

DONNÉES PROBANTES POUR SOUTENIR LA PRISE DE DÉCISION
DES DONATEURS ET DES GOUVERNEMENTS

Intégrer délibérément les déterminants sociaux de la santé dans les programmes de changement social et de comportement dans le domaine de la planification familiale

Rapport technique



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

**Breakthrough
ACTION**
FOR SOCIAL & BEHAVIOR CHANGE



Remerciements

Breakthrough ACTION, projet financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et basé au Centre pour les programmes de communication (CCP) de l'université Johns Hopkins, tient à remercier Lynn M. Van Lith, Olivia Carlson, Sarah Kennedy et Carol Underwood pour avoir rédigé ce document. De plus, l'équipe de Breakthrough ACTION adresse ses remerciements au personnel de l'USAID et à ses partenaires à travers le monde pour leur examen technique et leurs précieuses contributions aux versions antérieures recueillies par une consultation d'experts : Arame Gueye Sène (Social Change Factory), Adolfo Martínez Valle (Réseau d'apprentissage conjoint pour la couverture santé universelle - Joint Learning Network for Universal Health Coverage), Angela Brasington (Bureau de la population et de la santé reproductive, USAID), Angela Donkin (National Foundation for Educational Research), Asha George (École de santé publique, Université du Cap-Occidental), Babafunke Fagbemi (Centre pour la communication et l'impact social - Centre for Communication and Social Impact), Beverly Ho (Ministère de la Santé, Philippines), Beverly Johnston (Bureau de la population et de la santé reproductive, USAID), Christine Galavotti (Fondation Bill et Melinda Gates), Foyeke Oyedokun (USAID/ Nigéria), Funmi OlaOlorun (Université

d'Ibadan, Nigéria), Karen Hardee (Hardee Associates, LLC), Kayode Afolabi (Directrice, Santé reproductive, Ministère fédéral de la Santé du Nigéria), Lindsay Swisher (Bureau de la population et de la santé reproductive, USAID), Lulu Msangi (USAID/ Tanzanie), Magnatie de Serifou (Ministère de la promotion de la jeunesse et de l'emploi des jeunes, Côte d'Ivoire), Marissa Courey (Bureau des systèmes de santé, USAID), Marni Sommer (École de santé publique Mailman, Université de Columbia), Naomi Serbantez (Conseillère résidente, Initiative présidentielle des États-Unis contre le paludisme, USAID/Tanzanie), Rafael Obregón (Fonds des Nations Unies pour l'enfance/Paraguay), Sara Nieuwoudt (Université de Witwatersrand, Afrique du Sud), Shawn Malarcher (Bureau de la population et de la santé reproductive, USAID), Silvio Waisbord (Université George Washington), Susan Igras (Université de Georgetown), et Victoria Boydell (Université de Lancaster).

Breakthrough ACTION souhaite également remercier Joanna Skinner, Danette Wilkins, Antje Becker-Benton et Téléphore Kaboré pour leurs minutieuses corrections, Rebecca Pickard pour sa révision détaillée, ainsi qu'Acacia Betancourt, en collaboration avec Brevity et Wit, pour ses personnalisations inclusives des illustrations et son travail réfléchi.

Citation recommandée :

Breakthrough ACTION. (2022). *Intégrer délibérément les déterminants sociaux de la santé dans les programmes de changement social et de comportement dans le domaine de la planification familiale : un rapport technique*. Centre pour les programmes de communication de l'université Johns Hopkins.

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

Table des matières

- 03 Objectifs
 - 04 Contexte
 - 05 Aborder les déterminants sociaux de la santé pour améliorer les inégalités en matière de santé dans les programmes de planification familiale : considérations et pratiques prometteuses
 - 11 Lacunes en termes de mise en œuvre
 - 12 Conclusion
 - 13 Références
-

Acronymes

- FP/SR** Planification familiale et santé reproductive
- HIP** Pratiques à haut impact
- CSC** Changement social et de comportement
- DSS** Déterminants sociaux de la santé
- USAID** Agence des États-Unis pour le développement international (United States Agency for International Development)
- OMS** Organisation mondiale de la Santé





Objectifs

Le domaine du changement social et de comportement (CSC) reconnaît qu'au-delà du modèle biomédical de la santé, des facteurs affectent la santé et le bien-être aux niveaux individuel, familial, communautaire et sociétal. Cependant, à ce jour, les interventions de CSC en matière de planification familiale et de santé reproductive (PF/SR) se sont principalement concentrées sur l'identification et le changement de comportements chez les individus, les groupes et les communautés, négligeant trop souvent les causes profondes des disparités en matière de santé liées à la PF/SR et comment les approches de CSC peuvent et doivent être utilisées pour y faire face.^{1,A}

Les **objectifs** de ce rapport sont de (1) synthétiser ce que l'on sait sur la lutte contre les inégalités des déterminants sociaux de la santé (DSS) en matière de PF/SR ; (2) proposer des arguments pour les futurs programmes de CSC afin de remédier aux inégalités des DSS en matière de PF/SR sur la base de données probantes existantes ; et (3) d'identifier les lacunes de la recherche en termes de mise en œuvre qui devraient être abordées pour soutenir

l'utilisation du CSC afin de remédier aux inégalités des DSS en matière de PF/SR.

