

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

Synthèse de données probantes et recommandations

RAPPORT TECHNIQUE



Table des matières

1	Remerciements & Acronymes
2	Principales définitions
3	Contexte
3	Pourquoi est-il important de comprendre les déterminants et les bénéfices de la confiance ?
4	Méthodologie
6	Données probantes et résultats
7	Bénéfices de la confiance en matière de SSR
9	Conséquences du manque de confiance
10	Déterminants de la confiance
21	Déterminants transversaux : Perceptions de la qualité des soins
22	Adolescents et jeunes
22	Possibilités d'utilisation du CSC pour renforcer la confiance placée dans les structures de prestation de services de SSR
26	Possibilités de travaux pour approfondir la recherche
27	Conclusion
28	Références
32	Annexes
32	Annexe 1 : Liste des participants à l'atelier de consultation technique
33	Annexe 2 : Exemples d'interventions visant à améliorer la pratique des soins respectueux et centrés sur le client
34	Annexe 3 : Proposition d'outils et de ressources qui soutiennent l'instauration et l'intégration de la confiance dans le domaine de la santé reproductive

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 : Rapport 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
AQ	Amélioration de la qualité
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.

Principales définitions

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.¹

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.⁴

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.

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

Contexte

Pourquoi est-il important de comprendre les déterminants et les bénéfices de la confiance ?

Le [programme d'action commun de changement social et de comportement en faveur de la planification familiale](#) identifie comme domaine prioritaire la promotion d'un environnement favorable à la santé sexuelle et reproductive (SSR).¹⁰ La confiance entre les communautés, les structures de santé, les clients et les [prestataires de soins de santé](#) —représentent les fondamentaux d'un 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 elle impacte de façon considérable l'acceptation,¹¹ l'initiation et l'utilisation continue des services de SSR,¹²⁻¹⁵ l'expérience¹⁶ et la qualité des soins, ainsi que le niveau de satisfaction et de confiance des clients à l'égard du système de santé/des prestataires.^{12,17-24} Les données probantes révèlent que la confiance influence également l'adoption et le maintien des comportements bénéfiques pour la santé et entraîne des résultats positifs en matière de santé.^{11,20,24} Elle peut également avoir un impact positif pour les prestataires, notamment l'amélioration de la satisfaction au travail et de la collaboration.^{25,26}

Même si les données probantes révèlent l'impact positif de la confiance sur la prestation de services de SSR, il existe peu de documents qui traitent de la prise en compte de la confiance dans la planification et la prestation de services de SSR. De plus, très peu de données sont disponibles à ce jour sur l'impact des approches de CSC dans l'instauration, la promotion et le maintien de la confiance en matière de prestation de services de SSR. Par conséquent, l'on observe une divergence d'opinions chez les spécialistes du CSC, et ils manquent également d'orientation et de conseils quant- à la manière d'instaurer et de maintenir la confiance dans la prestation de services de SSR sur la base des approches du CSC. Les spécialistes doivent comprendre quels sont les facteurs qui boostent la confiance dans les structures de prestation de services de SSR, et l'impact de la confiance sur la demande de services de SSR, sur les interactions entre les clients et les prestataires, entre la communauté et la structure de santé, sur l'utilisation des contraceptifs et sur le comportement des clients et des prestataires. Ils ont également besoin de conseils pragmatiques et adaptés au contexte en ce qui concerne les approches pour renforcer la confiance dans les programmes de CSC axés

Présentation de Breakthrough ACTION

Breakthrough ACTION est un projet mondial financé par l'USAID sur une période de huit ans (juillet 2017 à juillet 2025). Il vise à accélérer l'utilisation du changement social et comportemental grâce à des outils, des processus de pointe fondés sur des données probantes, qui encouragent l'adoption de comportements sains et proposent des solutions aux obstacles structurels et aux normes sociales et de genre qui sont profondément ancrés et qui empêchent l'adoption de services et de pratiques de santé positives.

Ce projet est dirigé par le Centre pour les programmes de communication (CCP) de l'Université Johns Hopkins, en collaboration avec le Centre international de recherche sur les femmes, Save the Children, ThinkPlace US, ideas42, Camber Collective et Viamo.

sur la SSR. Cette compréhension leur permettra de concevoir des approches systématiques et fondées sur des données probantes, avec des cadres intentionnels de prestation de services en SSR, afin de permettre l'instauration et le maintien de la confiance entre les clients, les membres de la communauté, les prestataires de soins et les structures de santé de façon globale.

Breakthrough ACTION a réalisé une analyse documentaire et a organisé trois ateliers techniques auxquels ont pris part des experts de la SSR et du CSC, dans le but de mieux comprendre ce domaine prioritaire et corriger cet écart. Ces activités ont permis de valider les données sur les déterminants et les bénéficiaires de la confiance, et la possibilité de recourir au CSC pour renforcer la confiance en matière de SSR. Ce rapport technique est une synthèse des données probantes issues de l'analyse documentaire et des ateliers de consultation techniques, et il apporte aux exécutants de programmes des recommandations sur l'utilisation du CSC pour renforcer la confiance au sein des structures de SSR. Il identifie également des écarts qu'il importe d'analyser en profondeur.

Méthodologie

Breakthrough ACTION a procédé de façon rapide à une analyse documentaire, dans le but de synthétiser les données probantes qui soulignent le rôle de la confiance pour créer un environnement favorable à la SSR, notamment dans un contexte de prestation de services. L'étude a pris en compte les composantes structurelles de la confiance (accessibilité, équité, qualité et continuité des soins, sécurité de la structure, politiques, gestion des systèmes de santé) ainsi que les modalités intra et interpersonnelles, notamment les facteurs liés à la responsabilisation, à la compassion, à l'empathie et aux normes sociales et de genre. L'analyse documentaire a permis de répondre aux questions suivantes :

- Quels sont les déterminants de la confiance entre les clients, les membres de la communauté et les prestataires ou les structures de santé à différents niveaux de la prestation de services de SSR ?
- Quels sont les mécanismes de la confiance ?
- Comment la confiance influence-t-elle les résultats en matière de SSR pour les clients, les membres de la communauté et les prestataires ?
- Comment la confiance peut-elle être améliorée entre les clients, les membres de la communauté et les prestataires de service/institutions de santé ? Quel est le rôle du CSC pour renforcer ou améliorer la confiance ?

Le personnel du projet a identifié 69 articles qui répondaient aux critères d'inclusion, issus des projets de recherche ou des programmes mis en œuvre dans six régions : Europe, Asie, Amérique du Sud, Afrique subsaharienne, Moyen-Orient, Afrique du Nord et Amérique du Nord. En mai 2023, l'équipe en charge de l'étude a organisé trois ateliers de consultation techniques regroupant 32 experts, afin de partager et de valider les résultats de l'analyse documentaire, de bénéficier des expériences des experts et de développer de façon conjointe des recommandations qui mettent en lumière l'importance de la confiance en matière de SSR. Les participants étaient représentatifs d'une diversité de points de vue, à savoir ceux de l'Afrique de l'Ouest francophone, de l'Afrique subsaharienne, de l'Europe, de l'Asie et de l'Amérique latine (voir les détails sur les participants à [l'Annexe 1](#)).

Afin de structurer l'analyse et la synthèse des déterminants de la confiance préalablement identifiés, Breakthrough ACTION s'est inspiré des différentes versions du Modèle Socio-Écologique (MSE) (**Figure 1**).^{27,28} Le projet a permis de catégoriser les déterminants de la confiance en plusieurs niveaux : individuel, interpersonnel, prestation de services ou organisation, communautaire, et environnement favorable ou cadre politique.

FIGURE 1

Le modèle socio-écologique pour la prestation de service.^{27,28} 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.



Définition de la confiance et de ses composantes

La littérature sur la confiance est vaste et multidisciplinaire, et alimentée grâce aux contributions uniques des chercheurs en psychologie, sociologie, éducation, études de communication, sciences politiques, anthropologie et économie comportementale, entre autres. Il n'existe pas de définition unique et simplifiée de la confiance, ce qui rend difficile la mise en œuvre des programmes et l'évaluation de la confiance et de ses déterminants.

En termes simples, la confiance est le fait de croire fermement en la fiabilité, la vérité, la capacité ou la force de quelqu'un ou de quelque chose.²⁹ La confiance est dynamique et influencée par bon nombre de variables sociales, structurelles, psychologiques, comportementales et contextuelles, qui la font évoluer au fil du temps.³⁰ Étant donné la nature complexe et multidimensionnelle de la confiance, ses variables peuvent s'avérer difficiles à définir et à mesurer.

