

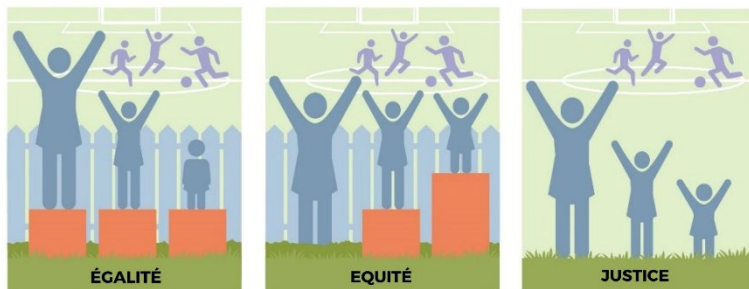
Ce guide de planification stratégique est destiné à guider les responsables de programmes, les planificateurs et les décideurs tout au long d'un processus visant à identifier les inégalités en matière de planification familiale et les interventions destinées à les réduire. Ce guide a été élaboré par le biais de consultations et de délibérations avec des experts techniques en matière de planification familiale et d'équité en santé et s'appuie sur le document de travail sur l'équité en matière de planification familiale ([discussion paper on equity in family planning](#)) élaboré dans le cadre du Partenariat pour des pratiques à fort impact en matière de planification familiale.¹

L'équité en matière de planification familiale ne signifie pas que tous les groupes utilisent la contraception - ou des méthodes spécifiques de contraception - aux mêmes taux. L'équité est plutôt réalisée lorsque tous les individus ont accès à des informations de qualité sur la santé reproductive et à des services de contraception, y compris le choix des méthodes et la disponibilité de ces méthodes, qui reflètent leurs valeurs et leurs préférences ainsi que le contexte dans lequel ils vivent - indépendamment de l'âge, du sexe, du handicap, de la race, de l'ethnicité, de l'origine, de la religion, du statut économique ou d'autres facteurs.

" L'équité est l'absence de différences évitables, injustes ou remédiables entre des groupes de personnes, que ces groupes soient définis socialement, économiquement, démographiquement, géographiquement ou par d'autres moyens de stratification. 'L'équité en matière de santé' ou 'l'équité dans la santé' implique que, dans l'idéal, chacun devrait avoir une chance équitable son plein potentiel de santé et que personne ne devrait être désavantagé dans la réalisation de ce potentiel". Organisation mondiale de la santé²

Figure 1. Égalité, équité et justice

Graphique adapté avec l'autorisation du King County, Etat de Washington.



La figure 1 illustre un exemple d'équité. Dans cet exemple, diverses populations sont représentées par des chiffres de tailles différentes. Il ne s'agit pas de suggérer des différences de valeur mais plutôt de montrer comment les atouts des différents groupes sont plus ou moins pris en compte par le système existant, comme le montrent la clôture et les boîtes. Le fait d'offrir à tous le même soutien pour voir par-dessus la clôture ne donne pas le même résultat pour tous les spectateurs. L'équité reconnaît que les groupes

de population peuvent avoir besoin de ressources différentes pour surmonter les obstacles du système existant. La justice franchit une étape supplémentaire en reconnaissant et en abordant directement les obstacles et en cherchant à les éliminer, comme l'indique la suppression de la clôture.

Les étapes suivantes ont pour but d'aider les planificateurs de programmes, les gestionnaires et les partenaires au développement à identifier les inégalités en matière de planification familiale et à élaborer des interventions pour y remédier.

Étape 1 : Déterminer quels sont les besoins qui ne sont pas satisfaits.

Pour commencer à travailler à l'amélioration de l'équité dans un programme de planification familiale, il faut prendre en compte toutes les caractéristiques d'un groupe de population qui peuvent jouer un rôle essentiel dans la manière dont ces groupes accèdent à la planification familiale.¹ Toutefois, les analyses telles que celles incluses dans les [Enquêtes démographiques et de santé](#) (DHS), utilisent généralement les quintiles de richesse pour évaluer les inégalités. Si le fait de

vivre dans la pauvreté est une expérience courante chez les personnes dont l'état de santé est moins bon, une analyse fondée sur le seul statut économique peut dissimuler d'importantes considérations sociales et environnementales pour la conception des programmes. A titre d'exemple, le fait d'être un adolescent ou une personne célibataire peut limiter l'accès à la contraception, indépendamment de la richesse. Les programmes qui se concentrent exclusivement sur les femmes risquent de passer à côté d'opportunités d'engagement masculin. La situation géographique peut influencer sur la capacité d'une personne à se rendre dans un établissement, ainsi que sur les méthodes et services disponibles. Le tableau 1 décrit trois catégories de caractéristiques qui peuvent contribuer à des résultats différents en matière de planification familiale. Assurez-vous d'examiner comment les combinaisons de ces caractéristiques peuvent affecter l'accès aux informations et aux services. * Un adolescent issu d'un foyer pauvre et faisant partie d'un groupe de population minoritaire aura probablement une expérience très différente en matière d'accès aux soins de celle d'un individu ne présentant qu'une seule de ces caractéristiques.