Ce document fournit des données probantes pour guider la prise de décision stratégique des donateurs et des gouvernements en soutien aux initiatives de CSC visant à réduire les inégalités en matière de PF/SR. Bien que le rapport se concentre sur des exemples provenant du domaine de la PF/SR, son contenu est largement applicable au CSC dans tous les domaines de la santé et du développement. Breakthrough ACTION a élaboré ce rapport parallèlement à un outil programmatique avec des conseils pratiques pour les professionnels du CSC. Cette ressource contribue au travail dans le cadre de la priorité « soutenir le changement social » dans [le programme d'action commun de changement social et de comportement en faveur de la planification familiale](#). Le changement social inclut des dimensions normatives, des facteurs politiques et structurels, ainsi que des approches de responsabilité sociale permettant aux communautés de demander des comptes aux prestataires de soins de santé, aux services et aux gouvernements par rapport à leurs performances.

** Alors que des programmes pertinents ont accordé une attention accrue aux dimensions normatives (par exemple, Social Norms Learning Collaborative et le projet Passages), les politiques, les facteurs structurels et les approches en matière de responsabilité sociale ont été explorés dans une bien moindre mesure.*

Contexte

À la fin du 20^e siècle, les professionnels et les chercheurs dans le domaine de la promotion de la santé ont reconnu que les comportements individuels en matière de santé étaient influencés par le contexte dans lequel les gens vivent. Par conséquent, ils ont proposé des approches combinées de santé publique qui traitent des déterminants sociaux et structurels de la santé au niveau individuel et macro.⁵ Un certain nombre de modèles et de cadres ont été élaborés pour permettre de développer cette approche, notamment le cadre de travail de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé,⁶ le cadre Healthy People 2030,⁷

et la Pyramide d'impact sur la santé de Frieden.⁸

Les DSS ont un impact sur plusieurs indicateurs de PF/SR, y compris les grossesses non désirées ; les femmes issues de milieux défavorisés sont à la fois plus susceptibles de connaître une grossesse non désirée et d'en subir des conséquences plus graves par rapport aux femmes plus favorisées.⁹ De plus, les jeunes, confrontés aux inégalités sociales, ont un besoin en contraception insatisfait plus élevé en raison de contraintes économiques, culturelles, sociales, religieuses, logistiques et juridiques qui limitent leur accès à des contraceptifs sûrs et abordables.¹⁰

Termes clés

L'équité en santé « implique qu'idéalement, chacun devrait avoir une chance équitable d'atteindre son plein potentiel de santé et, de manière plus pragmatique, que personne ne devrait être désavantagé dans la réalisation de ce potentiel, si cela peut être évité ».²

L'équité en matière de santé est le principe ou l'objectif qui motive les efforts visant à éliminer les disparités en matière de santé entre les groupes de personnes qui sont économiquement ou socialement moins bien lotis par rapport à leurs homologues mieux lotis, tels que différents groupes raciaux/ethniques ou socio-économiques ou groupes définis par le statut d'invalidité, l'orientation sexuelle ou l'identité de genre. Ceux qui s'efforcent d'améliorer les inégalités en matière de santé déploient des efforts particuliers pour améliorer la santé des personnes économiquement ou socialement défavorisées.³

L'iniquité a une « dimension morale et éthique » et fait référence à des différences qui sont inutiles, évitables et injustes.²

Les **déterminants sociaux de la santé** sont « les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, et l'ensemble plus large de forces et de systèmes façonnant les conditions de la vie quotidienne. Ces forces et systèmes comprennent les politiques et systèmes économiques, les programmes de développement, les normes sociales, les politiques sociales et les systèmes politiques ».⁴

Les normes de genre inégales et préjudiciables ont un impact sur les comportements et les résultats en matière de santé de tous les individus, y compris les hommes, les garçons et les personnes non binaires de tous âges, en limitant l'accès aux services et aux soins complets de PF/SR.

Les cadres et modèles de processus du CSC les plus efficaces visent déjà à inclure et à examiner de nombreux déterminants

sociaux affectant la PF/SR et d'autres comportements de santé.¹¹⁻¹⁵ Malgré ces efforts et d'autres pour attirer l'attention sur les barrières structurelles profondes qui entravent la santé, le domaine du CSC en est souvent réduit à se concentrer sur l'individu. Il doit faire plus pour traiter ces déterminants dans la mesure du possible.

Aborder les déterminants sociaux de la santé pour améliorer l'équité en matière de santé dans les programmes de planification familiale : considérations et pratiques prometteuses

Breakthrough ACTION a mené une revue rapide de la littérature afin de synthétiser les considérations majeures et les pratiques prometteuses pour la conception d'interventions en termes de CSC qui abordent les DSS afin de réduire les inégalités en PF/SR. Cependant, de nombreuses considérations sont largement applicables au-delà des domaines de la planification familiale et du CSC. Plusieurs approches prometteuses pour réduire les inégalités dans les programmes de PF/SR ont été documentées, bien que davantage de données probantes soient nécessaires. La synthèse suivante des données probantes disponibles à ce jour peut être, cependant, utilisée pour éclairer les décisions futures en matière de politique, de financement et de programmation.

