

Utiliser le changement social et comportemental pour renforcer la confiance en matière de santé sexuelle et reproductive

Synthèse de données probantes et recommandations

NOTE TECHNIQUE



Table des matières

1	Remerciements & Acronymes
2	Quelle est la valeur attachée à la compréhension des déterminants et des bénéfices de la confiance ?
3	Méthodes
4	Définir la confiance et ses composantes
5	Faits marquants et opportunités
6	Bénéfices de la confiance
7	Conséquences du manque de confiance
7	Déterminants de la confiance
14	Déterminants transversaux : Perceptions de la qualité des soins
15	Adolescents et jeunes
16	Possibilités d'utilisation du CSC pour renforcer la confiance placée dans les structures de prestation de services de SSR
16	Recommandations générales
16	Recommandations destinées aux responsables de la mise en œuvre du programme travaillant sur la prestation de services
18	Recommandations destinées aux responsables de la mise en œuvre des programmes travaillant sur les questions politiques et normatives
19	Conclusion
20	Références
23	Annexes
23	Annexe 1 : Participants consultés
24	Annexe 2 : Définitions clés

Remerciements

Breakthrough ACTION présente ses sincères remerciements aux auteurs de ce document, notamment Oluwakemi Akagwu, Sarah Kennedy et Antje Becker-Benton, ainsi que Olivia Soule qui a réalisé l'analyse documentaire de ce rapport. Breakthrough ACTION remercie également Heather Hancock, Bronwyn Pearce, Suruchi Sood, Kamden Hoffmann, Pauline Njoroge, Jimmy Mvuzolo et Jamie Bonifacio qui ont effectué la révision technique et apporté de précieuses contributions aux premières ébauches du documents. Breakthrough ACTION exprime sa reconnaissance à Rebecca Pickard pour la révision minutieuse du document, et à Mark Beisser et Acacia Betancourt de Brevity & Wit pour le montage graphique. Par ailleurs, Breakthrough ACTION remercie vivement les généreuses idées apportées à cette synthèse globale de données probantes au cours de trois ateliers techniques par 32 experts techniques et leurs organisations affiliées (dont les noms figurent à [l'Annexe 1](#)).

POUR CITER CE DOCUMENT :

Breakthrough ACTION. (2023). *Utiliser le changement social et comportemental pour renforcer la confiance en matière de santé sexuelle et reproductive : Note technique*. <https://breakthroughactionandresearch.org/using-sbc-to-foster-trust-in-srh-evidence-synthesis-and-recommendations>

Acronymes

CCP	Centre pour les programmes de communication de l'Université Johns Hopkins
ASC	Agent de santé communautaire
CSC	Changement social et comportemental
MSE	Modèle socio-écologique
MSG	Minorités sexuelles et de genre
SSR	Santé sexuelle et reproductive
USAID	Agence des États- Unis pour le développement international

Ce rapport technique est rendu possible grâce au généreux soutien du peuple américain, par le biais de l'Agence des États- Unis pour le développement international (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.

Quelle est la valeur attachée à la compréhension des déterminants et des bénéfices de la confiance ?

Le programme d'action commun mondial de changement social et comportemental en faveur de la planification familiale fait de la création d'un environnement favorable à la santé sexuelle et reproductive (SSR) un domaine prioritaire.¹ En outre, la confiance entre les communautés, les clients, les structures de santé et les prestataires de soins de santé (au niveau de la structure comme au niveau de la communauté) est un élément clé de cet environnement favorable. La confiance façonne le comportement des prestataires et des clients, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des structures de santé, et influence considérablement l'acceptation,² l'initiation et l'utilisation continue des services de SSR,²⁻⁶ l'expérience⁷ et la qualité des soins, ainsi que la satisfaction et la confiance accrues des clients à l'égard du système de santé/prestataire.^{3,8-15} Il est prouvé que la confiance influence également l'adoption et le maintien de comportements sanitaires bénéfiques et de résultats positifs en matière de santé.^{2,11,15} Elle peut avoir des retombées positives pour les prestataires, comme l'amélioration de la satisfaction au travail et de la collaboration.^{16,17}

La communauté du changement social et comportemental (CSC) s'accorde de plus en plus pour dire qu'il est nécessaire de comprendre à la fois ce qui motive la confiance dans les structures de prestation de services de SSR et comment la confiance façonne la demande de SSR, les interactions entre le client et le prestataire et entre la communauté et la structure, l'utilisation des contraceptifs et le comportement du client et du prestataire. Pour mieux comprendre ce domaine prioritaire et combler cette lacune, Breakthrough ACTION a procédé à une analyse documentaire et mené trois consultations techniques avec des experts en SSR et en CSC. Ces activités ont permis de valider les données sur les déterminants de la confiance, les bénéfices de la confiance et les possibilités d'utiliser le CSC pour renforcer la confiance dans la santé sexuelle et reproductive. Cette note technique met en évidence les points clés synthétisés à partir de l'analyse documentaire et des consultations techniques et fournit des recommandations succinctes pour les programmes quant à l'utilisation du CSC pour consolider la confiance dans le cadre de la SSR. De plus amples informations sur ces activités sont disponibles dans le rapport complet, [Insérer le titre complet final et y ajouter le lien].

Présentation de Breakthrough ACTION

Breakthrough ACTION est un projet mondial de huit ans (juillet 2017 à juillet 2025), financé par l'USAID. Le projet accélère l'utilisation du changement social et comportemental par le biais d'outils et de processus de pointe, fondés sur des données probantes, qui encouragent l'adoption de comportements sains, tout en s'attaquant aux obstacles structurels et aux normes sociales et sexospécifiques sous-jacentes qui empêchent l'adoption de services et de pratiques sanitaires positives.

Le projet est le fruit d'un partenariat dirigé par le Johns Hopkins Center for Communication Programs (CCP) en collaboration avec Save the Children, ThinkPlace US, ideas42, Camber Collective, International Center for Research on Women et Viamo.

Méthodes

Breakthrough ACTION a procédé à une analyse documentaire rapide afin de synthétiser les données probantes relatives au rôle joué par la confiance dans la création d'un environnement favorable à la santé sexuelle et reproductive, en particulier dans le contexte de la prestation de services. L'équipe du projet a identifié 69 articles produits par des programmes de six régions : Europe, Asie, Amérique du Sud, Afrique subsaharienne, Moyen-Orient et Afrique du Nord, et Amérique du Nord. L'équipe a organisé trois ateliers consultatifs techniques avec 32 experts de ces régions afin de partager et de valider les résultats de l'analyse documentaire, d'écouter les expériences des experts et élaborer ensemble des recommandations afin de mettre l'accent sur la confiance dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.

Breakthrough ACTION s'est servi des niveaux suivants du modèle socio-écologique (MSE) pour encadrer l'analyse et la synthèse des déterminants de la confiance identifiés : individuel, interpersonnel, organisation communautaire/prestation de services, et politique/environnement favorable (**Figure 1**).^{18,19}

FIGURE 1

Le modèle socio-écologique pour la prestation de service.^{18,19} et adapté du Centre de contrôle et de prévention des maladies (États-Unis).

Définitions des niveaux du modèle socio-écologique

Individuel : Caractéristiques du client et du prestataire.

Interpersonnel : Familles, pairs et cercles sociaux des clients et des prestataires. Il comprend également les relations et les interactions entre le client et le prestataire et entre les prestataires eux-mêmes.

Communauté : Relations et interactions entre les organisations et les personnes.

Prestation de services ou organisation : Facteurs qui agissent sur la structure, l'institution ou la prestation de services.

Environnement favorable ou cadre politique : Lois locales et nationales, politiques publiques et situations d'urgence promulguées à la suite des conflits ou des catastrophes.



Définir la confiance et ses composantes

En des termes simples, la confiance fait référence à une croyance ferme en la fiabilité, la vérité, la capacité ou la force de quelqu'un ou de quelque chose.²⁰ La confiance est dynamique et influencée par de nombreuses variables sociales, structurelles, psychologiques, comportementales et contextuelles qui la font évoluer dans le temps.²¹ La confiance est un concept complexe et multidimensionnel et, par conséquent, les variables la définissant varient considérablement et sont basées sur le contexte social et culturel, choses qui ne permettent pas de la mesurer facilement.