Tableau 1. Catégories de caractéristiques potentiellement liées à des résultats inéquitables en matière de planification familiale

Economiques	Richesse, pauvreté, stabilité des revenus, emploi, profession
Sociales	Âge, race, appartenance ethnique, caste, sexe assigné à la naissance, identité de genre, orientation sexuelle, religion, nationalité, langue, éducation, handicap, normes sociales et de genre
Environnementales	Situation géographique (urbaine/rurale, distance par rapport aux services de santé), contexte humanitaire

À l'aide des caractéristiques du Tableau 1, identifiez d'abord les groupes de population dont les besoins risquent de ne pas être satisfaits par un programme de planification familiale existant et les groupes de référence qui serviront de comparaison pour le suivi et l'évaluation. Les groupes de référence peuvent être des moyennes nationales ou une population définie qui peut avoir un meilleur accès aux ressources, comme les riches. Déterminez ensuite les mesures à utiliser pour évaluer si les groupes de population sont pleinement desservis par le programme de planification familiale. Si le taux de prévalence de la contraception (TPC) est une mesure importante de la mise en œuvre du programme de planification familiale, il n'est pas suffisant pour comprendre pleinement les inégalités en matière de planification familiale. Envisagez d'utiliser une combinaison des mesures suivantes pour mieux comprendre comment les groupes sont ou ne sont pas en mesure d'accéder aux services, informations ou méthodes de planification familiale, par rapport aux groupes de référence.

- Les personnes qui veulent retarder, espacer ou limiter leur prochaine grossesse utilisent-elles une contraception ? Examinez le pourcentage de demande satisfaite[†] et les raisons de la non-utilisation chez les femmes qui ne souhaitent pas être enceintes au cours des deux prochaines années mais qui n'utilisent pas de contraception.
- Les membres de ce groupe sont-ils plus susceptibles d'avoir une grossesse non désirée ou malencontreuse ? Manquent-ils d'autonomie en matière de contraception ? Tenez compte des différences entre les grossesses non désirées ou malencontreuses signalées et la taille idéale de la famille.

* L'intersectionnalité fait référence au chevauchement de plus d'une catégorie de discrimination, comme la race, la classe sociale et le sexe. Pour de plus amples informations, voir : Crenshaw K. *Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics*. *University of Chicago Legal Forum*. 1989(1):8. Consulté le 6 août 2021. <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>

[†] La demande satisfaite est calculée comme étant le nombre de toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans utilisant une méthode de planification familiale moderne, divisé par le nombre total de toutes les femmes ayant un besoin non satisfait plus les femmes utilisant actuellement une méthode de planification familiale. Voir <https://dhsprogram.com/data/Guide-to-DHS-Statistics/Need and Demand for Family Planning.htm> pour une définition complète.

- Les membres de ce groupe courent-ils un risque plus élevé d'événements indésirables liés à une grossesse, tels que la mortalité maternelle ? Tenez compte des différences de taux de grossesse chez les adolescentes, du faible espacement des naissances, de la parité élevée et du risque d'avortements à risque.
- Les membres de ce groupe ont-ils tous physiquement accès à la planification familiale, sans obstacles géographiques, stigmatisation ou discrimination ? Examinez les données sur l'emplacement des établissements de santé/pharmacies par rapport à l'endroit où vivent les membres du groupe, les expériences de stigmatisation et de discrimination, et les attitudes et pratiques des prestataires. De nombreuses données sur les indicateurs sont disponibles dans le cadre de l'EDS, accessibles via le [STATcompiler](#) tandis que d'autres peuvent être collectées par le ministère de la Santé ou au niveau des programmes. Les ressources suivantes peuvent être utiles :
 - [Trousse d'évaluation de l'équité de l'Organisation mondiale de la santé](#)
 - [Trousse d'équité de la planification familiale](#), qui identifie les inégalités pour sept groupes communément défavorisés sur la base des données des DHS
 - [Echelle d'autonomisation de la reproduction](#) et [Echelle d'autonomie reproductive](#)
 - Performance Monitoring for Action (PMA) [DataLab tool](#) et [reproductive empowerment tool](#)
 - [Processus de mesure du statut de pauvreté des clients](#)
 - [Évaluation de la prestation de services](#) : entretiens avec les clients à la sortie de l'hôpital et avec les prestataires

Étape 2 : Déterminer les obstacles auxquels se heurtent les personnes de ce groupe de population pour accéder à des informations et à des services de planification familiale de qualité.