Considérations générales

Alors que les donateurs et les décideurs continuent d'intégrer les inégalités en matière de santé dans leurs programmes et d'aborder efficacement les facteurs

politiques et structurels, plusieurs considérations peuvent aider à guider la planification. La communauté PF/SR doit commencer à regarder au-delà de l'accès aux services de santé reproductive et identifier les lacunes dans des domaines tels que la pauvreté, l'éducation, la garde des enfants, le logement, les affaires, le droit, les médias, la planification communautaire, les transports et l'agriculture. Les données actuelles suggèrent les pistes suivantes pour guider la réflexion dans ce domaine :

Exiger que les programmes de CSC fournissent la preuve d'un partenariat significatif avec les communautés dans tous les aspects de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation du programme de CSC afin de garantir que les activités du projet sont guidées par les besoins et les valeurs de la communauté.

Les donateurs et les décideurs des programmes de PF/SR doivent s'assurer que les organisations qu'ils financent appliquent systématiquement et intentionnellement une réflexion et des actions éthiques dans leur

travail, guidées par l'objectif de réduire les disparités et par les valeurs exprimées par les communautés engagées. Ce processus implique de comprendre les structures de pouvoir communautaires afin de ne pas exacerber les inégalités et d'établir des partenariats significatifs et équitables avec les communautés dans lesquelles elles travaillent. Cela implique d'adopter une approche fondée sur les actifs et de partager le pouvoir décisionnel avec les partenaires communautaires tout au long du cycle de vie d'un projet.^{1,16} L'intégration de valeurs qui élargissent la conception des interventions, telles que l'inclusivité, l'ouverture, le caractère raisonnable, la réactivité et la responsabilité, peut permettre une meilleure prise en compte de la complexité du problème.

Explorer des partenariats à long terme, multisectoriels et cofinancés pour lutter plus efficacement contre les déterminants sociaux des inégalités en matière de PF/SR. S'attaquer aux déterminants sociaux des inégalités en matière de PF/SR nécessite plus de temps, de ressources et de collaboration multisectorielle par rapport aux interventions qui s'adressent aux indicateurs individuels et interpersonnels de la santé. Les donateurs, les décideurs gouvernementaux et les professionnels du CSC qu'ils financent doivent collaborer avec des secteurs autres que la santé afin de déterminer comment leurs programmes, pratiques et politiques affectent la santé des individus, des familles et des communautés. Ils doivent également formuler des objectifs et des rôles complémentaires et optimiser les opportunités de collaboration entre les acteurs au niveau du pays, du district et de la communauté. L'action sur les DSS doit impliquer le gouvernement, la société civile et les communautés locales, les entreprises, les forums mondiaux, les agences internationales et tous les secteurs clés de la société.¹⁷ Les donateurs et les décideurs peuvent également envisager un cofinancement intersectoriel, ce qui augmente les chances que les interventions

structurelles soient hiérarchisées et mises en œuvre efficacement.¹⁸ Grâce à la coordination intersectorielle, les approches structurelles peuvent être hiérarchisées lorsqu'il existe un engagement à coopérer, et les données probantes de l'impact dans tous les secteurs sont mesurées grâce à une collecte de données.¹⁸

Donner la priorité aux interventions de CSC qui traitent des déterminants structurels et intermédiaires des résultats de PF/SR. Les déterminants structurels et intermédiaires contribuent à la marginalisation intersectionnelle et aux résultats de santé inéquitables. Par exemple, un examen de 59 études menées au Népal a révélé que plusieurs déterminants structurels facilitaient l'utilisation des services de maternité, notamment la richesse du foyer, le niveau d'éducation élevé des femmes et de leurs maris et l'accessibilité des établissements de santé. Des variables intermédiaires telles que la recherche tardive de soins, l'éloignement des structures et le mauvais état des routes ont également joué un rôle. Même si de nombreux programmes examinés ont réussi à améliorer la couverture globale des services, les groupes favorisés en ont davantage profité.¹⁹ Les gouvernements locaux et les professionnels du CSC doivent s'attaquer activement aux déterminants structurels et intermédiaires lors de la conception des politiques de santé et d'autres politiques sectorielles. Le fait de combiner l'offre et la demande en matière d'interventions assure une coordination étroite afin que chacun ait accès à des services de qualité.