La confiance revêt deux formes : (1) la confiance interpersonnelle et (2) la confiance impersonnelle. La confiance interpersonnelle est la confiance accordée à d'autres personnes, et la propension d'une personne à attribuer de la crédibilité à d'autres personnes et à s'attendre à des résultats positifs suite à leurs interactions sociales.³¹ La confiance interpersonnelle renforce la conviction des clients que les prestataires de services sont crédibles et tiennent leurs promesses.³²

D'autre part, la confiance impersonnelle est la confiance placée en une institution ou un système. Elle comprend la confiance qui existe dans une relation institutionnelle entre professionnels et clients, basée sur la reconnaissance sociale de la fiabilité d'une profession.³³ Même si les deux notions peuvent se chevaucher considérablement, la confiance interpersonnelle est généralement influencée par des facteurs au niveau individuel, interpersonnel et communautaire du MSE, tandis que des facteurs aux niveaux du MSE liés à la prestation de services/l'organisation et l'environnement favorable/ le cadre politique influencent la confiance impersonnelle.

Dans le contexte de la prestation de services de santé, la confiance revêt plusieurs dimensions, notamment les impressions ressenties sur la compétence, la responsabilité, le contrôle, la divulgation et la confidentialité.²⁵⁻²⁶ Un autre aspect de la confiance est la crédibilité de la source, c'est-à-dire la fiabilité apparente d'une source d'information qui est évaluée en fonction de l'expertise, des connaissances, de la réputation et de l'intention ou de la véracité perçue, entre autres facteurs.²⁷⁻²⁹ La crédibilité de la source est particulièrement pertinente en considérant les efforts de promotion mis en œuvre par les structures de santé ou les services. D'autres définitions de concepts clés liés à la confiance figurent en [annexe](#). De nombreux déterminants contribuent au développement et au maintien de la confiance.²¹ Ces variables et leur degré d'importance diffèrent en fonction du contexte, tant au niveau individuel que communautaire, et influencent l'évolution de la confiance au fil du temps. C'est dire que les niveaux de confiance ne sont pas statiques, mais la confiance peut être perdue, peut augmenter ou diminuer suivant l'évolution des circonstances ou des influences.²¹

Faits marquants et opportunités

Vous trouverez ci-dessous les faits marquants sur les bénéfices et les déterminants de la confiance tirés de l'analyse documentaire et des consultations menées par Breakthrough ACTION, ainsi que des recommandations et des possibilités d'utilisation du CSC pour favoriser la confiance dans la SSR à l'intention des responsables de la mise en œuvre des programmes.

Présentation : Bénéfices et déterminants de la confiance

- Les données probantes révèlent que la confiance en matière de prestation de services de SSR contribue largement à la réalisation des objectifs de prestation de services, notamment en permettant aux clients de choisir la méthode contraceptive qui leur convient le mieux, et en favorisant l'adoption par les adolescents des pratiques sexuelles à moindre risque.
- L'ampleur et la pertinence des déterminants de la confiance sont nuancées et dépendent fortement du contexte social et des caractéristiques de la communauté et du client.
- Le parcours de confiance des clients commence avant la rencontre avec le service et est influencé par les perceptions des cercles sociaux, des communautés auxquelles ils appartiennent et leur propre expérience avec les composantes structurelles de la confiance.
- Les événements que les clients vivent et observent, leurs interactions et l'ambiance qui règne lors de l'utilisation des services de SSR renforcent ou n'annulent leurs sentiments de confiance/méfiance.
- Les ASC peuvent faciliter l'instauration de la confiance plus que les prestataires de services au sein des structures de santé, à travers la mise à profit de leurs liens avec la communauté pour façonner l'acceptation par les clients des services de SSR, la perception des soins et la confiance dans les prestataires de soins et le système de santé.
- La dynamique et les interactions entre prestataires de soins sont influencées par la dynamique du pouvoir institutionnel, et impactent l'expérience des clients en matière de soins et la confiance qu'ils placent dans les services de SSR.
- La confiance est favorisée par l'existence d'un cadre sûr permettant aux clients/ membres de la communauté et aux prestataires de services/structures et systèmes de santé de définir conjointement des priorités et de prendre des décisions, ainsi que par la mise en place de systèmes de responsabilisation
- La méfiance systémique qui découle des facteurs externes aux services de SSR — tels que la discrimination systémique, le déséquilibre des pouvoirs, la corruption et l'absence d'un cadre de responsabilisation des institutions gouvernementales, les troubles politiques et la gestion des urgences de santé publique — se répercute sur la perception de la fiabilité des services de SSR.

Bénéfices de la confiance

La confiance dans le cadre de la prestation de services de SSR produit des résultats positifs pour les clients, les prestataires et les communautés, notamment une confiance et une satisfaction accrues des clients à l'égard des prestataires de soins de santé, tant au niveau de la communauté que de la structure de santé, ainsi que l'acceptation et l'utilisation des services de SSR. Pour les prestataires, une confiance accrue (chez les clients et entre les prestataires) améliore la communication avec les clients/communautés, la crédibilité, la qualité des soins fournis et la satisfaction professionnelle.

Breakthrough ACTION a identifié des bénéfices liés à l'existence de la confiance, qui sont mis en évidence dans les exemples suivants. La plupart des articles examinés n'ont pas tenté de classer les déterminants et les bénéfices de la confiance dans les deux catégories de confiance (interpersonnelle ou impersonnelle), et les résultats se chevauchent et s'entrecroisent souvent. Toutefois, en général, les déterminants aux niveaux individuel, interpersonnel et communautaire du MSE sont liés à la confiance interpersonnelle, tandis que la confiance impersonnelle opère davantage au niveau de la prestation de services/organisationnel et du cadre politique/de la gouvernance du MSE.

- **Augmentation de l'utilisation par les clients/ membres de la communauté des services de SSR** La confiance est un facteur clé qui facilite l'utilisation des services de SSR. Une étude menée à Madagascar a révélé que la confiance placée dans les prestataires de services et dans leurs compétences a permis aux jeunes parents primipares d'utiliser les services de SSR tels que des accoucheuses qualifiées.⁴ En outre, la confiance entre les clientes et les prestataires peut permettre l'utilisation des services de SSR par des clientes qui souhaitent garder l'anonymat et ne veulent pas être identifiées comme utilisatrices de ces services.³⁰
- **Renforcement de la confiance des clients/ membres de la communauté placée dans le système de santé et les prestataires** : La confiance que les clients et des membres de la communauté placent dans le système de santé global et les prestataires en particulier est axée sur la confiance en leurs compétences ou leurs aptitudes à fournir des services de SSR. Cette confiance peut découler des expériences positives vécues par les clients ou de la reconnaissance sociale quant à la fiabilité des professionnels de la santé.
- **Renforcement de l'adoption et du maintien des comportements bénéfiques en matière de santé** : La confiance permet l'adoption et le maintien de comportements bénéfiques pour la santé, étant donné que les clients utilisent des services de SSR qui favorisent la mise en pratique de ces comportements. Par exemple, la confiance placée dans les prestataires permet aux adolescents et aux jeunes d'adopter les services de SSR et de recourir aux pratiques sexuelles à moindre risque.¹¹
- **Amélioration de l'accès des clients aux services de SSR** : L'amélioration de l'accès aux services de SSR est souvent le résultat d'une meilleure acceptation des services de SSR par les clients, ce que la confiance favorise également.² En outre, la confiance aux ASC améliore davantage l'accès car travailler avec un ASC local permet aux clients d'utiliser certains services de SSR plus près de chez eux et sans se rendre dans une structure de santé, ce qui leur permet de surmonter les éventuelles contraintes financières et de temps liées au déplacement vers une structure de santé.²