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.^{34,35} 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.³⁶⁻³⁸ 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. Plusieurs déterminants contribuent au développement et au maintien de la confiance.³⁰ 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.³⁰

Données probantes et résultats

Cette section présente de façon détaillée les résultats de l'analyse documentaire et des ateliers techniques, notamment les bénéfices de la confiance et les déterminants propres à chaque niveau du MSE. La plupart des documents examinés n'ont pas classé dans les deux catégories de confiance (interpersonnelle ou impersonnelle) les déterminants et les bénéfices de la confiance, et les résultats se sont souvent chevauchés et entrecroisés. Toutefois, en général, les déterminants à l'échelle individuelle, interpersonnelle et communautaire du MSE se rapportent à la confiance interpersonnelle, tandis que la confiance impersonnelle est davantage liée à la prestation de services ou l'organisation et à l'environnement favorable ou le cadre politique du MSE.

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 en matière de SSR

La confiance dans le cadre de la prestation de services de SSR apporte aux clients, aux prestataires et aux membres de la communauté des résultats positifs, notamment i) le renforcement de la confiance et de la satisfaction des clients vis-à-vis des prestataires de soins de santé qui opèrent au sein de la communauté et dans les structures de santé, et ii) l'acceptation et l'utilisation des services de SSR. Pour les prestataires de services, le renforcement de la confiance (chez les clients et entre les prestataires) permet d'améliorer la communication avec les clients/ membres de la communauté, la crédibilité, la qualité des soins apportés et la satisfaction professionnelle.

Breakthrough ACTION a identifié des bénéfices associés à l'existence de la confiance et déclinés dans les exemples ci-après :

- **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.¹³ 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. À titre d'exemple, une étude menée au Ghana indique que la confiance a permis aux utilisatrices cachées de contraceptifs (les adolescentes ou les femmes dont le conjoint désapprouve l'utilisation) de continuer à utiliser des méthodes contraceptives modernes, parce qu'elles étaient convaincues que les prestataires respecteraient les clauses de confidentialité.³⁹
- **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. Par exemple, une étude menée au Myanmar a révélé que les membres de la communauté sont de plus en plus convaincus que leurs besoins en matière d'accouchement seront comblés par les ASC, parce qu'ils ont confiance en la capacité de ces derniers à réaliser des accouchements sûrs et à administrer au besoin du misoprostol pour contrôler l'hémorragie post-partum.¹⁷ De même, les participants à une étude menée au Nigeria ont affirmé avoir confiance aux méthodes de contraception qu'ils reçoivent, parce qu'ils font confiance au choix des prestataires de services certainement porté sur des méthodes dont l'innocuité est prouvée.⁴⁰
- **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.²⁰
- **Renforcement de l'accès des clients aux services de SSR** : La confiance permet de renforcer l'accès des clients et des membres de la communauté aux services de SSR. Le renforcement de l'accès est souvent le résultat d'une meilleure acceptation des services de SSR par les clients, et la confiance favorise également ce sentiment d'acceptation. En outre, la confiance placée dans les ASC permet d'améliorer davantage l'accès, car la collaboration avec un ASC au niveau local permet aux clients d'utiliser certains services de SSR à proximité de chez eux sans avoir besoin de se rendre dans une structure de santé, ce qui permet de surmonter des contraintes éventuelles de finances et de temps que le déplacement vers une structure de santé peut engendrer. Une étude menée en Zambie a révélé que les membres de la communauté et les adolescents sont plus enclins à accepter l'éducation en SSR et la contraception au niveau de la communauté lorsqu'ils font confiance aux ASC.¹¹
- **Renforcement de la propension des clients à partager aux prestataires des informations susceptibles d'influencer le choix du traitement** : Les décisions des prestataires relatives aux actions à mener ou aux soins à apporter aux clients dépendent largement des informations qu'ils reçoivent au cours de leurs interactions avec les clients. 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.^{20,41} Par exemple, les participants d'origine latine

ont indiqué lors d'une enquête menée aux États-Unis que ceux qui font confiance à leurs prestataires de services se sentent à l'aise de parler des sujets sensibles et sont plus enclins à partager des informations personnelles importantes en matière de sexualité et de la reproduction.⁴¹

- **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. Une étude portant sur un programme d'éducation en SSR déployé en République dominicaine a montré que la confiance permet aux participants qui se sentent en sécurité auprès des prestataires, de mieux comprendre les concepts abordés et facilite la prise de parole des clients ou leur capacité à poser des questions pour obtenir des éclaircissements.¹³
- **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. À titre d'exemple, une étude indique que la confiance des leaders communautaires envers les ASC augmente la satisfaction au travail des ASC, car ils se sentent reconnus et respectés, ce qui les motive à travailler davantage.¹¹ 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 permet aux clients et aux membres de la communauté de considérer les prestataires comme des sources d'information crédibles et fiables, afin d'accroître le désir des clients de recourir à des services et leur propension à adopter et maintenir des comportements sains. La crédibilité et la légitimité des prestataires peuvent également être renforcées grâce au transfert de confiance, qui se produit lorsque les clients et les membres de la communauté réalisent que des personnes d'influence respectées au sein de la communauté font confiance aux prestataires. Par exemple, lorsque des leaders communautaires fiables acceptent et font confiance aux ASC, les membres de la communauté vont également considérer ces prestataires comme étant plus crédibles ; la confiance des membres de la communauté envers les prestataires et l'utilisation des services seront ainsi renforcés.
- **Obtention de résultats positifs en matière de SSR** : 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.^{43,44}

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,^{11,20} à un faible taux d'utilisation des services de SSR et à la dissimulation d'informations médicales aux prestataires.^{20,23,41}

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.¹⁵

Déterminants de la confiance

Grâce à l'analyse documentaire, Breakthrough ACTION a identifié les déterminants de la confiance à tous les niveaux du MSE en matière de SSR qui agissent sur la confiance entre les clients et les prestataires d'une part, et entre les membres de la communauté et la structure de santé d'autre part. Des experts ont validé et étayé ces déterminants au cours d'une session technique. Ces déterminants ne sont pas isolés ; ils interagissent entre eux et entre les différents niveaux du MSE et influencent tous ensemble la confiance.

De plus, la confiance dans le cadre des services de SSR n'est pas statique ; elle est susceptible d'évoluer au fil du temps. Les déterminants de la confiance qui ont été identifiés exercent de façon collective une influence sur le maintien, l'augmentation ou la perte du niveau de confiance. Les déterminants qui renforcent la confiance permettent de maintenir ou d'augmenter le niveau de confiance, tandis que les déterminants qui constituent des obstacles empêchent le développement du niveau de confiance ou peuvent conduire à sa perte.