Après avoir identifié les groupes de population confrontés à des inégalités en matière de planification familiale, l'étape suivante consiste à définir les obstacles auxquels la population cible est confrontée par rapport aux autres groupes de population. Les obstacles potentiels conduisant à une non-utilisation ou la non-satisfaction des besoins sont le manque d'accès aux informations, aux services et aux fournitures, les politiques restrictives, la stigmatisation et les normes sociales, culturelles et de genre. Le modèle écologique social est un cadre utile pour considérer les contraintes à plusieurs niveaux.³ Le processus de définition des barrières doit être mené en partenariat avec les clients du groupe⁴ et les quatre questions suivantes sur les barrières doivent être prises en considération :

1. Les obstacles entraînent-ils des résultats disproportionnés en matière de planification familiale pour le groupe de population par rapport au groupe de référence ?
2. Les obstacles se prêtent-ils à des interventions efficaces ?
3. Les obstacles sont-ils indésirables ?
4. Les interventions actuelles visant à soulager ou à réduire cette affection sont-elles moins accessibles aux groupes de population défavorisés ?

Les outils ci-dessous peuvent aider à définir les obstacles :

- [Comment effectuer une analyse des causes profondes](#)
- [Guide pratique pour la réalisation d'une analyse des obstacles](#)
- [Le modèle socio-écologique](#)
- [Outil d'exploration des normes sociales \(SNET\)](#)

Étape 3 : Rendre le programme de planification familiale plus sensible aux valeurs et aux préférences de chacun.

Une fois les obstacles et les causes profondes identifiés, les programmes doivent continuer à travailler avec les membres du groupe de population, les communautés dans lesquelles ils vivent et les prestataires qui les servent afin de concevoir ou d'adapter les interventions les plus susceptibles de conduire à un changement durable. Une activité d'aménagement paysager est utile pour comprendre les efforts actuels ainsi que les leçons retenues des programmes précédemment mis en

œuvre. En outre, une analyse fondée sur les avoirs doit être réalisée afin de trouver des solutions locales pour surmonter les obstacles. Près de 60 organisations ont travaillé à l'élaboration de 20 [pratiques à haut impact \(PHI\)](#) fondées sur des preuves et portant sur l'équité environnementale (élargissement de la couverture et du choix des méthodes), l'équité sociale (atteinte des populations mal desservies) et l'équité économique (réduction des obstacles financiers), et ces PHI ont été publiées en ligne. La PHI sur les travailleurs de la santé communautaire souligne l'importance pour ces travailleurs de faire apparaître les groupes de population qui sont confrontés à des inégalités. Les agents de santé communautaires peuvent s'attaquer aux obstacles à la recherche de soins en fournissant des services au domicile des clients ou en les accompagnant lors des visites médicales afin de surmonter les barrières linguistiques et sociales. La PHI sur le marketing social décrit la manière dont les programmes de marketing social peuvent réduire les dépenses personnelles pour les produits et services et créer des campagnes promotionnelles répondant aux besoins, aux préférences et aux préoccupations des groupes de population confrontés à des inégalités. Lisez les PHI pour apprendre comment rendre les programmes plus sensibles aux besoins de tous les groupes. Bien que les programmes destinés à une population donnée puissent être coûteux, ces investissements peuvent produire des économies dans l'avenir.

Une fois que les trois éléments essentiels de l'équité ont été déterminés (les besoins non satisfaits, les obstacles majeurs et les interventions potentielles), une [théorie du changement](#) peut être élaborée. La théorie du changement décrira les conditions du programme qui doivent être mises en place pour atteindre l'objectif à long terme de réduction des inégalités en matière de planification familiale. Il peut être difficile de développer une théorie du changement qui soit complète, mais pas trop compliquée. Ces publications constituent une référence utile :

- [Using Theory of Change Frameworks to Develop Evaluation Strategies for Research Engagement: Results of a Pre-pilot Study](#) (Utiliser les cadres de la théorie du changement pour développer des stratégies d'évaluation pour l'engagement dans la recherche : résultats d'une étude pré-pilote)
- [Building a Theory of Change for Community Development and HIV Programming: The Impact of Social Capital, Stigma Reduction and Community-level Changes on HIV-related Health Outcomes for Orphans and Vulnerable Households in Mozambique](#) (Construire une théorie du changement pour le développement communautaire et la programmation du VIH : l'impact du capital social, la réduction de la stigmatisation au niveau communautaire sur les résultats de santé liés au VIH pour les orphelins et les ménages vulnérables au Mozambique)

Quelques exemples de théories du changement sont indiqués ci-dessous :

- [Transforming Social Norms for Family Planning and Reproductive Health](#) et, au niveau des interventions, [Transforming Masculinities](#)
- [Programme d'autonomisation des adolescentes](#)
- PHI comprenant [des coupons de planification familiale](#), [l'engagement communautaire](#) et le [financement public national](#)

Étape 4 : Suivre la mise en œuvre.