- **Renforcement de la propension des clients à partager aux prestataires des informations susceptibles d'influencer le choix du traitement :** La confiance renforce la volonté et le confort des clients à partager des informations relatives à leur SSR, lesquelles peuvent s'avérer essentielles pour opérer les meilleurs choix de traitement ou de services à proposer.^{11,31}
- **Renforcement de l'autonomie et de l'auto-efficacité des clients :** La confiance permet de renforcer la participation des clients au processus de prise de décision concernant leur santé et l'utilisation des services de SSR, et cet engagement améliore leur capacité d'action.⁴
- **Renforcement de la satisfaction professionnelle des prestataires :** La confiance des clients envers les prestataires et la confiance entre les prestataires à différents niveaux de la structure permet de créer un environnement de travail favorable pour les prestataires, lequel impacte leur degré de satisfaction au travail et leur motivation.² Par ailleurs, la confiance entre les différents prestataires permet d'améliorer la collaboration et la coopération entre eux, et contribue également à la satisfaction au travail.
- **Renforcement de la crédibilité des prestataires auprès des membres de la communauté :** La confiance aide les clients et les communautés à considérer les prestataires comme des sources d'information crédibles et fiables, ce qui peut accroître le désir des clients de rechercher des services et la volonté d'adopter et de maintenir des comportements sains.²
- **Obtention de résultats positifs en matière de santé sexuelle et reproductive :** Les résultats de la confiance ci-dessus mentionnés, tels que l'amélioration du taux d'utilisation des services et produits de SSR (ex. : contraceptifs, soins prénatals et assistance professionnelle à l'accouchement) et l'adoption de comportements sains en matière de santé, contribuent à l'obtention de bons résultats, tels que la réduction des grossesses non désirées et l'augmentation du taux de survie de la mère et de l'enfant grâce à la réduction du taux de mortalité et de morbidité en SSR.^{32,33}

Conséquences du manque de confiance

Le manque de confiance des clients vis-à-vis des services de SSR constitue un obstacle à l'utilisation de ces services et à l'obtention de bons résultats en matière de santé reproductive. Le manque de confiance et les abus de confiance de la part des prestataires ou des structures de santé conduisent à la réticence des clients et des membres de la communauté à écouter et à accepter les messages relatifs à la SSR,^{2,11} à un faible taux d'utilisation des services de SSR et à la dissimulation d'informations médicales aux prestataires.^{11,14,31} Le manque de confiance peut également conduire à l'augmentation du coût d'accès aux services de SSR. Une étude menée en Chine par exemple, a montré que le manque de confiance vis-à-vis des structures de santé primaires incite les membres de la communauté à les éviter et à se faire soigner dans des hôpitaux d'échelon supérieur.⁶

Déterminants de la confiance

Breakthrough ACTION a identifié les déterminants de la confiance à tous les niveaux du MSE en matière de MSE, que les participants à la consultation ont validé et élargi. Ces déterminants interagissent les uns avec les autres au sein et entre les différents niveaux du MSE et ont un impact collectif sur la confiance. En outre, la confiance dans les services de SSR n'est pas statique, mais peut évoluer au fil du temps. Les différents déterminants de la confiance identifiés exercent collectivement une influence sur le maintien, le renforcement ou la perte de la confiance. Les déterminants qui agissent comme facilitateurs maintiennent ou améliorent la confiance, tandis que les déterminants qui sont des obstacles empêchent le développement de la confiance ou peuvent conduire à sa perte.

Les facteurs clés individuels

Les facteurs clés individuels liés aux prestataires et aux clients tels que les facteurs démographiques, les croyances et les préjugés, les expériences passées et les compétences des prestataires agissent sur la confiance et façonnent la perception des clients sur la fiabilité des soins ainsi que leur expérience (Figure 2).

FIGURE 2

Déterminants individuels.



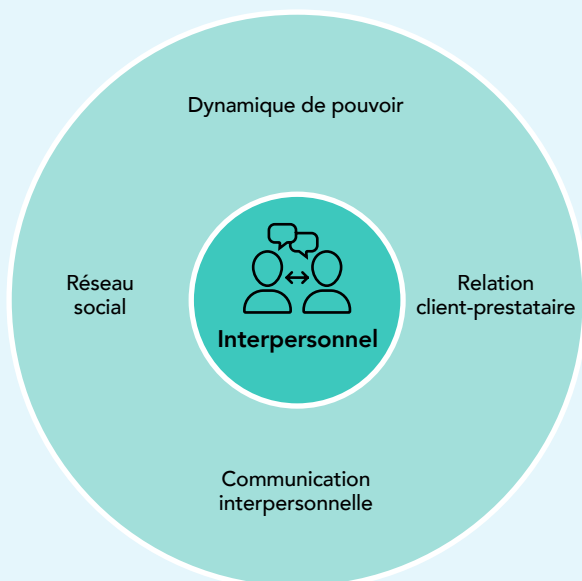
- **Les caractéristiques démographiques, les croyances et le statut social des clients et des prestataires déterminent la distance sociale entre les clients et les prestataires, la perception de la fiabilité et l'existence ou non d'une relation de confiance entre le client et le prestataire.**
- **Les clients font confiance aux prestataires qu'ils perçoivent comme compétents et qualifiés.**
- **Les croyances et les préjugés des clients sur la SSR, ainsi que leur expérience de l'accès aux services de SSR, influencent la confiance.** Par exemple, les clients qui ont été activement écoutés et pris en charge avec respect et dignité lors de leur accès aux services de SSR sont plus confiants lorsqu'ils ont à nouveau besoin d'utiliser ces services.¹⁰
- **Les groupes marginalisés ou exploités peuvent avoir des expériences négatives avec le système de santé suite à des inégalités et des discriminations systémiques et structurelles, qui influencent leur perception de la fiabilité des prestataires ou des structures de santé.**⁹ Ces personnes peuvent être des jeunes, des migrants, des femmes, des minorités sexuelles et de genre, et des personnes en situation de pauvreté ou occupant des positions socio-économiques inférieures.
- La confiance des clients est influencée par leur perception des motivations et de l'éthique des prestataires et des structures de santé.

Les déterminants interpersonnels

Les déterminants interpersonnels affectent la qualité des relations entre le prestataire et le client, la capacité du client à prendre des décisions en matière de SSR et l'expérience du client en matière de soins. (Figure 3).

FIGURE 3

Déterminants au niveau interpersonnel



- **Les clients ont des attentes quant à la manière dont les prestataires doivent les traiter, et quant aux types d'interactions qu'ils doivent avoir avant, pendant et après l'accès aux services de santé** auprès d'un prestataire (pendant le suivi des effets secondaires d'une méthode contraceptive par exemple). Lorsque ces attentes sont comblées, la confiance s'installe ; si non, elle s'effrite. Le désir de recevoir des soins respectueux et de haute qualité figure parmi les attentes des clients quant à la manière dont ils doivent être traités. Les soins sont considérés comme respectueux lorsqu'ils font appel à la compassion, l'empathie et la confidentialité, ainsi que le respect des préférences, de l'autonomie et de la culture des clients.
- **Les autres travailleurs du secteur de la santé sexuelle et reproductive qui font preuve d'empathie et de compassion envers les clients renforcent la confiance vis-à-vis des prestataires et du système de santé.** Il s'agit notamment du personnel qui ne travaille pas directement dans la prestation de services, comme le personnel administratif et les gardiens.
- **La familiarité qui émane des contacts récurrents entre les clients et les prestataires et les relations durables et significatives revêtent une importance particulière pour instaurer et maintenir la confiance.**
- **Les déséquilibres de pouvoir entre les clients et les prestataires sont un facteur déterminant de la confiance.** Les déséquilibres de pouvoir peuvent être exacerbés par la déférence des clients à l'égard de l'expertise médicale des prestataires. Même lorsque la confiance envers les prestataires est faible,

les clients peuvent adhérer aux normes sociales qui consistent à s'en remettre à des personnes de statut supérieur ou plus éduquées, surtout s'ils craignent de se voir refuser des services ou des produits.¹⁷