Déterminants 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 permettent de déterminer la [distance sociale](#) entre les clients et les prestataires, les perceptions de la fiabilité et l'existence ou non d'une relation de confiance entre le client et le prestataire.** Plusieurs articles présentent les caractéristiques démographiques des prestataires et des clients (ex. : le sexe, l'âge, l'appartenance ethnique, la langue, la race) comme étant des déterminants de la confiance, même si l'impact exact sur la confiance est déterminé par (1) la prestation de services et le contexte communautaire et (2) la population qui reçoit les services. Par exemple, les adolescents et les jeunes préfèrent et sont plus enclins à faire confiance aux prestataires proches de leur tranche d'âge qu'ils considèrent comme des pairs.⁴⁴⁻⁴⁶ Les clients plus âgés sont plus enclins à faire confiance aux prestataires plus âgés, car ils établissent une corrélation entre le niveau de compétence et l'âge (âge plus avancé = plus d'années d'expérience et de compétences),^{26,45} et réalisent que les prestataires plus âgés sont plus respectés au sein de la communauté en raison de leur âge.^{45,47} Dans certains milieux, les clients plus âgés s'attendent à plus de discrétion de la part des prestataires plus âgés et une moindre propension à parler de leurs clients à d'autres personnes.⁴⁵ De plus, les caractéristiques démographiques influencent la distance sociale, l'un des facteurs qui détermine les interactions entre les attributs des prestataires et des clients et leurs manifestations. Dans de nombreux cas, la réduction de la distance sociale qui résulte des caractéristiques démographiques et des normes communes aux clients/ membres de la communauté et aux prestataires permet de renforcer la familiarité, le respect et la confiance entre les clients et les prestataires.^{22,42}
- **La perception positive des compétences des prestataires et des institutions est essentielle à la confiance :** Généralement, les clients estiment que les prestataires ou les institutions sont compétentes parce qu'ils reconnaissent la valeur de la formation et des certifications professionnelles reçues, qui favorisent la confiance.^{40,48} Cette supposition et cette confiance sont maintenues lorsque les clients/ membres de la communauté estiment que les prestataires fournissent des services compétents.⁴⁰ Les interactions et la supervision des ASC par le secteur formel renforcent la perception de compétence et de confiance des clients/ membres de la communauté à l'égard de ces derniers.¹⁹ D'un autre côté, les rapports avec les services de santé qui amènent les clients/ membres de la communauté à remettre en question les compétences d'un prestataire ou d'une institution constituent un obstacle à la confiance. L'opinion des clients au sujet de la compétence des prestataires est souvent influencée par les résultats positifs de l'utilisation des services de SSR, tels que l'état de santé du bébé et de la mère suite à un accouchement^{26,47}, la gestion réussie des complications par les prestataires²⁶, les années d'expérience des prestataires²⁶ et la capacité des prestataires à fournir des informations actualisées sur l'état de santé de ces patients.²¹
- **Les croyances et les préjugés des clients en matière de SSR et leur expérience lors de l'accès aux services de SSR façonnent la confiance.** Les opinions des clients quant à la fiabilité des prestataires ou des services de santé peuvent être façonnées par des croyances personnelles et normatives, notamment celles relatives à la fiabilité inhérente aux prestataires de santé^{40,48} et aux effets bénéfiques ou néfastes des produits de santé tels que les contraceptifs et les vaccins,⁴⁸ aux croyances religieuses⁴⁹, aux normes sociales et aux préjugés personnels sur la base des expériences passées en matière d'accès aux services de SSR^{26,50}. Par exemple, les clients qui ont été activement écoutés et pris en charge avec respect et dignité lors du premier accès aux services de SSR sont plus confiants lorsqu'ils ont à nouveau besoin de ces services.¹⁹ Les participants à la session technique ont noté que les observations et les opinions des clients sur les interactions entre les prestataires et les autres clients influencent la confiance, car l'observation des interactions positives ou négatives entre d'autres clients et les prestataires peut renforcer ou entraver la confiance.
- **Les groupes marginalisés ou exploités peuvent avoir des expériences négatives avec le système de santé à des inégalités et des discriminations systémiques et structurelles, qui influencent leur perception de la fiabilité des prestataires ou des structures de santé.**^{18,51} La méfiance découle

d'un traitement de faible qualité (de la part des prestataires et du système de santé dans son ensemble) apporté par le passé aux personnes marginalisées, en situation de pauvreté ou occupant des positions socio-économiques inférieures, ou encore confrontées à la discrimination et à la stigmatisation en raison de facteurs tels que la race, la tribu ou l'appartenance ethnique, la classe sociale, le statut d'immigration, le statut sérologique et le niveau d'éducation.^{18,52} Par le passé, les adolescents et les jeunes ont également été confrontés à la discrimination en raison de leur âge.

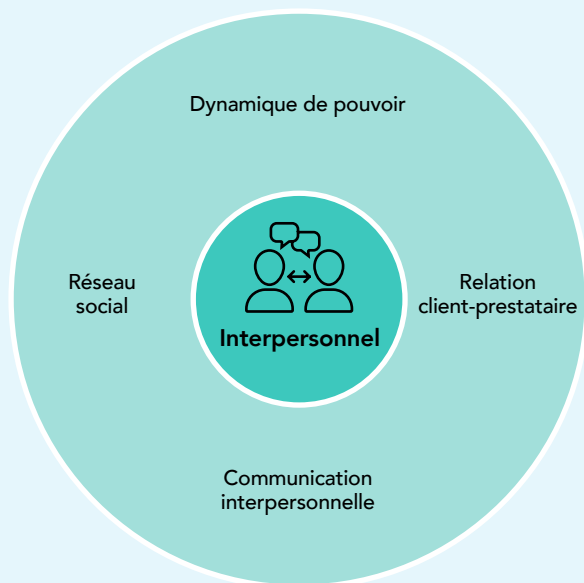
- **La confiance des clients est influencée par leur perception des motivations et de l'éthique des prestataires et des structures de santé.** Les interactions de confiance reposent sur l'hypothèse selon laquelle les prestataires placent l'intérêt supérieur des clients et des membres de la communauté au premier plan, et qu'ils adhèrent à un code de conduite professionnel.^{26,48} La confiance est entravée lorsque les clients trouvent des raisons de remettre en question ces hypothèses. Selon une étude menée au Bangladesh par exemple, les agents de santé du secteur public jouissent d'une plus grande confiance que ceux du secteur privé, car les membres de la communauté considèrent que les prestataires du secteur privé sont orientés vers le profit et s'intéressent davantage aux gains financiers.⁵³ De même, au Kenya, l'adhésion des prestataires aux codes de conduite attendus (éthique) a été citée comme un facteur qui favorise la confiance entre clients et prestataires, tandis que l'acceptation de pots-de-vin ou d'autres pratiques contraires à l'éthique représente un obstacle à la confiance.^{26,53}

Déterminants au niveau interpersonnel

Les déterminants interpersonnels agissent sur la qualité des relations entre les prestataires et les clients, sur l'autonomie et la prise de décision des clients en matière de SSR et sur l'expérience des clients avec le corps médical (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.^{16,54,55} Lors du développement de ce point, les participants à la session technique ont mentionné que la capacité et la volonté des autres travailleurs du secteur de la SSR qui ne sont pas des prestataires de services directs (c-à-d les agents d'administration et de garde) de faire preuve d'empathie et de compassion à l'égard des clients afin d'instaurer un climat de confiance améliore également le niveau de confiance des clients à l'égard des prestataires et du système ou des services de santé.
- **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.** L'analyse documentaire a révélé que la familiarité avec les prestataires de santé et les relations durables et significatives qui peuvent être établies au fil des contacts récurrents avec les mêmes prestataires sont des facteurs qui renforcent le niveau de confiance entre les clients et les prestataires. La familiarité s'acquiert grâce aux contacts réguliers avec les prestataires, notamment le fait de rencontrer chaque fois le même prestataire, de recevoir ses visites à domicile et de participer à des activités qu'il anime au sein de la communauté. Des contacts irréguliers avec les prestataires, le fait de rencontrer un prestataire différent à chaque fois, la faible qualité ou le manque de relations avec les prestataires figurent parmi les obstacles à la confiance entre les clients et les prestataires.^{16,21,56,57} De plus, les clients font davantage confiance aux groupes qui ont un contact plus étroit avec eux (à l'exemple des sage-femmes et des ASC).^{49,58} Dans certains milieux, les clients font davantage confiance aux ASC qu'aux prestataires au sein des structures de santé en raison de l'immersion et de la faible distance sociale, car les ASC appartiennent à la même communauté et partagent la même langue, la même appartenance ethnique, la même culture et les mêmes normes.^{11,45,49} De même, les clients qui ont déjà recherché et utilisé des services de SSR et qui ont acquis une certaine confiance et une certaine familiarité avec ces services sont plus enclins à faire confiance à ces services et à ces prestataires, tandis que les nouveaux utilisateurs peuvent hésiter à faire confiance aux prestataires et aux structures de santé. Les participants à la session technique ont également identifié la relation entre les prestataires et les clients comme l'un des déterminants de la confiance, car un client est plus enclin à faire confiance à un prestataire à qui il peut s'identifier (ex. : un prestataire qui confie à un client qu'il utilise la planification familiale a dû lui-même faire face aux informations erronées similaires afin d'adopter une méthode).
- **La dynamique de pouvoir entre les clients est un facteur clé de la confiance.** L'autonomie et la prise de décisions en concertation avec les prestataires permettent d'instaurer la confiance entre les clients et les prestataires. En revanche, le déséquilibre de pouvoir et de richesse entre les clients et les prestataires constituent un obstacle à la confiance, notamment lorsque les clients estiment qu'ils n'ont pas le pouvoir de défendre leurs besoins et leurs préférences. Le déséquilibre de pouvoir peut être accentué par la déférence des clients à l'égard de l'expertise médicale des prestataires. Même lorsque le niveau de confiance envers les prestataires est faible, les clients peuvent adhérer aux normes sociales qui consistent à avoir de la déférence envers les personnes les plus haut placées ou les plus instruites, surtout s'ils craignent de se voir refuser des services ou des produits.^{26,54}
- **Les compétences en matière de communication interpersonnelle et les styles de communication des prestataires jouent un rôle important dans l'instauration et le maintien de la confiance.** L'analyse documentaire révèle que la communication non verbale sous forme de langage corporel,