Veiller à ce que les programmes de PF/SR offrent une couverture équitable des produits et services de PF/SR. La répartition équitable et la couverture des interventions sont des considérations essentielles pour réduire les inégalités. Une analyse dans 36 pays à revenu faible ou moyen a révélé que la plupart des interventions avaient un impact plus élevé parmi les riches dans la plupart des pays,

à quelques exceptions près. Les interventions effectuées au niveau communautaire sont généralement réparties plus équitablement que celles qui sont réalisées dans des structures fixes.²⁰ Les décideurs politiques et les professionnels du CSC doivent tirer les leçons des succès des interventions à base communautaire pour étendre et adapter ces stratégies afin de réduire les inégalités dans la couverture des interventions environnementales, basées sur les structures sanitaires et axées sur la culture. De plus, les dimensions de l'accessibilité des services – accessibilité, acceptabilité, disponibilité et hébergement, abordabilité et pertinence – s'influencent mutuellement et doivent être prises en compte pour déterminer si et comment l'accessibilité des services varie entre les sous-groupes.²¹ Par exemple, une femme célibataire peut ne pas se voir proposer des options contraceptives si son prestataire suppose qu'elle ne sera pas sexuellement active tant qu'elle n'est pas mariée. La promotion de comportements positifs des prestataires pour améliorer l'interaction client-prestataire et la qualité des soins peut, à son tour, soutenir l'utilisation volontaire de la PF et l'accès équitable aux services de PF/SR.⁹

Exiger l'intégration du genre tout au long du cycle de vie du projet. L'inégalité de genre structurée et ses formes sont interconnectées, ce qui signifie que « le changement d'un aspect de l'inégalité de genre peut avoir des effets involontaires sur d'autres formes d'inégalité de genre », et que les normes de genre peuvent ne pas évoluer vers l'égalité de façon linéaire au fil du temps.²² Par exemple, « la participation économique des adolescentes et des femmes est entravée par les normes de genre liées au mariage précoce et aux rôles de procréation et d'éducation des enfants ». ¹⁰ Les interventions en matière de CSC doivent viser à réduire l'inégalité de genre par le biais d'interventions

transformatives dans le domaine du genre, tout en tenant compte des dynamiques de pouvoir.

Intégrer une perspective du parcours de vie dans les stratégies et les portefeuilles des programmes de PF/SR.

Comme les besoins contraceptifs des individus et des couples changent avec le temps, il en va de même pour la force et le poids des déterminants de l'utilisation de la contraception. Par exemple, les facteurs sociaux qui façonnent la vulnérabilité d'une adolescente sont probablement différents de ceux d'une femme mariée plus âgée. Les donateurs et les décideurs doivent tenir compte de la manière dont les besoins en PF/SR peuvent varier tout au long de la vie et s'assurer que les programmes de PF/SR financés traitent les déterminants sociaux de l'utilisation des contraceptifs tout au long de la vie, ainsi que le potentiel d'accumulation d'injustices²³ qui peuvent avoir un impact sur la capacité d'une personne à utiliser la méthode contraceptive de son choix. Si une femme a vécu régulièrement dans des conditions de stress, comme les générations qui l'ont précédée, avec des expériences de vie qui ont exacerbé sa vulnérabilité, il se peut qu'elle n'ait ni le même soutien pour envisager d'utiliser une méthode contraceptive, ni la possibilité de demander des services de PF/SR.

Encourager les approches participatives à base communautaire pour aborder les déterminants des résultats de PF/SR au niveau communautaire. Les caractéristiques de la communauté peuvent influencer les besoins non satisfaits et les comportements d'espacement des naissances. Les analyses de 44 Enquêtes Démographiques et de Santé démontrent que les facteurs au niveau communautaire – y compris les normes de genre, la pauvreté/la richesse, l'emploi, les connaissances en matière de santé et l'exposition aux médias – entraînent une pression sociale qui influence les besoins

non satisfaits et les comportements d'espacement des naissances.²⁴ Pour aborder ces déterminants et améliorer l'équité, les professionnels doivent envisager des approches participatives à base communautaire qui s'appuient sur les forces et les ressources de la communauté et offrent des « opportunités significatives de travailler en partenariat », y compris un engagement, une prise de décision et une conception conjointe équitables des interventions entre professionnels et membres de la communauté.²⁵ Les approches de conception centrées sur l'humain qui intègrent un véritable processus de conception conjointe et la participation active des utilisateurs finaux ne sont qu'une approche à privilégier.²⁶

Renforcer les systèmes nationaux et mondiaux de surveillance de l'équité en santé afin d'assurer le suivi de la PF/SR et d'autres inégalités et iniquité en matière de santé. La mesure est essentielle pour évaluer l'action et sensibiliser le public. Les gouvernements et les organisations internationales devraient mettre en place des systèmes nationaux et mondiaux de surveillance de l'équité en santé pour assurer le suivi de routine des inégalités en matière de santé et de DSS et devraient évaluer l'impact des politiques et des actions sur l'équité en santé. Cela nécessite d'accorder plus d'attention aux déterminants sociaux dans la recherche en santé publique.¹⁷ De plus, la communauté CSC devrait inclure un éventail de facteurs plutôt qu'une seule mesure pour évaluer les inégalités et surveiller les effets des interventions involontaires qui peuvent augmenter les inégalités et/ou avantager certains par rapport à d'autres.²⁷ Bien que l'équité soit complexe et comprendre de multiples aspects, la réduire en parties distinctes à des fins de mesure est une nécessité pour évaluer l'impact sur la santé.²⁸ Une exploration plus approfondie de la manière dont ces mesures peuvent être appliquées dans les programmes de CSC portant sur la santé reproductive est nécessaire.