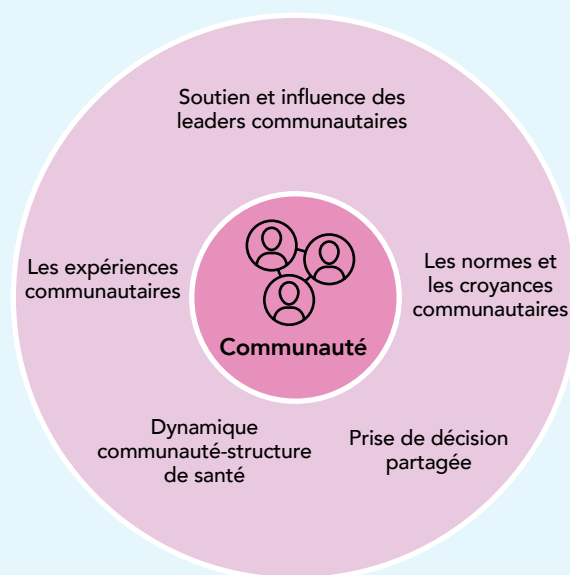
- **Les compétences et les styles de communication interpersonnelle des prestataires jouent un rôle important dans l'instauration et le maintien de la confiance.** En outre, la cohérence des messages de SSR entre les différents prestataires favorise la confiance.
- **Les clients sont influencés par les opinions de leur cercle social et y accordent souvent du crédit.**
- **Les interactions entre les prestataires et la confiance qui existe entre eux influencent les relations et la confiance entre les clients/membres de la communauté et les prestataires/ structures de santé.** Si les clients perçoivent ou observent que les prestataires sont en désaccord ou ne se traitent pas bien les uns les autres, ceci influence la confiance qu'ils accordent à ces prestataires et à la structure de santé en général. Par exemple, une étude menée au Kenya indique que lorsque les clients sont témoins de discordes ou entendent des échanges irrespectueux entre les prestataires, leur confiance en la structure de santé en question s'effrite.¹⁷
- **La discordance entre les croyances des prestataires et leurs biais (qui sont connus dans la communauté) ainsi que les services qu'ils proposent peut être source de dissonance et de méfiance.**

Les normes et croyances communautaires

Les normes et croyances communautaires, la dynamique entre les membres de la communauté et la structure de santé, le soutien des leaders communautaires et les expériences collectives des membres de la communauté avec les services de SSR permettent de façonner la confiance des clients et des membres de la communauté à l'égard des prestataires de santé et des structures de santé (Figure 4).

FIGURE 4

Déterminants au niveau de la communauté



- Les dirigeants et les gardiens de la communauté (par exemple, les bénévoles de la communauté) peuvent influencer le soutien, la confiance et l'acceptation des agents de santé et des services de SSR dans leur communauté.
- Les normes, croyances et perceptions de la communauté façonnent la confiance accordée aux services de SSR. Les normes communautaires concernant les personnes qui devraient utiliser les services de SSR, les services acceptables et la question de savoir si les services de SSR sont généralement perçus de manière positive ou négative influencent grandement la confiance que la communauté accorde aux prestataires de services de SSR.
- La dynamique entre la communauté et les structures de santé et les sous-éléments associés, tels que l'implication des leaders communautaires dans la prise de décision, les succès ou les échecs connus dans le passé suite aux initiatives de responsabilisation au sein de la communauté et les mécanismes de redevabilité sociale en place, peuvent constituer des obstacles ou des catalyseurs de la confiance, en fonction du contexte.
- Le niveau d'implication ou d'inclusion des membres de la communauté dans le processus de prise de décision et la priorisation de leur santé et des services de santé agissent sur le niveau de confiance.
- Le partage du pouvoir et les efforts (ou l'absence d'efforts) visant à pallier les déséquilibres de pouvoir entre les clients, les membres de la communauté, les prestataires et les structures de santé influencent la confiance.

Déterminants au niveau de la prestation de services ou de l'organisation

Les déterminants de la confiance au niveau de l'organisation/de la prestation de services comprennent l'acceptabilité et l'accessibilité des services de SSR, le caractère opérationnel de l'environnement du service et la facilité de navigation à travers le processus organisationnel lors de l'utilisation des services (Figure 5).

FIGURE 5

Déterminants au niveau de la prestation de services ou de l'organisation



- **L'environnement du service peut à la fois faciliter et entraver la confiance.** La confiance est favorisée lorsqu'il y a suffisamment d'espace pour assurer l'intimité audiovisuelle du client lorsqu'il reçoit des services, tandis que des produits ou des équipements inadéquats constituent un obstacle à la confiance.
- **La complexité des voies d'accès et d'orientation vers les services de SSR entrave la confiance des clients.** Les processus organisationnels qui créent des charges ou des obstacles à l'accès aux soins sont des barrières à la confiance entre le client et le prestataire.
- **L'accessibilité et l'acceptabilité des canaux (ou modes) de prestation de services de SSR varient selon les contextes et les populations, en particulier pour les personnes ou groupes marginalisés et exploités, ce qui influe sur la perception de la fiabilité.** Les personnes mal desservies ou privées de leurs droits par le système de santé, comme les réfugiés migrants, peuvent éprouver des difficultés à accéder aux services de SSR en raison d'obstacles systémiques (par exemple, le manque de ressources ou des politiques restrictives) et de la discrimination, ce qui influe sur la confiance qu'elles accordent aux prestataires et aux structures de santé.^{34,35} À cela peuvent s'ajouter des différences linguistiques et culturelles qui influencent leur perception de l'acceptabilité des services.³⁵
- La nature du service est importante. Les participants à la consultation ont mentionné que la confiance avait plus d'impact sur certains types de services de santé. Par exemple, les services de planification familiale sont considérés comme plus sensibles que les soins prénataux et, par conséquent, les résultats des services dépendent encore plus de l'établissement de la confiance entre le client et le prestataire, par le biais de facteurs tels que la confidentialité.

Déterminants au niveau de l'environnement favorable ou des politiques

Les facteurs intervenant au niveau des politiques et de l'environnement favorable, tels que les politiques régissant les services de SSR, l'existence et la gestion des catastrophes naturelles/urgences, les antécédents du gouvernement, la redevabilité et l'environnement politique, influencent la confiance que les clients accordent aux prestataires et aux institutions de santé (Figure 6).

FIGURE 6

Déterminants au niveau de l'environnement favorable ou des politiques



- **Les politiques régissant les services de santé sexuelle et reproductive sont un facteur déterminant de la confiance.** Des politiques efficaces et transparentes qui garantissent l'équité et l'accessibilité des services de SSR sont essentielles pour créer et maintenir la confiance des clients. La cohérence de ces politiques et la communication autour d'elles garantissent également l'instauration de la confiance.
- **La méfiance systémique lors des situations d'urgence et des catastrophes se répercute facilement sur les services de SSR.** La méfiance générale à l'égard des prestataires et du système de santé en cas d'urgence et de catastrophe, comme les pandémies, les guerres et les affrontements communautaires, se répercute facilement sur les services de santé sexuelle et reproductive. Cette méfiance peut résulter de la crainte qu'a l'individu pour sa propre sécurité et de la fermeture temporaire des services de santé publique non urgents.^{12,36}
- **Les bilans du gouvernement et des institutions sociales sont importants, y compris leurs succès et leurs échecs passés.** Les clients sont plus enclins à faire confiance aux prestataires lorsque les politiques

et les promesses gouvernementales sont mises en œuvre et adaptées aux besoins de la communauté, et lorsque les patients ont l'impression de recevoir une qualité de soins qui vaut leur investissement (c'est-à-dire que les prestataires sont tenus de fournir des soins de qualité).

- **L'environnement politique peut influencer la confiance, et les personnes au pouvoir ou dans l'opposition influencent la confiance accordée aux prestataires et au système de santé.**

Déterminants transversaux : Perceptions de la qualité des soins

L'analyse documentaire et les consultations qui ont suivi ont mis en évidence la complexité et les nuances de la confiance, car certains déterminants ont été identifiés comme transversaux et influencés par des facteurs situés à différents niveaux du MSE (Figure 7).

FIGURE 7

Perceptions par les clients de la qualité des soins à travers le MSE



Un des déterminants au caractère transversal qui ressort fortement de la littérature, c'est la perception qu'ont les clients de la qualité des soins. Bien qu'il s'agisse d'un déterminant de la confiance, ces perceptions sont également influencées par d'autres déterminants à différents niveaux du MSE, tels que l'environnement et les processus de prestation de services (par exemple, l'adéquation des produits, la disponibilité ou le manque de ressources humaines, le temps d'attente pour les services, les obstacles financiers aux soins), les normes et croyances communautaires, les croyances individuelles, la communication interpersonnelle entre les clients et les prestataires et la mesure dans laquelle les clients sont impliqués dans la prise de décision concernant les soins. Les déterminants qui alimentent la perception de la qualité des soins interagissent les uns avec les autres et le poids de chacun dans l'influence des perceptions varie selon les clients et les contextes.

Adolescents et jeunes

L'analyse était particulièrement axée sur les adolescents, en raison de la nature sensible de nombreux contextes de prestation de services de SSR et la capacité à répondre à leurs besoins spécifiques dans des contextes différents.