comme les gestes, le ton de la voix, la distance physique et le toucher, est aussi importante que la communication verbale et façonne les perceptions et la confiance des clients.²⁴ Une communication respectueuse et empathique est synonyme de respect mutuel et favorise la confiance ; elle peut être utilisée par les prestataires à travers l'écoute active et une attention particulière, et le fait de poser des questions pour obtenir un supplément d'informations. En revanche, une communication précipitée, l'utilisation du jargon médical ou d'un style de communication vague ou peu clair sont des obstacles à la confiance entre les clients et les prestataires.⁴⁴ Le défaut de confidentialité lors des interactions entre les prestataires et les clients constituent également un obstacle à la confiance entre les clients et les prestataires, tandis que la garantie de la confidentialité audiovisuelle augmente le niveau de confiance entre les clients et les prestataires.^{41,46} De plus, la littérature révèle que les clients se méfient des prestataires qu'ils soupçonnent d'être capables de partager leurs informations confidentielles avec d'autres⁴¹; ils se méfient également lorsque leurs interactions avec les prestataires sont interrompues par d'autres prestataires de la structure de santé, le personnel (ex. : les infirmières) ou d'autres personnes.⁴⁶ Par ailleurs, les adolescents en particulier sont plus enclins à faire confiance aux prestataires et aux structures de santé lorsqu'ils ressentent que les informations à leur sujet resteront confidentielles grâce à l'assurance du prestataire ou en vertu de la loi.¹⁴ Les participants à la session technique ont identifié la communication sensible à la dynamique du genre et à l'équité comme facteur de renforcement de ce sentiment d'assurance. En outre, la cohérence des messages relatifs à la SSR qui sont diffusés par les différents prestataires améliore le niveau de confiance.

- **Les clients sont influencés par les opinions de leur cercle social et y accordent souvent du crédit.**
Les clients consultent souvent les membres de leur cercle social tels que les membres de la famille et les pairs, lorsqu'ils décident d'utiliser les services de SSR. Les informations relatives à la SSR reçues par l'intermédiaire de ces cercles sociaux peuvent être exactes ou inexactes, en fonction des connaissances et des impressions de chaque membre qui les compose. Le fait de se fier à ces cercles pour obtenir des informations sur la SSR, notamment sur les prestataires qui sont dignes de confiance et ceux qui ne le sont pas au sein de la communauté, influence les comportements en matière de recours aux soins ainsi que la confiance. Une étude menée au Kenya par exemple a révélé que les expériences positives des voisins avec les prestataires ou les structures de santé, ou la confiance que ces derniers reçoivent du voisinage influencent positivement la confiance. De même, les impressions négatives à l'égard d'un prestataire ou d'une structure de santé font perdurer la méfiance au sein des cercles sociaux.²⁶
- **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.**
La confiance entre prestataires a un impact positif sur la satisfaction professionnelle des prestataires et contribue à renforcer la confiance entre clients et prestataires. Plusieurs facteurs contribuent à la méfiance entre les prestataires. Il s'agit notamment de la concurrence malsaine, des mauvaises relations, de la dynamique du pouvoir et des hiérarchies institutionnelles entre les cadres.^{19,26} De tels facteurs influencent la communication et la collaboration entre prestataires et se répercutent sur les soins dispensés aux patients. Une étude menée en Iran a indiqué que selon l'opinion générale, les obstétriciens ne font pas confiance au jugement des sages-femmes, une attitude qui limite la capacité des sages-femmes à prendre des décisions relatives aux soins des patients et à fournir des soins centrés sur le client.⁵⁹ Une seconde étude menée au Kenya a révélé que les mésententes ou l'utilisation d'un ton irrespectueux entre les prestataires devant les clients diminuent la confiance que ces derniers placent dans la structure de santé.²⁶
- **Discordance entre les croyances des prestataires et les services de SSR qu'ils proposent :**
Un autre obstacle à la confiance est la perception des disparités entre les croyances et les préjugés d'un prestataire (qui sont bien connus de la communauté) et les services qu'il propose à ses clients. Par

exemple, le cas en Ouganda mentionné par l'un des participants à la session technique, où des clients catholiques n'ont pas fait confiance aux conseils des prestataires catholiques sur l'utilisation de certaines méthodes contraceptives, lesquels s'opposaient à leurs croyances catholiques communes sur ces moyens de contraception.

Déterminants au niveau de la communauté

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 les structures de santé (Figure 4).

FIGURE 4

Déterminants au niveau de la communauté



- **Les leaders communautaires et les autres membres de la communauté qui tiennent le pouvoir peuvent influencer le soutien, la confiance et l'acceptation des agents de santé et des services de SSR au sein de leur communauté.** Le soutien et l'acceptation des leaders communautaires respectés et dignes de confiance manifestés envers les ASC renforcent la confiance des membres de la communauté à l'égard des ASC et des services qu'ils offrent. Le manque de soutien aux ASC constitue également un obstacle ; ceci révèle la forte influence qu'exercent les leaders communautaires sur la prise de décision axée sur la confiance.¹¹ Toutefois, cette influence n'est valable que lorsque les leaders communautaires sont dignes de confiance, respectés et sensibles aux besoins de la communauté, par opposition à un leadership faible, peu cohérent et moins ou pas respectés par les membres de la communauté.¹⁹ En outre, les intérêts divergents ou conflictuels entre les leaders communautaires et la structure de santé ou les agents de santé peuvent entraîner des tensions et des messages contradictoires de la part des leaders.

- **Les normes, les croyances et les perceptions de la communauté façonnent la confiance vis-à-vis des services de SSR.** La SSR est un sujet sensible dans la plupart des communautés. Les normes communautaires concernant les personnes habilitées à utiliser les services, les services considérés comme acceptables et la perception générale positive ou négative des services de SSR influencent fortement la confiance des membres de la communauté vis-à-vis des services et des prestataires de SSR. Les expériences positives ou négatives directes avec le personnel de la structure de santé et la qualité des services peuvent également agir sur les croyances et les perceptions des membres de la communauté vis-à-vis des services de SSR.
 - Les normes sociales et de genre ainsi que les croyances traditionnelles peuvent avoir des conséquences sociales telles que la stigmatisation des publics qui utilisent ou encouragent l'utilisation des services. Par exemple, les normes relatives à l'activité sexuelle des adolescents peuvent pousser à croire que les prestataires de SSR encouragent les comportements à risque chez les adolescents ; ces normes constituent donc un obstacle à la confiance entre les clients et les prestataires auprès des clients qui ne font pas partie du groupe des jeunes.²³
 - Un compromis de confiance peut se produire lorsque l'augmentation du niveau de confiance entre les prestataires et les clients marginalisés entraîne la réduction du niveau de confiance des autres clients ou membres de la communauté. Par exemple, les membres de la communauté peuvent se méfier des prestataires qui vont à l'encontre des normes sociales (qui découragent l'activité sexuelle chez les adolescentes) et qui fournissent aux adolescentes des méthodes de contraception,²³ tandis que les adolescents et les jeunes peuvent eux faire plus confiance à ces prestataires.
 - En outre, certaines normes et certains rôles liés au genre, notamment la perception par la communauté de l'implication des femmes dans le processus de prise de décision en matière de SSR et l'identification de la dynamique du pouvoir au sein de la famille sont considérés comme des obstacles à la confiance, en raison de l'accès limité aux services causé par ces normes en place et de la méfiance à l'égard des prestataires qui ne se conforment pas aux normes de la communauté.²⁶
- **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.** Les facteurs qui ont contribué à l'établissement d'une bonne relation et ont favorisé la confiance sont notamment la disponibilité d'espaces sûrs pour les rencontres entre les prestataires et les communautés,¹² l'implication des leaders et des membres de la communauté dans la prise de décision,^{11,60} les succès connus dans le passé suite aux initiatives de responsabilisation ou les expériences positives passées lors de l'utilisation des services.,²⁶ Les obstacles comprennent les expériences ou les résultats négatifs connus par le passé suite à l'utilisation des services de SSR, les promesses non tenues et les écarts entre les attentes de la communauté et la qualité du service rendu par les structures ou le système de santé.^{12,26}
- **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.** Les communautés veulent et doivent faire partie du processus de prise de décision et de définition des priorités. L'utilisation de plusieurs canaux multiples et des groupes et plateformes existants, tels que les groupes d'action communautaire et les comités des structures de santé s'est avérée efficace pour impliquer les membres de la communauté dans la prise de décisions relatives aux services de santé, pour encourager la représentation des voix marginalisées et pour instaurer la confiance.⁶¹ L'engagement doit être inclusif, accessible et permettre de soutenir les différents individus et groupes.