Intégrer délibérément les déterminants sociaux de la santé dans les programmes de changement social et de comportement dans le domaine de la planification familiale : rapport technique

Utiliser un prisme intersectionnel pour analyser et traiter les DSS qui désavantagent des sous-groupes spécifiques. La littérature a fréquemment fait référence à des considérations spécifiques pour aborder les DSS qui affectent de manière négative et disproportionnée la santé des femmes et des filles, en particulier celles qui vivent dans la pauvreté. L'inégalité de genre est le résultat de relations de pouvoir qui structurent la façon dont les sociétés sont organisées, les lois sont établies et les économies fonctionnent.²⁹ Par exemple, l'intersection des normes de genre, des inégalités et d'autres déterminants sociaux conduit à de moins bons résultats en termes de santé pour les adolescentes qui, par rapport aux garçons, ont tendance à recevoir moins d'éducation et d'informations sur la sexualité et la reproduction, ont un accès plus limité aux services de santé et sont plus exposées au risque d'avoir des rapports sexuels non protégés. Une étude analysant les tendances dans 74 pays a révélé que chaque année d'éducation supplémentaire pour les filles est liée à une augmentation de quatre à sept points de pourcentage dans l'utilisation des contraceptifs modernes.³⁰ Les partenariats entre les secteurs (c'est-à-dire l'éducation ou l'agriculture) sont donc essentiels pour aborder les DSS, comme



les années d'éducation, qui ont un impact sur l'utilisation de la contraception chez les adolescents et créent et maintiennent un changement positif.²²




La santé reproductive et l'emploi sont inextricablement liés pour les femmes, car les grossesses planifiées et non planifiées et la procréation ont un impact sur la capacité d'une femme à rechercher des opportunités économiques. Des études de cas au Brésil, au Paraguay, en Uruguay, en Afrique du Sud, aux Philippines et au Vietnam démontrent que les investissements dans l'éducation et la PF/SR, suivis d'investissements dans la protection sociale et les institutions du marché du travail, ont augmenté le nombre d'offres d'emplois de meilleure qualité, ce qui a permis à davantage de femmes d'entrer sur le marché du travail.³¹ Par conséquent, les politiques, qui répondent aux besoins de PF/SR, renforcent les institutions du marché du travail et offrent une protection sociale, peuvent permettre aux femmes de mieux contrôler leur fécondité, y compris

le moment et l'espacement des naissances. Le plaidoyer en faveur de telles politiques gouvernementales peut être une autre voie à suivre pour créer un environnement plus propice au choix libre et éclairé.

Pour s'assurer que les interventions atteignent les plus nécessiteux, les donateurs et les décideurs doivent s'assurer que les programmes de CSC tiennent compte des déterminants sociaux à travers un prisme intersectionnel et examiner comment les diverses formes de discrimination fondées sur la race, le sexe, la sexualité, la classe sociale et d'autres identités sociales se chevauchent pour créer et renforcer une dynamique de pouvoir inégale et des résultats de PF/SR entre les sous-groupes. Un document de 2021 sur les pratiques à impact élevé en matière de planification familiale identifie trois catégories de caractéristiques pouvant être associées à des résultats inéquitables en matière de PF/SR (voir le tableau 1).

Tableau 1

Catégories de caractéristiques potentiellement liées aux résultats inéquitables de la planification familiale

	Économiques	Richesse, pauvreté, stabilité des revenus, emploi, profession
	Sociales	Âge, race, origine ethnique, caste, sexe attribué à la naissance, identité de genre, orientation sexuelle, religion, nationalité, langue, éducation, handicap, normes sociales et de genre
	Environnementales	Situation géographique (milieu urbain/rural, distance des services de santé), contexte humanitaire

Source : Reproduit à partir de *High Impact Practices in Family Planning (HIP). Créer un accès équitable à des informations et à des services de planification familiale de haute qualité : un guide de planification stratégique.* Washington, DC.
<https://www.fphighimpactpractices.org/engage-with-the-hips/>

Approches et outils de CSC prometteurs en matière de PF/SR

Les exemples ci-dessous, documentés en grande partie à partir de la littérature évaluée par des pairs, constituent un point de départ pour une exploration plus approfondie des interventions et des considérations potentielles de CSC afin d'éclairer les futures décisions de programmation, en particulier en ce qui concerne les résultats de PF/SR.

Soins centrés sur les clients : plusieurs approches ont été identifiées pour améliorer les services de PF/SR et assurer des soins centrés sur les clients, y compris les services de santé mobiles ; offrir le choix le plus vaste possible de méthodes contraceptives ; assurer des soins abordables et de qualité ; intégrer des services pour une efficacité maximale ; et se concentrer sur les populations mobiles, y compris les migrants et les réfugiés.¹⁰ Les professionnels du CSC peuvent se coordonner avec les ministères de la santé et d'autres partenaires chargés de la prestation de services pour soutenir ces stratégies et les exploiter pour mieux faire connaître et demander la PF, assurer l'équité dans l'utilisation et renforcer la confiance des clients dans des services de qualité.