La théorie du changement doit donner des idées sur la façon dont le succès du programme sera défini et mesuré. Elle doit inclure une approche de suivi des stratégies du programme pour vérifier les hypothèses et informer les ajustements de la réponse du programme - avec la contribution du groupe de population. En outre, les responsables de la mise en œuvre du programme doivent suivre régulièrement les résultats. A titre d'exemple, les données sur les résultats des programmes peuvent être comparées aux données nationales. Les données de suivi doivent être ventilées par âge, région et autres facteurs pour permettre l'analyse de l'équité et la priorisation des ajustements programmatiques liés à l'équité. La violence sexiste et d'autres résultats potentiels non intentionnels de l'augmentation de l'information et de l'utilisation de la planification familiale doivent également être identifiés et suivis. Les informations provenant des clients doivent être collectées et analysées afin de déterminer si les soins reçus sont exempts de stigmatisation, de discrimination et de préjugés fondés sur l'âge, l'état civil, l'origine ethnique et d'autres facteurs. Des stratégies d'amélioration de la qualité

peuvent être utilisées pour résoudre tout problème identifié. Des exemples de processus de planification familiale et d'indicateurs de résultats pour le suivi des programmes sont disponibles auprès de multiples sources, notamment [la base de données des indicateurs de planification familiale et de santé reproductive](#), [FP2030](#) et [PMA2020](#). Des conseils précieux sont également disponibles auprès de Data for Impact sur [l'utilisation de données de routine dans l'évaluation](#). Enfin, il existe des [mesures de la qualité des soins](#).

Remerciements

Ce document a été initialement rédigé par Arsene Binanga, Sarah E.K. Bradley, Maria Carrasco, Shiza Farid, Mariama Gado, Karen Hardee, Erika Houghtaling, Kaja Jurczynska, Amanda Kalamar, Mahesh Karra, Baker Maggwa, Shawn Malarcher, Donna R. McCarragher, Jill M. Peterson, Ilene Speizer, John Stanback, Petrus Steyn, Sara Stratton, Michelle Weinberger et Baker Yiga. Les personnes suivantes ont également contribué par une révision critique et des commentaires utiles : Christine Bixiones, Lydia Clemmons, Anita Dam, Jennifer Drake, Xaher Gul, Megan McLaren, Janet Meyers, Erin Mielke, Mohammed Nasiruzzaman, Laura Raney, Mathea Roemer, Lee Sims, Caitlin Thistle, John W. Townsend, Julianne Weis et Danette Wilkins.

Références

1. High Impact Practices in Family Planning (HIPs). Discussion Paper on Equity for the HIP Partnership. HIPs Partnership; 2019. Accessed August 10, 2021. <https://www.fphighimpactpractices.org/discussion-paper-on-equity-for-the-hip-partnership/>
2. Health equity. World Health Organization. Accessed July 3, 2019. <https://www.who.int/health-topics/health-equity>
3. High-Impact Practices in Family Planning (HIPs). Social and Behavior Change: A Critical Part of Effective Family Planning Programs. USAID; 2018. Accessed August 10, 2021.. https://www.fphighimpactpractices.org/wp-content/uploads/2018/04/SBC_Overview.pdf
4. Gillespie D, Ahmed S, Tsui A, Radloff S. Unwanted fertility among the poor: an inequity? *Bull World Health Organ.* 2007;85(2):100-107. <https://doi.org/10.2471/blt.06.033829>

Citation suggérée :

Pratiques à haut impact dans la planification familiale (PHI). *Creating equitable access to high-quality family planning information and services: A Strategic Planning Guide*. Washington, DC : HIP Partnership ; août 2021. Consultable sur : [www.fphighimpactpractices.org/guides/creating-equitable-access-to-high-quality-family-planning-information-and-services]

Pour vous engager dans les PHI, veuillez consulter : <https://www.fphighimpactpractices.org/engage-with-the-hips/>

HIP Partnership est un partenariat diversifié et axé sur les résultats, qui englobe un large éventail de parties prenantes et d'experts. A ce titre, les informations contenues dans les documents des PHI ne reflètent pas nécessairement le point de vue de chaque co-sponsor ou des organisations partenaires.