- **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.** L'un des principaux thèmes abordés par la littérature est l'influence du déséquilibre de pouvoir entre les membres de la communauté et les prestataires d'une part, ainsi que la capacité et la volonté des structures de santé de pallier ces différences d'autre part. Pour une participation significative des membres de la communauté au système de santé, le partage ou le transfert de pouvoir est nécessaire. Elle nécessite également de travailler avec des structures communautaires transparentes, afin de comprendre leurs préférences quant à leur degré et leur niveau d'implication.⁶²

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

Les déterminants de la confiance au niveau de la prestation de services ou de l'organisation 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



- **La complexité des voies d'accès et d'orientation vers les services de SSR entrave la confiance des clients.** Les processus organisationnels qui alourdissent ou créent des obstacles à l'accès aux soins constituent des obstacles à la confiance entre les clients et les prestataires. Par exemple, de longues files d'attente devant les caisses, une paperasserie volumineuse et les processus qui nécessitent de faire la navette entre plusieurs points de service sont autant de facteurs qui diminuent le niveau de confiance placé dans une structure de santé donnée.²⁶
- **L'environnement du service peut aussi bien faciliter et entraver le niveau de confiance.** L'environnement physique d'une structure de santé, notamment la disponibilité des ressources et des salles d'entretien intimes, la propreté, l'hygiène, la technologie et le matériel actualisés ou l'absence de technologie et de matériel, sont autant de facteurs susceptibles de renforcer ou d'entraver la confiance des clients. La disponibilité ou l'absence de services complets, le sentiment de sécurité physique et psychologique des clients et la charge de travail des prestataires sont d'autres déterminants de la confiance.^{15,16,43,46,48,63} La disponibilité de services complets a un effet sur la confiance dans la mesure où les clients s'attendent et souhaitent que les prestataires soient en mesure de fournir tous les services nécessaires pour leur bonne santé, ce qui s'avère plus probable lorsque des services complets sont disponibles.¹⁵ Par exemple, des personnes interrogées dans le cadre d'une étude menée en Chine ont déclaré avoir moins confiance aux structures de santé primaires qui ne disposent pas d'un ensemble complet de services susceptibles de répondre à tous leurs besoins en matière de santé.¹⁵ La surcharge de travail fatigue les prestataires et conduit à des délais d'attente plus longs ou des consultations menées à la hâte. Le résultat est la frustration et le manque de confiance des clients.²⁶ Les participants à l'atelier technique ont identifié le moment où le service est offert, y compris les différences contextuelles quant au moment favorable pour accéder aux soins, comme étant susceptible d'affecter l'expérience du client et son niveau de confiance vis-à-vis des soins, en particulier si le service est de nature délicate. Par exemple, les utilisatrices clandestines de contraceptifs peuvent préférer accéder aux soins en dehors des heures normales d'ouverture des cliniques afin de ne pas être reconnues par l'un des membres de leur communauté. L'incapacité des prestataires ou des structures de santé à répondre à ce besoin peut restreindre la confiance de cette catégorie de clients.
- **L'accessibilité et l'acceptabilité des canaux (ou modes) de prestation de services de SSR varient selon les contextes et les populations, notamment en ce qui concerne les personnes marginalisées et exploitées, et agissent sur la perception de la fiabilité.** Les personnes marginalisées et peu desservies ou privées de leurs droits par le système de santé (ex. : les adolescents, les immigrants, les femmes à mobilité réduite, les minorités ethniques et de genre, les femmes célibataires, etc.) peuvent éprouver des difficultés à accéder aux services de SSR à cause des obstacles et des discriminations systémiques, et ces difficultés entravent la confiance.⁶⁴ Par exemple en Suède, les jeunes immigrants et les demandeurs d'asile au statut juridique incertain ont eu du mal à accéder aux services de SSR à cause du manque de connaissances, du coût ou des restrictions politiques qui entraînent la méfiance à l'égard des prestataires et du système de santé.⁵² Les différences linguistiques et culturelles peuvent aussi aggraver ce problème.⁵² Les participants ont également mentionné comme facteur clé de la confiance la disponibilité (ou l'absence) de matériel de communication inclusif et pertinent sur le CSC pour ces groupes.
- **La nature du service lui-même est importante.** Les participants à l'atelier technique ont également indiqué que la confiance est plus nécessaire ou revêt plus d'importance dans certains cadres de services de santé. Par exemple, les services de planification familiale sont considérés comme plus sensibles que les soins prénataux et par conséquent, la confiance entre le client et le prestataire y est plus importante, notamment l'emphasis sur les déterminants tels que la confidentialité.

Déterminants au niveau de l'environnement favorable ou des politiques

Les déterminants au niveau des politiques ou de l'environnement favorables tels que les politiques en matière de SSR, l'existence et la gestion des catastrophes naturelles/urgences, le bilan du gouvernement, la transparence et l'environnement politique influencent le sentiment de confiance des clients à l'égard des prestataires et des institutions de santé (Figure 6).

FIGURE 6

Déterminants au niveau de l'environnement favorable ou des politiques



- **Les politiques qui régissent les services de SSR constituent l'un des déterminants de la confiance.** Des politiques efficaces et transparentes qui garantissent l'équité et l'accessibilité des services de SSR sont essentielles pour instaurer et maintenir la confiance chez les clients. Lorsqu'il existe des lois qui protègent la confidentialité entre le patient et le prestataire et lorsque l'offre de services gratuits ou subventionnés ôte les obstacles financiers qui empêchent l'utilisation, les clients peuvent alors faire confiance aux prestataires de services de SSR.^{14,26} La cohérence et la communication autour de ces politiques favorisent l'instauration de la confiance. Les politiques peuvent devenir des obstacles lorsque leur interprétation est ambiguë²⁶ et lorsqu'elles restreignent l'accès et l'utilisation des services de SSR pour certains segments de la population comme les adolescents.¹⁴ De plus, les participants à l'atelier technique ont identifié l'absence de politiques et d'orientations claires concernant certains facteurs liés aux services comme étant susceptibles d'entraver la confiance. Par exemple, l'absence de lois protégeant les droits de SSR pour certains segments de la population et l'absence de politiques en matière d'accès à la technologie constituent des obstacles à la confiance.

- **La méfiance systémique lors des situations d'urgence et des catastrophes se répercute facilement sur les services de SSR.** Les catastrophes et situations d'urgence naturelles ou anthropiques telles que les pandémies, les guerres et les conflits communautaires peuvent susciter une méfiance à l'égard des prestataires et du système de santé en général, qui se répercute sur les services de SSR.^{21,65} Cela peut en partie s'expliquer par la crainte d'une absence de sécurité ; dans ce cas, la mise en avant des mesures qui visent à protéger les clients contre tout préjudice permet de renforcer le niveau de confiance. À titre d'exemple, une étude menée en Sierra Leone après l'épidémie d'Ébola a révélé que les connaissances des membres de la communauté au sujet des mesures de prévention des infections telles que l'utilisation de matériel de protection individuelle et l'institutionnalisation du dépistage d'Ébola, ainsi que la mise en pratique de ces mesures dans les structures de santé ont permis de renforcer la confiance.⁶⁵ Un autre facteur qui alimente la méfiance est le faible niveau de communication sur les risques et le climat d'incertitude qui accompagne les urgences de santé publique. Selon une étude réalisée en zone rurale en Inde, les femmes enceintes ont perdu confiance lorsque les agents de santé ont eu de la peine à répondre à leurs questions sur l'effet du COVID-19 sur le fœtus.²¹ De plus, la fermeture temporaire des services non urgents dans le secteur de la santé publique, tels que les services de SSR et le coût élevé du secteur privé ont conduit à la réduction de l'accès aux services de SSR et une érosion de la confiance vis-à-vis du secteur de la santé.²¹
- **Le bilan du gouvernement et des institutions sociales compte.** Les performances du gouvernement ou des institutions sociales, notamment les succès ou les échecs connus par le passé et la corruption ou le manque de transparence dans l'utilisation des finances et l'allocation des ressources font partie des déterminants qui agissent sur le niveau de confiance.^{26,64} Les clients sont plus enclins à faire confiance aux prestataires lorsque les politiques et les promesses du gouvernement sont respectées de façon soutenue, ne sont pas liées à une seule administration, sont considérées comme mises en œuvre et adaptées aux besoins de la communauté ; les clients font également confiance lorsqu'ils ont l'impression de recevoir des soins de qualité qui valent leur investissement (c'est dire que les prestataires sont tenus responsables de la qualité des soins qu'ils apportent). Les prestataires peuvent contribuer à développer la confiance qui existe entre eux lorsque la réglementation favorise le recrutement du personnel en nombre adéquat au sein des structures de santé, et lorsque les observations des prestataires sont bien accueillies et prises en compte par les systèmes et processus officiels.²⁶
- **L'environnement politique peut agir sur la confiance, et l'identité de l'autorité à la tête du pouvoir ou de l'opposition influence le niveau de confiance à l'égard des prestataires et du système de santé.**⁶⁶ De même, les normes et pratiques religieuses qui s'incrument dans les programmes politiques peuvent constituer des obstacles à la confiance. Par exemple, lorsque les normes religieuses ou culturelles autour de la SSR s'incrument dans les services de SSR ou sont mises en œuvre par le biais des plateformes politiques du pouvoir en place, les membres de la communauté et les clients ayant des normes ou des points de vue différents se heurtent à un obstacle à la confiance.