Chèques-services de PF/SR : la recherche montre que les chèques-services augmentent l'accès et l'utilisation des contraceptifs à longue durée chez les femmes ayant les niveaux d'éducation les plus bas et dans le quintile de richesse le plus pauvre ; ils réduisent les obstacles financiers et génèrent une demande pour les services de PF/SR.³² Les responsables de l'élaboration des programmes peuvent explorer davantage l'utilisation de cette approche pour réduire les inégalités en matière de PF/SR. Les professionnels du CSC peuvent tirer parti des programmes de chèques-services menés par les partenaires chargés de la prestation de services pour augmenter la demande en services de PF/SR.

Responsabilité sociale : les approches de responsabilité sociale peuvent être

efficaces pour encourager le suivi et la surveillance des performances et de la réactivité des secteurs public et privé par le biais d'une action collective. Bien que certaines des données concernant l'impact sont mitigées, une méta-analyse a démontré que, lorsqu'elles sont appliquées de manière stratégique, les approches en matière de responsabilité sociale peuvent avoir un impact sur les résultats en matière de santé.³³ Par exemple, une intervention de responsabilité sociale en Ouganda a amélioré les résultats de la PF/SR en intégrant les droits et les obligations à la sensibilisation à la PF/SR et à l'éducation sanitaire.³⁴ Une étude récente menée au Ghana et en Tanzanie a validé les mesures des attitudes et des comportements des utilisateurs de services dans un processus de responsabilité sociale pour améliorer les services en matière de contraception, ce qui peut éclairer les efforts supplémentaires visant à mesurer les résultats intermédiaires.³⁵ Une exploration plus approfondie des approches créatives qui encouragent la responsabilité sociale mérite d'être poursuivie. Grâce à la communauté et à d'autres efforts de mobilisation sociale, le CSC peut être utilisé pour tenir les gouvernements responsables de la mise en œuvre de politiques aux niveaux national et/ou local qui traitent directement de la PF/SR ainsi que des déterminants sociaux qui façonnent l'utilisation de la PF.

Diagnostiquer l'iniquité et déterminer les obstacles à l'utilisation : Health Policy Plus a développé un outil pour identifier les inégalités dans les programmes de PF/SR qui permet aux utilisateurs de transformer facilement les données des enquêtes démographiques et de santé afin d'identifier les inégalités entre les pays et les zones géographiques infranationales.³⁶ Les professionnels du CSC peuvent utiliser ces données pour une segmentation plus granulaire afin de garantir que les services de PF/SR atteignent les populations mal desservies.

Des ressources supplémentaires pour identifier les inégalités en matière de PF/SR comprennent :

- [Créer un accès équitable à des informations et à des services de planification familiale de haute qualité : un guide de planification stratégique](#)¹⁶
- [Boîte à outils d'évaluation de l'équité de l'OMS](#)³⁷
- [Échelle d'autonomisation reproductive](#)³⁸
- [Échelle d'autonomie reproductive](#)³⁹
- [PMA DataLab](#)⁴⁰ et [outil d'autonomisation reproductive](#)⁴¹
- [Processus de mesure de l'état de pauvreté des clients](#)⁴²
- [Évaluation de la prestation de services](#)⁴³

Une fois que les sous-groupes confrontés à des inégalités en matière de PF/SR ont été identifiés, il convient de chercher à éliminer les obstacles (par exemple, le manque d'accès ; les politiques restrictives, la stigmatisation ; et les normes sociales, culturelles ou de genre) menant aux inégalités.¹⁶ Une utilisation plus poussée de ces outils pourrait soutenir la coordination entre les initiatives de CSC et de prestation de services.

Lacunes en termes de mise en œuvre

Les considérations et les approches prometteuses ci-dessus, basées sur la littérature et les données probantes, doivent être considérées comme un *point de départ* pour la conception de stratégies de CSC visant à réduire les inégalités en matière de PF/SR. Des recherches supplémentaires sont nécessaires dans les domaines suivants pour mieux comprendre comment les DSS ont un impact sur les résultats de la PF/SR et comment les stratégies en matière de CSC sont les mieux placées pour y répondre.

- Comment les stratégies en matière de CSC devraient-elles être utilisées pour améliorer l'équité au sein de la PF/SR ?⁹ (par exemple, plaider pour un changement de politique, influencer le débat public et les normes, et contribuer à/soutenir l'action collective)
- Comment pouvons-nous favoriser une meilleure compréhension des mécanismes par lesquels les déterminants sociaux et les facteurs liés au mode de vie affectent la capacité à atteindre les intentions en termes de fertilité dans différents contextes ?³⁰
- Comment pouvons-nous garantir que les groupes mal desservis, en particulier ceux dont l'accès aux services est restreint en raison de la distance et/ou de la capacité de payer le transport ou les services, sont atteints ?
- Comment les inégalités liées à la PF/SR sont-elles définies et évaluées ? Quelles méthodes et quels indicateurs sont appropriés pour évaluer l'iniquité dans la fourniture de contraceptifs et l'accès à l'information, et comment les analyses sur l'équité peuvent-elles prendre en compte plus directement les préférences, le choix et le volontarisme ?⁴⁴
- Comment les méthodes complexes peuvent-elles être utilisées pour évaluer les changements en termes d'équité/de DSS résultant des interventions en matière de CSC ?
- Comment mesurer au mieux les interrelations entre divers déterminants sociaux et la santé pour façonner les interventions en matière de CSC dans les interventions du programme de PF/SR ?⁴⁵



