programmées pendant la grossesse et après l'accouchement.
- **Lettres d'invitation** que les femmes peuvent choisir de donner (ou non) à leur partenaire pour encourager la participation de ceux-ci lors des visites de suivi.

Résultats principaux

Au Burkina Faso, 571 femmes ont été recrutées (intervention : 286, contrôle : 285). A 12 mois, le TPCM était de 55% chez les femmes ayant reçu le paquet et de 29% chez celles ayant reçu des soins de routine avec une différence significative sur le plan statistique. La proportion de femmes utilisant des méthodes de longue durée d'action (30% vs 17%) et de courte durée d'action (26% vs 12%) a aussi doublé. Des différences statistiquement significatives de TPCM entre le groupe interventionnel et le groupe témoin avaient déjà été observées à six semaines (42% vs 10%, respectivement) et à six mois (59% vs 24%, respectivement).

Potentiel de mise à l'échelle : l'étude Yam Daabo a pris en compte la rareté des ressources et, par conséquent, n'a pas fourni de méthodes ou de services gratuits et n'a pas engagé davantage de ressources humaines ou changé la composition du personnel dans les services de santé. Cette expérience montre qu'il est possible d'améliorer l'adoption des méthodes contraceptives dans le post partum avec des interventions simples et peu coûteuses. Aussi, nous recommandons le passage à l'échelle du paquet d'intervention au niveau des services de santé de première ligne.

Remerciements

Les auteurs remercient sincèrement : les participantes de l'étude, le personnel des centres de santé, les enquêtrices, le Ministère de la Santé du Burkina, le gouvernement de France (financement de cette recherche dans le cadre de l'Initiative de Muskoka sur la santé maternelle et infantile).

Références

1. Rossier C, Bradley SE, Ross J, Winfrey W. Reassessing unmet need for family planning in the postpartum period. *Studies in family planning*. 2015;46(4):355-67.
2. Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. *The Lancet*. 2006;368(9549):1810-27.
3. Sonalkar S, Mody S, Gaffield ME. Outreach and integration programs to promote family planning in the extended postpartum period. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2014;124(3):193-7.
4. Cleland J, Shah IH, Daniele M. Interventions to Improve Postpartum Family Planning in Low-and Middle-Income Countries: Program Implications and Research Priorities. *Studies in family planning*. 2015;46(4):423-41.
5. Blazer C, Prata N. Postpartum family planning: current evidence on successful interventions. *Open Access Journal of Contraception*. 2016:53.
6. World Health Organization. Programming strategies for postpartum family planning. Geneva: 2013.
7. Tran N, Yameogo W, Gaffield M, Langwana F, Mashinda D, Seni K. Postpartum Family Planning Barriers and Catalysts in Burkina Faso and the Democratic Republic of Congo: a Multi-Perspective Study *Open Access Journal of Contraception*. 2018.
8. Tran NT, Gaffield ME, Seuc A, Landoulsi S, Yameogo WME, Cuzin-Kihl A, et al. Effectiveness of a package of postpartum family planning interventions on the uptake of contraceptive methods until twelve months postpartum in Burkina Faso and the Democratic Republic of Congo: the YAM DAABO study protocol. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):439.
9. Tran NT, Yameogo WME, Langwana F, Gaffield ME, Seuc A, Cuzin-Kihl A, et al. Participatory action research to identify a package of interventions to promote postpartum family planning in Burkina Faso and the Democratic Republic of Congo. *BMC Women's Health*. 2018.
10. Tran NT, Yameogo M, Langwana F, Kouanda S, Thieba B, Mashinda D, et al. Birth spacing and informed family planning choices after childbirth in Burkina Faso and the Democratic Republic of Congo: participatory action research to design and evaluate a decision-making tool for providers and their clients. *Patient Education and Counseling*. 2018.