Les principaux déterminants qui renforcent la confiance des adolescents comprennent le comportement du prestataire (interpersonnel), la communication avec le prestataire (interpersonnel), l'environnement de la structure de santé (organisation ou prestation de services) et les politiques relatives à la confidentialité et à l'accessibilité (politiques en vigueur ou environnement favorable). Le comportement négatif des prestataires à l'égard des adolescents— motivé par les normes sociales relatives à la sexualité, aux valeurs morales et aux différences générationnelles entre les adolescents et les prestataires,³⁷ les idées fausses de la communauté en ce qui concerne les motivations des prestataires²³ et les politiques en vigueur qui restreignent l'accès des adolescents aux services de SSR⁵ peuvent susciter la méfiance et réduire les possibilités d'accès aux services de SSR par les adolescents.

Les adolescents sont autonomisés à faire confiance lorsqu'ils reçoivent l'assurance ou lorsque la législation protège la confidentialité,^{9,38} lorsqu'ils ont accès à des canaux de services qui favorisent l'anonymat tels que les consultations en ligne,³⁹ lorsqu'ils ont accès à des prestataires en qui ils retrouvent des proches ou des pairs, et lorsque les prestataires utilisent un langage simple, dépourvu de jargon médical pour communiquer avec eux.³²

Possibilités d'utilisation du CSC pour renforcer la confiance placée dans les structures de prestation de services de SSR

Breakthrough ACTION a identifié diverses possibilités à partir de la littérature et des consultations et a élaboré des recommandations pour divers publics travaillant dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Les praticiens travaillant dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive doivent examiner ce qui est pertinent et faisable dans leur contexte avant d'adapter une recommandation. L'élément essentiel de ces recommandations est la nécessité d'être patient et de considérer la confiance comme un processus. La confiance accordée aux prestataires et aux institutions de santé se construit au fil du temps. Les programmes de CSC en matière de santé sexuelle et reproductive visant la mise à l'échelle et la durabilité devraient s'appuyer sur les structures de confiance existantes, intégrer de nouveaux concepts de confiance, et évaluer et maintenir la confiance au fil du temps. Ils doivent s'adapter si nécessaire pour s'assurer que la confiance est rétablie (lorsqu'elle a été perdue) ou maintenue.

Recommandations générales

Accentuer l'importance de la confiance en matière de SSR, faire de la promotion de la confiance l'une des principales activités des services de SSR et ne pas la reléguer au second plan.

Concevoir et mettre en œuvre des interventions de promotion de la confiance à plusieurs niveaux et les étendre à l'ensemble du MSE. Lorsqu'ils planifient des interventions de CSC destinées à favoriser ou à améliorer la confiance, les praticiens doivent prendre en compte tous les déterminants de la confiance à différents niveaux du MSE, car ils interagissent et se renforcent mutuellement pour influencer la perception qu'ont les clients de la qualité des soins dans ce contexte particulier.

Recommandations destinées aux responsables de la mise en œuvre du programme travaillant sur la prestation de services

Accentuer l'importance des soins respectueux et axés sur le client. Des soins respectueux et axés sur le client sont des déterminants essentiels de la confiance à tous les niveaux du MSE. Les responsables de la mise en œuvre des programmes et les autres personnes impliquées dans la planification ou la prestation de services de SSR doivent s'efforcer d'intégrer les soins respectueux afin de favoriser et de maintenir la confiance. Ceci nécessite une action à plusieurs niveaux ; des exemples sont disponibles dans le rapport technique.

S'assurer du caractère empathique et de la portée globale du renforcement des capacités des prestataires. Il n'y a pas qu'une seule façon d'instaurer et de maintenir la confiance ; il faut au contraire des compétences et des approches transversales. Les interventions de renforcement des capacités des prestataires de santé peuvent inclure par exemple l'utilisation d'une approche basée sur l'empathie lors de la formation initiale des prestataires de santé, l'emphase sur les techniques motivationnelles d'entretien, le renforcement de la confiance dans la prestation de services multiples, les activités de renforcement de la confiance et les approches d'apprentissage informelles et participatives. Le renforcement des capacités doit

inclure la sensibilisation des prestataires de soins sur l'impact de la distance sociale avec les clients et autres facteurs sociodémographiques sur l'instauration de la confiance entre les clients et les prestataires, et les méthodes intentionnelles qui renforcent le niveau de confiance au cours des interactions avec les clients.

Plaider en faveur d'un environnement qui permet aux clients de choisir un prestataire préféré pour recevoir des services.

Les responsables de mise en œuvre des programmes peuvent plaider en faveur d'un cadre de services de SSR qui permet aux clients d'être reçus par le prestataire de leur choix ou celui avec lequel ils se sentent le plus à l'aise. Ils peuvent notamment veiller à ce que les clients soient reçus par le même prestataire au fil du temps, car la familiarité ou la création d'une relation permet d'instaurer la confiance. Une réflexion et une planification préalables sont nécessaires pour mettre en œuvre cette mesure afin d'éviter des déséquilibres ou une surcharge de travail pour les prestataires préférés des patients, par rapport aux autres collègues dans le même cadre de travail.

Mettre en œuvre une approche globale d'instauration de la confiance pendant le parcours du client lors de l'utilisation des soins.

Une approche globale prend en compte les facteurs susceptibles d'intervenir avant, pendant et après la prestation de services. Par exemple, les cercles sociaux influencent fortement la manière dont un client interagit avec son prestataire et traite les informations relatives à sa santé. Le climat de confiance peut être renforcé grâce à l'identification des facteurs d'influence avant, pendant et après une interaction de service, des cercles sociaux et des personnes influentes à tous les niveaux du MSE, et à la mise en œuvre d'approches qui tiennent compte de l'influence qu'elles exercent sur le niveau de confiance et y apportent des solutions.

Inclure l'instauration de la confiance dans les processus d'assurance qualité et d'amélioration comme une action concrète.

Le dialogue bilatéral qui promeut la responsabilisation sociale et les plateformes telles que la carte communautaire de performance⁴⁰ et le manuel d'outils sur la qualité définie par le partenariat⁴¹ permettent aux communautés et aux prestataires de soins de santé de s'entendre sur les questions qui affectent l'utilisation et la demande de services de santé, et de travailler à l'unisson pour les traiter dans le cadre de processus définis. Ces approches ont été intégrées aux processus d'assurance qualité. Les structures de santé pourraient envisager de fixer des objectifs spécifiques de confiance dans leurs initiatives d'amélioration de la qualité et d'utiliser des approches de responsabilisation sociale en collaboration avec les communautés, y compris les plus vulnérables et les plus marginalisées, afin de favoriser la confiance, d'améliorer les relations entre clients et prestataires, d'améliorer le comportement des prestataires et de fournir une documentation adéquate et les leçons tirées de l'expérience. Ce processus permet aux prestataires de santé de renforcer leur capacité à communiquer ces informations à la direction de la structure de santé et aux membres de la communauté.

Renforcer et maintenir un dialogue régulier entre les membres de la communauté et les prestataires.

Les responsables de la mise en œuvre des programmes doivent s'engager auprès des dirigeants et des groupes communautaires pour comprendre leurs priorités en matière de services de SSR, de messages de santé et de politiques. Ces dialogues devraient porter sur les attentes de la communauté en matière de normes, de formation des prestataires et de certification. Les responsables de la mise en œuvre de programme peuvent collaborer avec les communautés pour renforcer leur capacité à communiquer ces informations à la direction des structures de santé et aux membres de la communauté. Cela peut se faire par le biais de plateformes établies telles que les comités de santé communautaire.

Utiliser les structures communautaires, les personnes influentes et les cercles sociaux pour diffuser des informations sur les services de santé sexuelle et reproductive. Les structures communautaires telles que les groupes de femmes et les organismes religieux sont des collaborateurs importants car ils jouissent déjà de la confiance des communautés et influencent les groupes prioritaires pour les services de santé sexuelle et reproductive.