Déterminants transversaux : Perceptions de la qualité des soins

L'analyse documentaire et l'atelier technique qui s'en est suivi ont permis de mettre en évidence la complexité et les nuances de la confiance, car certains déterminants ont été identifiés comme étant transversaux et influencés par des éléments de différents niveaux du MSE.

La perception par les clients de la qualité des soins est d'une importance particulière. Ces perceptions proviennent des déterminants à tous les niveaux du MSE, notamment l'environnement et les processus de prestation de services (ex. : adéquation des produits, disponibilité ou pénurie de ressources humaines, délai d'attente pour les services, obstacles financiers pour l'accès aux soins), les normes et croyances communautaires, les croyances individuelles, la communication interpersonnelle entre les clients et les prestataires, et le niveau d'implication des clients dans la prise de décisions en matière de soins. Les déterminants qui influencent la perception de la qualité des soins interagissent entre eux, et l'impact de chaque facteur sur les perceptions dépend des clients et des situations (**Figure 7**).

FIGURE 7

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



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. La confiance placée dans la qualité de services de SSR apportée aux adolescents encourage ces derniers à recourir aux services de SSR, même si leur quête de soins peut être stigmatisée ou mal perçue.¹¹

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 prestataires⁶⁷, 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 SSR¹⁴ —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,¹⁴ lorsqu'ils ont accès à des canaux de services qui favorisent l'anonymat tels que les consultations en ligne,^{39,68} 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.⁴⁴

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

Cette section résume les recommandations et les possibilités d'utilisation du CSC pour instaurer ou maintenir la confiance placée dans les structures de prestation de services de SSR. Ces recommandations sont largement tributaires du contexte, mais elles ont été identifiées comme thèmes clés. Les praticiens doivent analyser la pertinence et la faisabilité des actions dans leur contexte avant d'adapter une recommandation.

La clé de toutes les recommandations est la nécessité de faire preuve de patience. La confiance à l'égard des prestataires de soins et la confiance impersonnelle vis-à-vis des institutions de santé se construisent au fil du temps et peuvent être bâties à travers un processus long. Les programmes de CSC en matière de SSR axés sur la mise à échelle et la durabilité doivent reposer sur les structures de confiance existantes, intégrer de nouveaux concepts de confiance, et évaluer et maintenir la confiance au fil du temps. Ils doivent également s'adapter si nécessaire afin de garantir la réinstauration de la confiance (si elle a préalablement été perdue) ou son maintien dans le temps.

Recommandations d'ordre général

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.

Faire de la confiance l'un des éléments clés des interventions à grande échelle du CSC, notamment celles axées sur le changement de comportement des prestataires, l'engagement communautaire et l'amélioration de la qualité (AQ). Pour y parvenir, les responsables de mise en œuvre des programmes doivent comprendre les déterminants qui agissent sur le niveau de confiance à tous les niveaux du MSE et faire des efforts conscients pour y remédier.

Concevoir et mettre en œuvre des interventions de promotion de la confiance à plusieurs niveaux et les étendre à l'ensemble du MSE.

Les programmes de CSC collaboratifs et participatifs qui tiennent compte des interactions entre les déterminants de la confiance à différents niveaux du MSE et du système de santé dans son ensemble peuvent s'avérer plus efficaces que les interventions qui n'utilisent pas une approche à plusieurs niveaux. Lors de la planification ou de la conception d'une intervention de CSC dont le but est d'instaurer ou de renforcer la confiance, il convient de tenir compte des déterminants de la confiance à tous les niveaux du MSE, car ils interagissent et se renforcent mutuellement pour influencer l'opinion des clients sur la qualité des soins dans un contexte précis. Les programmes de CSC qui tiennent compte des relations entre plusieurs facteurs à différents niveaux— tels que les croyances et les préjugés des individus, la communication interpersonnelle entre les clients et les prestataires, les compétences des prestataires et les normes de la communauté, ainsi que les facteurs de confiance dans l'environnement plus large de prestation de services, tels que l'adéquation des ressources et des processus de la structure de santé— sont susceptibles d'impacter davantage l'atteinte des objectifs de confiance, par rapport aux programmes qui se focalisent uniquement sur un seul déterminant ou un seul niveau du MSE.

Recommandations destinées aux responsables de mise en œuvre des programmes de prestation de services

Accentuer l'importance des soins respectueux et axés sur le client.

L'analyse documentaire a révélé l'importance des soins respectueux et axés sur le client en tant que facteur clé de la confiance à tous les niveaux du MSE, et l'atelier technique l'a confirmé. Par conséquent, les responsables de mise en œuvre des programmes et les autres professionnels impliqués dans la planification ou la prestation de services de SSR doivent œuvrer à l'intégration des soins respectueux afin de promouvoir et de maintenir la confiance. Cette intégration nécessite une action à plusieurs niveaux ; quelques exemples d'illustration des différents niveaux d'actions sont disponibles à l'annexe 2, et des outils pour appuyer la mise en œuvre sont proposés à l'annexe 3.

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. Par exemple, lorsque la distance sociale entre le client et le prestataire est importante en raison des barrières linguistiques ou autres, les prestataires peuvent réfléchir et faire des efforts conscients pour instaurer un climat de familiarité, écouter activement, s'enquérir des préférences des clients et encourager les clients à faire des commentaires ou poser des questions au cours des interactions.

Plaidoyer 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 tient compte des facteurs qu'on peut noter avant, pendant et après la prestation de services. Ce type d'approches tient également compte des influences des amis, les membres de la famille et des pairs. Les interactions entre les clients et les prestataires font généralement partie du niveau interpersonnel du MSE, mais elles sont également influencées par différents facteurs à d'autres niveaux. Par exemple, la manière dont un client interagit avec un prestataire et analyse les informations reçues en matière de santé est fortement influencée par son (ses) cercle(s) social(aux). Le climat de confiance peut être renforcé grâce à l'identification i) des facteurs d'influence avant, pendant et après une interaction de service, ii) des cercles sociaux et les personnes influentes à tous les niveaux du MSE, et iii) et la mise en œuvre d'approches qui tiennent compte de l'influence qu'ils 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.

Des plateformes telles que la carte communautaire de performances⁶⁹ et le manuel d'outils sur la qualité définie par le partenariat⁷⁰ permettent aux membres de la communauté 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 résoudre dans le cadre de processus définis. Ces approches ont été intégrées dans les processus d'assurance qualité. Les structures de santé peuvent envisager de fixer des objectifs spécifiques liés à la confiance dans le cadre des initiatives d'amélioration de la qualité, et d'utiliser des approches de responsabilisation sociale dans la collaboration avec les membres de la communauté, notamment les personnes marginalisées et les plus vulnérables, afin de renforcer la confiance, de bonifier les relations entre clients et prestataires, d'améliorer le comportement des prestataires et de fournir des documents pertinents et des leçons apprises. Ce processus peut permettre de renforcer les capacités des prestataires de soins en matière de partage d'informations à l'équipe de gestion des structures de santé et aux membres de la communauté.

Inclure des mesures de confiance en tant qu'indicateur dans le plan de suivi et d'évaluation.

La confiance contribue à l'obtention de résultats probants en matière de SSR, tels que l'utilisation de

moyens de contraception modernes ; à ce titre, il est important d'intégrer des mesures de la confiance parmi les indicateurs des programmes de SSR et de qualité des soins. Les responsables de mise en œuvre des programmes de SSR peuvent réfléchir à la manière d'adapter les échelles de confiance en place, telles que l'échelle de confiance accordée aux médecins³², aux services de SSR et aux points propices à la collecte d'informations.