Conclusion

L'objectif de l'examen des données probantes était de synthétiser les considérations fondées sur des données probantes pour réduire les inégalités en matière de PF/SR par le biais des programmes de CSC et de susciter un intérêt pour la nécessité urgente de s'attaquer plus intentionnellement aux DSS qui façonnent les résultats en matière de PF/SR. Idéalement, les donateurs, les gouvernements, les décideurs politiques, la société civile, les chercheurs et les responsables de l'élaboration des programmes doivent s'aligner autour des données probantes pour justifier une plus grande attention et un plus grand

investissement dans ce domaine. Aborder les DSS dans un programme de CSC n'est pas linéaire et sera probablement, parfois, un processus compliqué et long. Une réflexion plus approfondie est nécessaire afin de définir des objectifs concrets à court, moyen et long terme pour un changement social qui profite à ceux qui restent mal desservis. Les preuves et les considérations présentées ici inspireront, espérons-le, les décideurs à aborder les déterminants sociaux de la santé et, ce faisant, à réduire les inégalités en matière de PF.

Références

- 1 Igras, S., Kohli, A., Bukuluki, P., Cislighi, B., Khan, S., & Tier, C. (2020). Bringing ethical thinking to social change initiatives: Why it matters. *Global Public Health*, 16(6), 882–894. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1820550>
- 2 Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, 6(3), 217–228.
- 3 Braveman, P. (2014). What is health equity: and how does a life-course approach take us further toward it? *Maternal and Child Health Journal*, 18(2), pp. 366–372.
- 4 OMS. (s.d.) Social Determinants of Health [webpage]. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
- 5 Davies, J. K. (2013 Nov). *Health Promotion: A Unique Discipline?* [Occasional Paper] Auckland: Health Promotion Forum of New Zealand. <https://www.hauora.co.nz/assets/files/Occasional%20Papers/Health%20Promotion%20is%20a%20Discipline%2027%20Nov.pdf>
- 6 Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health* [Document de travail]. Geneva: OMS. https://www.who.int/social_determinants/corner/SDHDP2.pdf?ua=1
- 7 U.S. Department of Health and Human Services. (2021). *Healthy People 2030* [site Web]. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. <https://health.gov/healthypeople>
- 8 Frieden, T. R. (2010). A framework for public health action: the health impact pyramid. *American journal of Public Health*, 100(4), 590–595.
- 9 Malarcher, S., & OMS. (2010). *Social Determinants of Sexual and Reproductive Health: Informing Future Research and Programme Implementation*. OMS. https://www.who.int/social_determinants/tools/WHO_SocialDeterminantsSexualHealth_2010.pdf
- 10 Fédération internationale pour la planification familiale (International Planned Parenthood Federation). (2017). *Under-served and Over-Looked: Prioritizing Contraceptive Equity for the Poorest and Most Marginalized Women and Girls*. https://www.ippf.org/sites/default/files/2017-07/IPPF_Underserved_Overlooked.pdf
- 11 Breakthrough ACTION. (2020). *Organigramme de CSC Breakthrough ACTION et RECHERCHE*. <https://breakthroughactionandresearch.org/sbc-flow-chart/>
- 12 Johns Hopkins Center for Communication Programs (Centre des programmes de communication). (2021). *The P-Process*. The Compass. <https://www.thecompassforsbc.org/sbcc-tools/p-process>
- 13 Save the Children. (2018). *Integrated Social and Behavior Change Framework* CORE Group. <https://coregroup.org/wp-content/uploads/2018/06/Save-the-Children.pdf>
- 14 USAID & C-Change. (2012). *C-Modules: A Learning Package for Social and Behavior Change Communication*. FHI360. <https://www.fhi360.org/resource/c-modules-learning-package-social-and-behavior-change-communication>
- 15 The Manoff Group. *Think | BIG: Behavior Integration Guidance* [site Web]. Think BIG. <https://thinkbigonline.org/index>
- 16 High Impact Practices in Family Planning (HIP). (2021). *Créer un accès équitable à des informations et à des services de planification familiale de haute qualité : un guide de planification stratégique*. Washington, DC. <https://www.fphighimpactpractices.org/engage-with-the-hips/>
- 17 Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S., & Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669.
- 18 Remme, M., Vassall, A., Lutz, B., Luna, J., & Watts, C. (2014). Financing structural interventions: going beyond HIV-only value for money assessments. *AIDS*, 28(3), 425–434. doi:10.1097/QAD.0000000000000076
- 19 Khatri, R. B. & R. Karkee. (2018). Social determinants of health affecting utilisation of routine maternity services in Nepal: a narrative review of the evidence. *Reproductive Health Matters* 26(54), pp. 32–46.
- 20 Leventhal, D. G., Crochemore-Silva, I., Vidaletti, L. P., Armenta-Paulino, N., Barros, A. J., & Victora, C. G. (2021). Delivery channels and socioeconomic inequalities in coverage of reproductive, maternal, newborn, and child health interventions: analysis of 36 cross-sectional surveys in low-income and middle-income countries. *The Lancet Global Health*, 9(8), e1101–e1109. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(21\)00204-7](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(21)00204-7)
- 21 Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 1–9.