Exploiter le pouvoir des nouvelles technologies et des méthodes alternatives de prestation de services, telles que les approches des soins auto-administrés. La littérature révèle que les technologies mobiles et digitales du domaine de la santé peuvent donner des résultats prometteurs qui renforcent le niveau de confiance placé par les membres de la communauté dans le système de santé et ses différentes composantes. La place des technologies digitales de la santé a été renforcée lors de la pandémie de COVID-19, période au cours de laquelle l'utilisation de la télémédecine a connu une augmentation rapide et a permis d'améliorer l'accès aux services de SSR, alors même que les points traditionnels de prestation de services étaient fermés. De plus, les plateformes digitales peuvent servir de canaux fiables d'informations sur la SSR pour les segments de la population qui désirent ardemment la confidentialité ou garder l'anonymat, comme les adolescents et les minorités sexuelles et de genre (MSG). Toutefois, les praticiens doivent évaluer la crédibilité et l'accessibilité de ces plateformes en fonction du contexte. En outre, la littérature indique que les clients préfèrent la confidentialité et l'autonomie lorsqu'il s'agit de décisions relatives aux soins, y compris la flexibilité dans les horaires d'accès aux services. Il convient d'étudier le rôle des méthodes alternatives et non traditionnelles de prestation de services de santé, telles que les soins auto-administrés dans la promotion ou le renforcement de la confiance, car les soins auto-administrés permettent aux clients de mieux contrôler leur SSR et de jouer un rôle plus actif dans la prise de décision.⁴²

Analyser et agir sur la manière dont les dynamiques de pouvoir et les relations entre prestataires au sein des communautés et des structures de santé influencent la confiance des clients. Les responsables de mise en œuvre du CSC peuvent appuyer les équipes de gestion des structures à mettre en place une plateforme de réflexion et de dialogue entre les prestataires eux-mêmes, dans le but de découvrir et de corriger les déséquilibres de pouvoir qui alimentent la méfiance entre les prestataires. Il peut s'agir d'encourager les prestataires à donner leur avis sur la constitution des équipes et les politiques qui influencent les relations de travail entre collègues.

Recommandations destinées aux responsables de la mise en œuvre des programmes travaillant sur les questions politiques et normatives

Plaidoyer en faveur de l'institutionnalisation des approches de responsabilisation sociale afin de définir les priorités, d'assurer le suivi des services de SSR et d'utiliser les ressources financières.

La responsabilisation sociale favorise la confiance à travers l'instauration d'une plateforme de dialogue sûre et neutre entre les clients ou membres de la communauté et les prestataires ou structures de santé. Ce processus permet d'établir des priorités de façon conjointe lors de la planification des actions qui visent à résoudre les préoccupations liées à la demande et l'utilisation de services de santé de qualité dans les deux sens, et peut conduire au renforcement de l'empathie entre les prestataires et les clients ou membres de la communauté. Les responsables de mise en œuvre peuvent encourager l'adoption systémique et la mise en œuvre à plus grande échelle des approches de responsabilisation sociale à travers le plaidoyer en faveur de l'intégration de ces approches dans les politiques de prestation de services, notamment les interactions entre les clients et les prestataires, le comportement des prestataires et les droits des clients.

Plaidoyer en faveur des systèmes qui tiennent compte des besoins et des préférences des groupes défavorisés ou marginalisés (ex. : les personnes handicapées, les adolescents, les femmes immigrantes, les MSG).

Les segments de la population qui sont souvent défavorisés comme les adolescents, ou victimes de discrimination comme les personnes handicapées ou les MSG se heurtent à des obstacles supplémentaires lorsqu'il s'agit d'obtenir des soins respectueux et axés sur le patient, et leurs besoins spécifiques ne sont pas toujours pris en compte dans les ressources ou les services de SSR, et cette situation affecte le niveau de confiance. Le développement ou le renforcement des systèmes qui tiennent compte des besoins et de l'autonomie de ces segments de la population permettra d'instaurer et de maintenir la confiance.

- Plaider en faveur des initiatives qui facilitent l'accès des personnes handicapées et des autres groupes qui n'ont pas accès aux produits de SSR.
- Plaider pour l'adoption des politiques qui protègent les droits et la confidentialité des segments de la population défavorisés ou victimes de discrimination.

Tirer profit des dialogues et des interventions en place relatifs aux normes sociales. Les normes sociales sont très contextuelles et les responsables de mise en œuvre doivent communiquer avec les membres de la communauté afin d'identifier les normes sociales qui agissent sur la confiance en matière de SSR, la force de cet impact et l'influence que ces normes pourraient exercer sur la planification et la prestation de services de SSR et sur les interventions qui visent à faire évoluer les normes.

Conclusion

L'analyse documentaire et les consultations ont souligné que la confiance est une composante essentielle d'un environnement favorable à la santé sexuelle et reproductive, et que encourager la confiance accordée aux environnements de santé sexuelle et reproductive contribue à des résultats positifs tant pour les clients que pour les prestataires. Ces activités ont également mis en évidence les déterminants influents ainsi que les lacunes dans la compréhension des déterminants de la confiance et leurs interactions à différents niveaux du MSE. Différents déterminants interviennent à différents niveaux du MSE et influencent la confiance entre les clients, les communautés, les prestataires de santé et les institutions. Cette note donne un aperçu des déterminants de la confiance en matière de santé sexuelle et reproductive et souligne les possibilités d'utiliser le CSC pour aborder les principaux obstacles à la confiance et la renforcer dans les services de santé sexuelle et reproductive.

Sur la base des lacunes de la littérature, les possibilités de recherches supplémentaires peuvent être trouvées dans le rapport complet.

Références

1. Breakthrough ACTION. (2022). *It takes a village: A shared agenda for social and behavior change for family planning/reproductive health*. <http://breakthroughaction-andresearch.org/wp-content/uploads/2022/07/It-Takes-A-Village-Shared-Agenda-SBC-FP-RH.pdf>
2. Zulu, J. M., Kinsman, J., Hurtig, A. K., Michelo, C., George, A., & Schneider, H. (2019). Integrating community health assistant-driven sexual and reproductive health services in the community health system in Nyimba district in Zambia: Mapping key actors, points of integration, and conditions shaping the process. *Reproductive Health*, 16(1), 122. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0788-4>
3. Gullo, S., Kuhlmann, A. S., Galavotti, C., Msiska, T., Nathan Marti, C., & Hastings, P. (2018). Creating spaces for dialogue: A cluster-randomized evaluation of CARE's Community Score Card on health governance outcomes. *BMC Health Services Research*, 18(1), 858. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3651-3>
4. Igras, S., Yahner, M., Ralaison, H., Rakotovo, J. P., Favero, R., Andriantsimetry, S., & Rasolofomanana, J. R. (2019). Reaching the youngest moms and dads: A socio-ecological view of actors and factors influencing first-time young parents' use of sexual and reproductive health services in Madagascar. *African Journal of Reproductive Health*, 23(3), 19–29. <https://journals.co.za/doi/abs/10.29063/ajrh2019/v23i3.2#>
5. Jaruseviciene, L., Zaborskis, A., Sauliune, S., Jarusevicius, G., & Lazarus, J. V. (2015). Changes in public attitudes towards confidential adolescent sexual and reproductive health services in Lithuania after the introduction of new legislation: Findings from the cross-sectional surveys conducted in 2005 and 2012. *BMC Health Services Research*, 15, 360. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1027-5>
6. Sun, X., Meng, H., Ye, Z., Conner, K. O., Duan, Z., & Liu, D. (2019). Factors associated with the choice of primary care facilities for initial treatment among rural and urban residents in Southwestern China. *PLoS One*, 14(2), e0211984. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211984>
7. Goberna-Tricas, J., Banús-Giménez, M. R., Palacio-Tauste, A., & Linares-Sancho, S. (2011). Satisfaction with pregnancy and birth services: the quality of maternity care services as experienced by women. *Midwifery*, 27(6), e231–e237. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.10.004>
8. Than, K. K., Mohamed, Y., Oliver, V., Myint, T., La, T., Beeson, J. G., & Luchters, S. (2017). Prevention of postpartum hemorrhage by community-based auxiliary midwives in hard-to-reach areas of Myanmar: A qualitative inquiry into acceptability and feasibility of task shifting. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1324-6>
9. Carvajal, D. N., Gioia, D., Mudafort, E. R., Brown, P. B., & Barnet, B. (2017). How can primary care physicians best support contraceptive decision making? A qualitative study exploring the perspectives of Baltimore Latinas. *Women's Health Issues*, 27(2), 158–166. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.09.015>
10. Glenton, C., Colvin, C. J., Carlsen, B., Swartz, A., Lewin, S., Noyes, J., & Rashidian, A. (2013). Barriers and facilitators to the implementation of lay health worker programmes to improve access to maternal and child health: qualitative evidence synthesis. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 2013(10), CD010414. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010414.pub2>
11. Katz-Wise, S. L., Gordon, A. R., Burke, P. J., Jonestrick, C., & Shrier, L. A. (2020). Healthcare clinician and staff perspectives on facilitators and barriers to ideal sexual health care to high-risk depressed young women: A qualitative study of diverse clinic systems. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 33(4), 363–371. <https://doi.org/10.1016/j.jpog.2020.02.012>
12. Bankar, S., & Ghosh, D. (2022). Accessing antenatal care (ANC) services during the COVID-19 first wave: Insights into decision-making in rural India. *Reproductive Health*, 19(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01446-2>
13. Mahmud, I., Chowdhury, S., Siddiqi, B. A., Theobald, S., Ormel, H., Biswas, S., Jahangir, Y. T., Sarker, M., & Rashid, S. F. (2015). Exploring the context in which different close-to-community sexual and reproductive health service providers operate in Bangladesh: A qualitative study. *Human Resources for Health*, 13, 51. <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0045-z>
14. McKee, M. D., O'Sullivan, L. F., & Weber, C. M. (2006). Perspectives on confidential care for adolescent girls. *Annals of Family Medicine*, 4(6), 519–526. <https://doi.org/10.1370/afm.601>
15. Vasseur, P. (2016, September). Etablir une relation de soins entre migrantes et professionnels de santé. *La Santé en Action*, 437.
16. Dynes, M. M., Stephenson, R., Hadley, C., & Sibley, L. M. (2014). Factors shaping interactions among community health workers in rural Ethiopia: Rethinking workplace trust and teamwork. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(Suppl 1), S32–S43. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12135>