Renforcer et maintenir le dialogue entre les membres de la communauté et les prestataires sur une base régulière.

Les responsables de mise en œuvre des programmes doivent communiquer avec les leaders et les groupes communautaires afin de comprendre leurs priorités en matière de services de SSR, de messages et de politiques de santé. Ces dialogues doivent porter sur les attentes de la communauté en matière de normes, de formation et de certification des prestataires. Les responsables de mise en œuvre des programmes peuvent aussi travailler avec les membres de la communauté de manière à renforcer leurs capacités en matière de partage d'informations à l'équipe de gestion des structures de santé et aux autres membres de la communauté. Cette collaboration peut s'effectuer au sein des plateformes établies telles que les comités de santé communautaire.

Recourir aux structures communautaires, aux personnes d'influence et aux cercles sociaux pour la diffusion d'informations sur les services de SSR.

Les structures communautaires telles que les groupes de femmes et les organismes religieux sont d'importants collaborateurs, étant donné qu'ils bénéficient déjà de la confiance des membres de la communauté et influencent les groupes prioritaires en matière de services de SSR.

Mettre à contribution les nouvelles technologies et les approches alternatives de prestation de services, telles que les 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.⁷¹

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 influence 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 mise en œuvre des programmes liées aux politiques et aux normes

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.

Possibilités de travaux pour approfondir la recherche

L'analyse documentaire et l'atelier technique ont permis de mettre en lumière quelques problèmes de compréhension des déterminants de la confiance et de leurs interactions à différents niveaux du MSE. Le CSC dans le domaine de la SSR doit faire l'objet de recherches plus approfondies sur les questions suivantes :

- Comment le comportement des superviseurs et les relations avec les prestataires influencent la confiance et la relation entre les clients et les prestataires au niveau de la prestation de services et de l'organisation ?

- Comprendre le parcours de la confiance et les moyens de la restaurer lorsqu'elle est perdue, notamment les obstacles et les catalyseurs de sa restauration.
- Les mécanismes de la confiance, particulièrement à différents niveaux du MSE ; quelques facteurs tels que l'auto-efficacité et l'autonomie des clients et leur impact sur le parcours de confiance d'un client.
- Comment les normes relatives à la confiance sont-elles communiquées aux clients et aux prestataires, et quels sont les critères qui déterminent si elles sont respectées ?
- Comment les facteurs individuels qui sont des déterminants sociaux de la santé, tels que la race, le genre et le statut socio-économique, affectent-ils la confiance et ses caractéristiques ou résultats au niveau mondial et national ?
- La confiance institutionnelle vis-à-vis du système de santé ou la confiance interpersonnelle à l'égard du prestataire a-t-elle un plus grand impact sur le niveau de confiance des clients ou des membres de la communauté ?
- Mesurer la confiance de façon plus claire, en essayant de trouver comment mesurer les changements qui se rapportent à la confiance (l'augmentation ou la réduction du niveau de confiance) et son impact sur les résultats en matière de SSR.
- Comprendre comment les différents niveaux ou modes de prestation de services— tels que la prestation de services au niveau de la structure de santé par rapport à la prestation de services au niveau de la communauté, et la prestation de services publics par rapport à la prestation de services privés— favorisent ou entravent la confiance en fonction du contexte.
- Faire confiance aux théories sur la confiance analysées par des disciplines autres que la santé publique et comment les utiliser pour comprendre et renforcer la confiance dans le cadre de la prestation de services de SSR.
- Contrôler la confiance et l'utilisation de l'IA générative ou des applications d'apprentissage automatique telles que les agents conversationnels (chatbots) ou les assistants virtuels alimentés par l'IA au service des clients ou des prestataires dans les recommandations de traitement fournies par l'IA (ex : sur les interactions médicamenteuses ou les informations médicales actualisées).

Conclusion

La confiance est l'une des principales composantes d'un environnement favorable en matière de SSR, et le fait d'accroître et de renforcer la confiance dans les milieux de SSR contribue à des résultats positifs tant pour les clients que pour les prestataires. Plusieurs déterminants interviennent à différents niveaux du MSE et influencent le niveau de confiance entre les clients, les membres de la communauté, les prestataires de santé et les institutions. Ce rapport technique présente globalement aux praticiens du CSC quelques déterminants de la confiance en matière de SSR et souligne la possibilité d'ôter les principaux obstacles et de renforcer la confiance au sein des services de SSR à l'aide du CSC.

Références

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
10. 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>
11. 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>
12. 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>
13. Igras, S., Yahner, M., Ralaison, H., Rakotovao, 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#>
14. 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>
15. 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>
16. 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>
17. 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>

18. Carvajal, D. N., Gioia, D., Mudafort, E. R., Brown, P. B., & Barnett, 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>
19. 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>
20. Katz-Wise, S. L., Gordon, A. R., Burke, P. J., Jonestrask, 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>
21. 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>
22. 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>
23. 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>
24. Vasseur, P. (2016, September). Etablir une relation de soins entre migrantes et professionnels de santé. *La Santé en Action, 437*.
25. 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>
26. 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>
27. Save the Children. (2018). *Integrated social and behavior change framework*. CORE Group. <https://coregroup.org/wp-content/uploads/2018/06/Save-the-Children.pdf>
28. 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>
29. 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>
30. Robbins, B. G. (2016). What is trust? A multidisciplinary review, critique, and synthesis. *Sociology Compass, 10*(10), 972–986. <http://dx.doi.org/10.1111/soc4.12391>
31. 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>
32. 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>
33. di Luzzio, G. (2006). A sociological concept of client trust. *Current Sociology, 54*(4), 549–564. <https://doi.org/10.1177/0011392106065087>
34. 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>
35. Lowe, P. (2005). Embodied expertise: Women's perceptions of the contraception consultation. *Health, 9*(3), 361–378. <https://doi.org/10.1177/1363459305052906>
36. 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>
37. 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>
38. 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.

39. 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>
40. Schwandt, H. M., Skinner, J., Saad, A., & Cobb, L. (2016). “Doctors are in the best position to know...”: The perceived medicalization of contraceptive method choice in Ibadan and Kaduna, Nigeria. *Patient Education and Counseling*, 99(8), 1400–1405. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.03.026>
41. 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>
42. Henderson, J. T., Raine, T., Schalet, A., Blum, M., & Harper, C. C. (2011). “I wouldn't be this firm if I didn't care”: Preventive clinical counseling for reproductive health. *Patient Education And Counseling*, 82(2), 254–259. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.05.015>
43. 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>
44. 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), e20190017. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2019-0017>
45. 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>
46. De Jesús-Reyes, D., González-Almontes, E. (2021). Acceso, trato y atención en los servicios de salud amigables para adolescentes de Monterrey, Nuevo León, México. *Papeles de Población*, 28(112), 199–223. <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/14884>
47. Altobelli, L.C. (2017). Sharing histories—a transformative learning/teaching method to empower community health workers to support health behavior change of mothers. *Human Resources for Health* 15, 54. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0231-2>
48. Nganga, S.W., Otieno, N.A., Adero, M., Ouma, D., Chaves, S. S., Verani, J. R., Widdowson, M., Wilson, A., Bergenfeld, I., Andrews, C., Fenimore, V. L., Gonzalez-Casanova, I., Frew, P. M., Omer, S. B., & Malik, F. A. (2019).. Patient and provider perspectives on how trust influences maternal vaccine acceptance among pregnant women in Kenya. *BMC Health Services Research* 19, 747. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4537-8>
49. Ahmed, M., Demissie, M., Worku, A., Abrha, A., & Berhane, Y. (2019). Socio-cultural factors favoring home delivery in Afar pastoral community, northeast Ethiopia: A qualitative study. *Reproductive Health*, 16(1), 171. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0833-3>
50. Kempe, A., Theorell, T., Alwazer, F. N., Taher, S. A., & Christensson, K. (2015). Exploring women's fear of childbirth in a high maternal mortality setting on the Arabian Peninsula. *Global Mental Health*, 2, e10. <https://doi.org/10.1017/gmh.2015.6>
51. Stierman, E. K., Zimmerman, L. A., Shiferaw, S., Seme, A., Ahmed, S., & Creanga, A. A. (2022). Understanding variation in person-centered maternity care: Results from a household survey of postpartum women in 6 regions of Ethiopia. *AJOG Global Reports*, 3(1), 100140. <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2022.100140>
52. 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”—healthcare 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>
53. Joarder, T., George, A., Sarker, M., Ahmed, S., & Peters, D. H. (2017). Who are more responsive? Mixed-methods comparison of public and private sector physicians in rural Bangladesh. *Health Policy and Planning*, 32(Suppl 3), iii14–iii24. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx111>
54. Moridi, M., Pazandeh, F., Hajian, S., & Potrata, B. (2020). Midwives' perspectives of respectful maternity care during childbirth: A qualitative study. *PloS One*, 15(3), e0229941. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229941>
55. Owusu-Addo, E. (2015). Midwives' perceptions and experiences of health promotion practice in Ghana. *Global Health Promotion*, 22(3), 4–14. <https://doi.org/10.1177/1757975914543574>
56. Ye, B., Wang, X., Wang, F., Zhang, P., Cheng, Y., Sun, Y., Jiang, H., Qin, H., Liu, A., Liu, Y., Zhu, X., Zhang, N., & Liang, Y. (2018). Patients' sense of responsibility to healthcare providers and its predictors: A national cross-sectional survey in China. *PloS One*, 13(12), e0207361. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207361>