- 22 George, A. S., Amin, A., de Abreu Lopes, C. M., & Ravindran, T. S. (2020). Structural determinants of gender inequality: why they matter for adolescent girls' sexual and reproductive health. *The BMJ*, 368, l6985. <https://doi.org/10.1136/bmj.l6985>
- 23 Braveman, P. (2014). What is health equity: and how does a life-course approach take us further toward it? *Maternal and Child Health Journal*, 18(2), pp. 366-372.
- 24 Metheny, N., & Stephenson, R. (2017). How the community shapes unmet need for modern contraception: an analysis of 44 demographic and health surveys. *Studies in Family Planning*, 48(3), pp. 235-251.
- 25 Schulz, A. J., Krieger, J., & Galea, S. (2002). Addressing social determinants of health: community-based participatory approaches to research and practice. *Health Education & Behavior*, 29(3), 287-95.
- 26 Breakthrough ACTION. (2021). *Tirer parti de la conception centrée sur l'humain pour la planification familiale : enseignements et considérations*. Breakthrough ACTION et RECHERCHE. <https://breakthroughactionandresearch.org/wp-content/uploads/2021/02/Leveraging-HCD-for-FP.pdf>
- 27 O'Neill, J., Tabish, H., Welch, V., Petticrew, M., Pottie, K., Clarke, M., Evans, T., Pardo Pardo, J., Waters, E., White, H., & Tugwell, P. (2014). Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(1), 56-64.
- 28 Heller, J., Givens, M. L., Yuen, T. K., Gould, S., Jandu, M. B., Bourcier, E., & Choi, T. (2014). Advancing efforts to achieve health equity: equity metrics for health impact assessment practice. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(11), 11054-11064.
- 29 Sen, G., & Östlin, P. (2008). Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. *Global Public Health*, 3(Suppl 1), 1-12.
- 30 Slaymaker, E., Scott, R. H., Palmer, M. J., Palla, L., Marston, M., Gonsalves, L., Say, L., & Wellings, K. (2020). Trends in sexual activity and demand for and use of modern contraceptive methods in 74 countries: a retrospective analysis of nationally representative surveys. *The Lancet Global Health*, 8(4), e567-e579. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30060-7](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30060-7)
- 31 Gammage, S., Sultana, N., & Glinski, A. (2020). Reducing vulnerable employment: Is there a role for reproductive health, social protection, and labor market policy? *Feminist Economics*, 26(1), 121-153.
- 32 Bajracharya, A., Veasnakiry, L., Rathavy, T., & Bellows, B. (2016). Increasing uptake of long-acting reversible contraceptives in Cambodia through a voucher program: Evidence from a difference-in-differences analysis. *Global Health: Science and Practice*, 4(Supplement 2), S109-S121.
- 33 Fox, J. A. (2015). Social accountability: what does the evidence really say? *World Development*, 72, pp. 346-361.
- 34 Boydell, V., Neema, S., Wright, K., & Hardee, K. (2018). Closing the gap between people and programs: lessons from implementation of social accountability for family planning and reproductive health in Uganda. *African Journal of Reproductive Health*, 22(1), 73-84.
- 35 Boydell, V., Steyn, P. S., Cordero, J. P., Habib, N., Nguyen, M. H., Nai, D., & Shamba, D. (2020). Adaptation and validation of social accountability measures in the context of contraceptive services in Ghana and Tanzania. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 1-23.
- 36 Jurczynska, K., K. Ward, S. Farid, L Teplitskaya, and K. Bietsch. (2020). Approach for Diagnosing Inequity in Family Planning Programs: Methodology and Replication Guide. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus.
- 37 Boîte à outils d'évaluation de l'équité de l'OMS. https://www.who.int/data/gho/health-equity/assessment_toolkit
- 38 MEASURE Evaluation Reproductive Empowerment Scale; <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tl-20-81.html>
- 39 Échelle d'autonomie reproductive : <https://www.ansirh.org/research/reproductive-autonomy-scale>
- 40 PMA datalab tool: <https://datalab.pmadata.org/>
- 41 PMA reproductive empowerment tool: reproductive empowerment tool : <https://www.pmadata.org/publications/presentation-and-applicationconceptualframework-womens-and-girlsempowerment>
- 42 Processus de mesure de l'état de pauvreté des clients : <https://www.msichoices.org/media/2123/measuring-poverty-for-optimal-fp2020-programming.pdf>
- 43 Évaluation de la prestation de services : <https://dhsprogram.com/Methodology/Survey-Types/SPA-Questionnaires.cfm>
- 44 Hardee, K., Houghtaling, E., Stratton, S., Askew, I., Venkatraman, C. M., Maggwa, B., Gomez Ponce de Leon, R., & Malarcher, S. (2019). *Discussion Paper on Equity for the HIP Partnership. HIP: Family Planning High Impact Practices*. <https://www.fphighimpactpractices.org/wp-content/uploads/2020/08/HIP-Equity-Discussion-Paper.pdf>
- 45 Dover, D. C., & Belon, A. P. (2019). The health equity measurement framework: a comprehensive model to measure social inequities in health. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 1-12.