17. Sripad, P., Merritt, M. W., Kerrigan, D., Abuya, T., Ndwiga, C., & Warren, C. E. (2022). Determining a trusting environment for maternity care: A framework based on perspectives of women, communities, service providers, and managers in peri-urban Kenya. *Frontiers in Global Women's Health*, 3, 818062. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.818062>
18. Save the Children. (2018). *Integrated social and behavior change framework*. CORE Group. <https://coregroup.org/wp-content/uploads/2018/06/Save-the-Children.pdf>
19. Bain, L. E., Muftugil-Yalcin, S., Amoakoh-Coleman, M., Zweekhorst, M. B. M., Becquet, R., & de Cock Buning, T. (2020). Decision-making preferences and risk factors regarding early adolescent pregnancy in Ghana: Stakeholders' and adolescents' perspectives from a vignette-based qualitative study. *Reproductive Health*, 17, 141. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00992-x>
20. Wilkins, C. H. (2018). Effective engagement requires trust and being trustworthy. *Medical Care*, 56 (10 Suppl 1), S6–S8. <https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000000953>
21. Robbins, B. G. (2016). What is trust? A multidisciplinary review, critique, and synthesis. *Sociology Compass*, 10(10), 972–986.
22. Nießen, D., Beierlein, C., Rammstedt, B., & Lechner, C. M. (2020). An English-language adaptation of the Interpersonal Trust Short Scale (KUSIV3). *Measurement Instruments for the Social Sciences*, 2, 10. <https://doi.org/10.1186/s42409-020-00016-1>
23. Anderson L. A. & Dedrick, R. F. (1990). Development of the trust in physician scale: A measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychology Reports*, 67(3), 1091–1100. <https://doi.org/10.2466/pr0.1990.67.3f.1091>
24. di Luzio, G. (2006). A sociological concept of client trust. *Current Sociology*, 54(4), 549–564. <https://doi.org/10.1177/0011392106065087>
25. Hall, M. A., Dugan, E., Zheng, B., Mishra, A. K. (2001). Trust in physicians and medical institutions: What is it, can it be measured, and does it matter? *Milbank Quarterly*, 79(4), 613–639. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00223>
26. Lowe, P. (2005). Embodied expertise: Women's perceptions of the contraception consultation. *Health*, 9(3), 361–378. <https://doi.org/10.1177/1363459305052906>
27. Metzger M. J. (2007). Making sense of credibility on the Web: Models for evaluating online information and recommendations for future research. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 58, 13, 2078–2091. <https://doi.org/10.1002/asi.20672>
28. Metzger, M. J., & Flanagin, A. J. (2013). Credibility and trust of information in online environments: The use of cognitive heuristics. *Journal of Pragmatics*, 59(Pt B), 210–220. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2013.07.012>
29. Johnson, T. J., & Kaye, B. K. (2015). Site effects: How reliance on social media influences confidence in the government and news media. *Social Science Computer Review*, 33(2), 127–144. <https://doi.org/10.1177/0894439314537029>
30. Kushitor, M., Henry, E.G., Obeng-Dwamena, A.D., Agyekum, M. W., Agula, C., Toprah, T., Shah, I., & Bawah, A. A. (2022). Covert contraceptive use amongst the urban poor in Accra, Ghana: Experiences of health providers. *Reproductive Health*, 19, 205. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01516-5>
31. Julliard, K., Vivar, J., Delgado, C., Cruz, E., Kabak, J., & Sabers, H. (2008). What Latina patients don't tell their doctors: A qualitative study. *Annals of Family Medicine*, 6(6), 543–549. <https://doi.org/10.1370/afm.912>
32. Richards, S. D., Mendelson, E., Flynn, G., Messina, L., Bushley, D., Halpern, M., Amesty, S., & Stonbraker, S. (2019). Evaluation of a comprehensive sexuality education program in La Romana, Dominican Republic. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 33(5), e2019-0017. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2019-0017>
33. Schooley, J., Mundt, C., Wagner, P., Fullerton, J., & O'Donnell, M. (2009). Factors influencing health care-seeking behaviors among Mayan women in Guatemala. *Midwifery*, 25(4), 411–421. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.011>
34. Govender, V., Topp, S. M., & Tunçalp, Ö. (2022). Rethinking trust in the context of mistreatment of women during childbirth: A neglected focus. *BMJ Global Health*, 7(5), e009490. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009490>
35. Tirado, V., Engberg, S., Holmblad, I. S., Strömdahl, S., Ekström, A. M., & Hurtig, A. K. (2022). "One-time interventions, it doesn't lead to much"—Health care provider views to improving sexual and reproductive health services for young migrants in Sweden. *BMC Health Services Research*, 22(1), 668. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07945-z>
36. Nam, S. (2016, November 29). *Health system resilience: Addressing mistrust in Sierra Leone* [Brief]. <https://options.co.uk/publication/health-system-resilience-addressing-mistrust-in-sierra-leone>
37. Bationo, B. (2012). Les relations entre les professionnels de santé et les jeunes filles au Burkina Faso: Stigmatisation, normes et contrôle social. *Agora Débats/Jeunesses*, 61, 21–33. <https://doi.org/10.3917/agora.061.0021>

38. Smith, S. A. (2018). Chuukese patients, dual role interpreters, and confidentiality: Exploring clinic interpretation services for reproductive health patients. *Hawai'i Journal of Medicine & Public Health*, 77(4), 83–88.
39. Kalyesubula, R., Pardo, J. M., Yeh, S., Munana, R., Weswa, I., Adducci, J., Nassali, F., Tefferi, M., Mundaka, J., & Burrowes, S. (2021). Youths' perceptions of community health workers' delivery of family planning services: A cross-sectional, mixed-methods study in Nakaseke District, Uganda. *BMC Public Health*, 21(1), 666. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10695-y>
40. CARE. (n.d.). *Community Score Card (CSC)*. <https://www.care.org/our-work/health/strengthening-healthcare/community-score-card-csc/>
41. Save the Children. (2003). *Partnership Defined Quality (PDQ): A toolbook for community and health facility provider collaboration for quality improvement*. <https://resourcecentre.savethechildren.net/document/partnership-defined-quality-pdq-toolbook-community-and-health-provider-collaboration-quality>
42. Breakthrough ACTION. (2021). *Supporting sexual and reproductive selfcare through social and behavior change: A conceptual framework*. <https://breakthroughactionandresearch.org/wp-content/uploads/2022/02/Supporting-Sexual-and-Reproductive-Self-Care-through-SBC.pdf>

Annexes

ANNEXE 1

Participants consultés

Abdoulaye Ousseini, Niger Directeur Pays, Health Policy Plus

Andrea Ferrand, Conseillère Senior du CSC, Population Services International

Antoine Kouame, Conseiller Senior/paludisme, Save the Children

Beth Outtersen, conseillère technique Senior, Changement Social et Comportemental, Corus International