57. Hamal, M., de Cock Buning, T., De Brouwere, V., Bardaji, A., & Dieleman, M. (2018). How does social accountability contribute to better maternal health outcomes? A qualitative study on perceived changes with government and civil society actors in Gujarat, India. *BMC Health Services Research*, 18, 653. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3453-7>
58. Vasseur, P. (2009). Le travail des sages—femmes, entre savoir technique et normes pratiques. In Jaffré, Y., Diallo, Y., Vasseur, P., & Grenier-Torres, C. (Eds.), *La Bataille des Femmes: Analyse Anthropologique de la Mortalité Maternelle Dans Quelques Services d'Obstétrique d'Afrique de l'Ouest*, pp. 225–260.
59. Amiri-Farahani, L., Gharacheh, M., Sadeghzadeh, N., Peyravi, H., & Pezaro, S. (2022). Iranian midwives' lived experiences of providing continuous midwife-led intrapartum care: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 724. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05040-z>
60. Silumbwe, A., Nkole, T., Munakampe, M. N., Cordero, J. P., Milford, C., Zulu, J. M., & Steyn, P. S. (2020). Facilitating community participation in family planning and contraceptive services provision and uptake: Community and health provider perspectives. *Reproductive Health*, 17(1), 119. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00968-x>
61. Gilmore, B., Dsane-Aidoo, P. H., Rosato, M., Yaqub, N. O., Doe, R., & Baral, S. (2023). Institutionalising community engagement for quality of care: Moving beyond the rhetoric. *BMJ*, 381, e072638 <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072638>
62. Organizing Committee for Assessing Meaningful Community Engagement in Health & Health Care Programs & Policies. (2022, February 14). Assessing meaningful community engagement: A conceptual model to advance health equity through transformed systems for health [Commentary]. *NAM Perspectives*. National Academy of Medicine. <https://doi.org/10.31478/202202c>
63. Yodchai, K., Hutchinson, A. M., & Oumtane, A. (2018). Nephrology nurses' perceptions of discussing sexual health issues with patients who have end-stage kidney disease. *Journal of Renal Care*, 44(4), 229–237. <https://doi.org/10.1111/jorc.12257>
64. 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>
65. Nam, S.. (2016, November 29). *Health system resilience: Addressing mistrust in Sierra Leone [Brief]*. Options. <https://options.co.uk/publication/health-system-resilience-addressing-mistrust-in-sierra-leone>
66. Robinson, R. S.. (2019). *Setting the stage for increased accountability: the white ribbon alliance Nigeria campaign to improve maternal, newborn, and child health in Niger state*. Accountability Note 6. Accountability Research Center. <https://accountabilityresearch.org/publication/setting-the-stage-for-increased-accountability-the-white-ribbon-alliance-nigeria-campaign-to-improve-maternal-newborn-and-child-health-in-niger-state>
67. 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(2), 21–33. <https://doi.org/10.3917/agora.061.0021>
68. Cao, B., Zhao, P., Bien, C., Pan, S., Tang, W., Watson, J., Mi, G., Ding, Y., Luo, Z., & Tucker, J. D. (2018). Linking young men who have sex with men (YMSM) to STI physicians: A nationwide cross-sectional survey in China. *BMC Infectious Diseases*, 18(1), 228. <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3145-2>
69. CARE. Community Score Card (CSC) <https://www.care.org/our-work/health/strengthening-healthcare/community-score-card-csc>
70. Save the Children. 2003. *Partnership Defined Quality (PDQ): A toolbook for community and health facility provider collaboration for quality improvement*. Child Rights Resource Center. <https://resourcecentre.savethechildren.net/document/partnership-defined-quality-pdq-toolbook-community-and-health-provider-collaboration-quality>
71. Breakthrough ACTION. (2021). Supporting sexual and reproductive self care 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

Liste des participants à l'atelier de consultation technique

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 Outterson, 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

Exemples d'interventions visant à améliorer la pratique des soins respectueux et centrés sur le client

NIVEAU DU MSE	EXEMPLES D'ILLUSTRATION
Individuel et interpersonnel	<ul style="list-style-type: none"> • Concevoir des canevas qui contiennent quelques exemples concrets de comportements idéaux à partager avec les prestataires. • Organiser des séances d'écoute active avec les clients, les prestataires de service et l'équipe de gestion de la structure de santé afin de permettre aux clients de partager leurs commentaires aux prestataires. • Organiser des fora et des activités qui permettent de renforcer les compétences des prestataires en matière de communication interpersonnelle et de mettre en pratique les approches favorables (faire preuve de compassion et d'empathie par exemple). • Utilisation de modèles de mentorat de groupes ou des check-lists de l'empathie. • Concevoir et mettre en œuvre des initiatives d'autonomisation des clients afin de leur faire prendre conscience de leurs droits et de leur autonomie.
Organisationnel/ Prestation de services	<ul style="list-style-type: none"> • Concevoir et mettre en œuvre une check-list des soins respectueux destinée aux prestataires et à leurs superviseurs, et veiller à la mise en place des mécanismes de responsabilisation. Les exemples de mécanismes de responsabilisation sont entre autres l'intégration de ces listes de contrôle aux visites de supervision formative ou dans le cadre des processus de promotion professionnelle. • Utiliser des indices environnementaux : Des indices écrits affichés dans les structures de santé tels que des pactes ou des promesses peuvent rassurer les clients quant au respect de leurs droits et contribuer à renforcer la confiance.
Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer et soutenir les relations en place entre les membres de la communauté et les structures de santé tels que les comités de santé communautaire et la participation de la communauté à l'amélioration de la qualité ou aux activités de responsabilisation sociale. • Faciliter les processus de visualisation entre les prestataires et les membres de la communauté afin de créer de façon conjointe une vision commune et des solutions en faveur des soins respectueux et des autres priorités identifiées. • Utiliser les approches de responsabilisation sociale pour identifier les priorités communes et maintenir ouvertes les boucles de rétroaction entre les différents acteurs (clients, membres de la communauté, prestataires, structures de santé).
Environnement favorable/cadre politique	<ul style="list-style-type: none"> • Institutionnaliser des initiatives continue de mentorat pour les prestataires, axées sur l'instauration de la confiance et des soins respectueux, notamment les composantes relatives à la communication axée sur la compassion et l'empathie.

Proposition d'outils et de ressources qui soutiennent l'instauration et l'intégration de la confiance dans le domaine de la santé reproductive

Cette annexe présente une collection de ressources et d'outils relatifs au CSC, organisés par et avec l'appui des participants à l'atelier technique ; ils peuvent être adaptés afin d'incorporer des composantes de la confiance dans les programmes de SSR.

- Réaliser une expérience de soins positive dans les établissements de santé pour les femmes, les nouveau-nés, les enfants et leurs familles en Afrique Subsaharienne : [Français](#)
- Empathways for Empathy-Building Activities Between Providers and Clients:(Empathways : activités de renforcement de l'empathie entre les prestataires de services et les clients) : [anglais](#) et [français](#)
- [Provider Behavior Change Toolkit For Family Planning](#)
- [Community Action Cycle to Engage with Communities Around Their Own Priorities: Using the Community Action Cycle to Build Trust in Guinea](#)
- [Partnership Defined Partnership Approach to Engage Community and Facility Representatives in Dialogue](#)
- Approches de responsabilisation sociale
 - [Community Score Card](#) (Carte communautaire de performances)
 - [iDARE Methodology](#) (Méthodologie iDARE)

Conçu par

BREVITY  WIT