Chinelo Ndefo, Coordonnateur de Programme, L'initiative De Réduction des Risques Et L'acquisition de Compétences

Dawood Alam, Spécialiste Senior en Communication du CSC, EngenderHealth

Djibril Ouro-Gnao, Chargé de Programme, CCP

Harriet Komujuni, Conseillère Senior, Genre et Jeunesse, Programme de CSC, USAID

Esrat Jahan, Responsable Technique de Service, Programme Bangladesh, Handicap International/ Humanité & Inclusion

Fatoumata Ngayta Diop, Responsable des Programmes de Santé, Analyste Spécialisée en Obstétrique, UNFPA Sénégal

Heather Chotvacs, Conseillère Technique, CSC, FHI 360

Ifeoma Chris Okafor, Chargée de Programme Senior, CCP

Jaime Bonifacio, Jr., Conseiller, Planification familiale et amélioration de la qualité, RTI International

Jimmy Nzau, Directeur Médical Global, Pathfinder International

Joanna Skinner, Responsable Technique, SSR et Genre, CCP

Josephine Lavoy, Chargée de Programme Senior, Plaidoyer et services, Planned Parenthood Global

Kamden Hofmann, Directeur Technique, CSC, MOMENTUM Résilience Sanitaire Intégrée, Responsable CSC, Corus International

Kendra Davis, Chargée de Programme, CCP

Ketan Chitnis, Responsable, CSC, UNICEF Mozambique

Marie-Claude Mbuyi, Directrice Pays, République démocratique du Congo, Pathfinder International

Martha Silva, Professeure agrégée, Université de Tulane

Mercy Manoranjini, Responsable de la Gestion des Connaissances, Center For Catalyzing Change

Nahida Akari, Sage-femme, Amel

Nyane Nonyana, Conseillère Senior, Suivi, Évaluation et Apprentissage, Jhpiego

Patricia Vasseur, Consultante Internationale et Directrice, Woman Anthropology Acting for Health

Pauline Njoroge, Responsable de SSR des Adolescents, Save the Children

Rodolfo Gomez, Conseiller Régional en SSR, Centre latino-américain de périnatalogie, de santé des femmes et de santé reproductive, Organisation Panaméricaine de la Santé/Organisation Mondiale de la Santé

Shannon Pryor, Conseillère Senior, Planification Familiale et Santé de la Reproduction, Save the Children

Simor Sikwese, Pakachere Institute of Health and Development Communication (Institut Pakachere de communication sur la santé et le développement)

Sita Wunnava, Consultante en santé publique

Yvette Ouedraogo, Conseillère régionale pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale, Violence basée sur le genre, EngenderHealth

Zie Mariam, Présidente, Association des jeunes engagés pour les enfants défavorisés en abrégé

Définitions clés

Autonomie (ou pouvoir d'action) : Il s'agit des personnes ou des groupes de personnes qui sont conscients de leur capacité à opérer des choix, à fixer des objectifs individuels ou collectifs et à prendre des mesures pour atteindre ces objectifs. Ces choix, ces objectifs et ces actions sont éclairés et subissent l'influence des ressources internes et externes (ex. : la résilience, le soutien social) et des normes sociales.

Agent de santé communautaire : Les agents de santé communautaire (ASC) sont des prestataires de soins de santé qui vivent au sein de la communauté où ils travaillent, et reçoivent une formation institutionnelle formelle inférieure à celle des professionnels de santé tels que les infirmières et les médecins.²

Déterminant de confiance/méfiance : Il s'agit d'un facteur qui facilite, conduit à la confiance ou qui agit comme un obstacle à la confiance.

Prestataires de soins de santé : Les prestataires de soins de santé sont des personnes qui mettent à disposition des services, des produits ou des informations qui visent à promouvoir, à protéger et à améliorer la santé. Les prestataires de soins de santé regroupent plusieurs personnes de niveaux de formation variés, qui interviennent dans divers contextes et jouent des rôles distincts.³

Comportement des prestataires : se rapporte à la façon d'agir des prestataires vis-à-vis des personnes ou des situations pendant l'offre des soins de santé aux clients.

Perception de la qualité des soins : Point de vue des patients (c-à-d. des clients) sur les services reçus et les résultats des traitements.⁴

Soins respectueux : les soins sont dits respectueux s'ils permettent de préserver la dignité, l'intimité et la confidentialité de toutes personnes ; si les interactions entre les patients et les responsables de soins permettent de faciliter la prise de décision éclairée, sans

incitation ni coercition ; s'ils favorisent le soutien continu (lorsque nécessaire) ; s'ils font appel à la compassion et tiennent compte des préférences, des besoins et des valeurs des patients ; s'ils sont exempts de stigmatisation, de discrimination, de mauvais traitements et de tout préjudice.⁵

Auto-efficacité : L'auto-efficacité est un concept initialement proposé par le psychologue Albert Bandura, qui se rapporte à la foi d'un individu en sa capacité de poser des actions requises pour atteindre des objectifs spécifiques.⁶

Responsabilisation (ou redevabilité) sociale : Il s'agit des efforts collectifs des individus et des communautés (c-à-d les détenteurs de droits) qui tiennent les prestataires de services, les représentants du gouvernement et autres décideurs (c-à-d les détenteurs d'obligations) responsables de la qualité, de l'efficacité et de la fourniture équitable des services.⁷

Changement social et comportemental : c'est une approche fondée sur des données probantes qui vise à améliorer les comportements individuels et assurer la continuité des normes sociales et de l'environnement favorable. Les programmes de changement social et comportemental (CSC) suivent un processus systématique qui permet de façonner et de mettre en œuvre des interventions au niveau individuel, communautaire et sociétal pour appuyer l'adoption de pratiques saines. Ces programmes permettent de comprendre de façon profonde le comportement humain grâce à l'analyse théorique et des pratiques de divers domaines, notamment la communication, la psychologie sociale, l'anthropologie, l'économie comportementale, la sociologie, la conception centrée sur l'humain et le marketing social.⁸

Distance sociale : la distance sociale se rapporte au sentiment de familiarité (proximité et intimité) ou au manque de familiarisation (éloignement et différence) que peuvent ressentir les personnes appartenant à des groupes (sociaux, ethniques, professionnels et religieux) différents des leurs.⁹

Références pour les définitions clés

1. Agency for All. (2023, March). *Advancing shared conceptualizations of agency: Emerging insights* [technical brief]. CORE Group. . https://agencyforall.coregroup.org/wp-content/uploads/2023/04/AforAll-Agency-Conceptualization-Consultations-Brief_FINAL_-1.pdf
2. Health Workforce UHL. (2020). *What do we know about community health workers? A systematic review of existing reviews*(Human Resources for Health Observer Series No. 19). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/what-do-we-know-about-community-health-workers-a-systematic-review-of-existing-reviews>
3. Hancock, H., Carlson, O., Hempstone, H., Arnold, B., Hoffmann, K., Gul, X., & Spielman, K. (2023). Six recommendations for provider behavior change in family planning: A commentary. *Global Health: Science and Practice*, 11(4), e2200495. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-22-00495>
4. Gishu, T., Weldetsadik, A. Y., & Tekleab, A. M. (2019). Patients' perception of quality of nursing care; a tertiary center experience from Ethiopia. *BMC Nursing* 18, 37. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0361-z>
5. MOMENTUM Knowledge Accelerator. (2022). *Adopting a working definition of respectful care for RMNCAH: Summary report of a USAID convening organized by MOMENTUM Knowledge Accelerator*. USAID. https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00ZHDX.pdf
6. Carey, M. P. & Forsyth, A. D. (2009). *Teaching tip sheet: Self-Efficacy*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/pi/aids/resources/education/self-efficacy>
7. High Impact Practices in Family Planning (HIP). (2022, April). *Social accountability to improve family planning information and services*. HIP Partnership. <https://fphighimpactpractices.org/briefs/social-accountability>
8. HIP. (2022, August). *SBC overview: Integrated framework for effective implementation of the social and behavior change high impact practices in family planning*. HIP Partnership. <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/sbc-overview>
9. Hodgetts, D., Stolte, O. (2014). Social distance. In Teo, T. (ed.), *Encyclopedia of Critical Psychology* (pp. 1776–1778). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5583-7_559