



PROMOUVOIR L'ACCÈS ET L'AUTONOMIE

Idées transversales issues des sciences comportementales pour renforcer les programmes et services de planification familiale et de santé de la reproduction

Résumé exécutif

Plusieurs millions de femmes et de familles subissent les conséquences sanitaires, financières et sociales des grossesses non désirées, malgré les investissements importants dans les programmes et les progrès significatifs réalisés pour améliorer la disponibilité des services. Les sciences comportementales offrent un ensemble unique d'outils permettant de progresser dans ce domaine, en s'inspirant d'une série de disciplines qui contribuent à expliquer le comportement humain et en s'appuyant sur ces connaissances pour tester et affiner de manière itérative les améliorations apportées aux programmes. Elle ouvre des possibilités pour faciliter les voies d'accès aux services de contraception tout en se concentrant sur les besoins et priorités des femmes, des familles et des communautés. A travers 17 projets qui s'étendent sur près d'une décennie, ideas42 s'est efforcé de comprendre les nombreux facteurs comportementaux qui contribuent aux grossesses non désirées. En collaboration avec nos organisations partenaires, les agents de santé, les membres des communautés et les autres parties prenantes des programmes et services de planification familiale et de santé de la reproduction (PF/SR), nous avons effectué des recherches, innové et appris beaucoup de choses au fil du temps. Six idées transversales ont émergé de ce travail de recherche et de conception en sciences comportementales. Ces idées suggèrent des moyens pour nous tous - concepteurs de programmes, responsables de la mise en œuvre, décideurs politiques et autres parties prenantes du secteur de la PF/SR - d'améliorer les programmes et les services pour les êtres humains qui les fournissent, les utilisent et en subissent l'impact.

1. **Identité & Normes.** Les normes sociales et celles liées au genre façonnent les identités tout en guidant et contrôlant les comportements individuels. Cependant, ***l'identité - tout comme son effet sur les choix - n'est ni singulière ni statique.*** Nous pouvons profiter d'opportunités inexploitées pour que l'utilisation de la contraception soit en phase avec les aspects fondamentaux de l'identité d'un individu et des normes de sa communauté, plutôt que de les remettre en question ou de les affaiblir. Nous pouvons également donner aux individus et aux communautés les moyens de contester et de remodeler les normes qui ne correspondent pas à leurs objectifs.
2. **Ambiguïté.** La conjugaison de responsabilités diffuses et d'un certain malaise fait que les conversations sur la procréation et la contraception sont rares, même lorsque la prise de décision est partagée. ***Même si les programmes touchent des publics diversifiés, ces publics ne sont pas toujours connectés les uns aux autres dans la conversation.*** Nous pouvons créer des espaces de communication ouverte et de prise de décision conjointe pour faire apparaître les convergences existantes et les renforcer au fil du temps. Lorsque les préférences et les priorités divergent, nous pouvons valoriser l'action des personnes les plus touchées.
3. **Attention.** Les distractions et les priorités divergentes font que ***la planification familiale est souvent hors du champ du présent.*** En prenant note de tout ce qui se dispute l'attention des clients ou des agents de santé et de la façon dont les moments d'action sont perçus, nous pouvons mieux garantir que les femmes sont en mesure d'envisager pleinement les options de planification familiale qui s'offrent à elles et de donner suite à leurs intentions.
4. **Perception des risques.** Les bizarreries dans la façon dont notre cerveau traite les informations et évalue les risques, la probabilité et la causalité font que les mythes et les fausses informations sont particulièrement durables et influents. En cherchant à savoir ***d'où viennent les mythes et ce qui les perpétue,*** nous pouvons cibler des approches comportementales fondées sur des données probantes pour contrer plus efficacement les idées fausses et réduire leur impact disproportionné sur les choix.
5. **L'Architecture du choix.** L'ordre, le calendrier, le volume, le type et le cadrage des informations proposées aux clients influencent le recours à la contraception et le choix de la méthode. ***Aucune approche n'est vraiment neutre,*** et nous pouvons améliorer le conseil pour l'adapter aux réalités pratiques des établissements de santé tout en guidant les clientes pour qu'elles fassent des choix actifs et autonomes et qu'elles soient bien informées sur toute méthode qu'elles choisissent d'adopter.

6. Frictions. Certaines, comme les frais de transport ou les heures de service peu pratiques, sont faciles à repérer. D'autres sont moins évidentes, et **beaucoup ont un impact bien plus important que ce à quoi on pourrait s'attendre.** En analysant quand, où et comment les frictions apparaissent et en comprenant celles qui exercent un effet disproportionné, nous pouvons réduire les obstacles et les contraintes - reconnaissables ou non - à l'accès aux services.

Nous pouvons ensemble continuer à utiliser le pouvoir de la science comportementale pour approfondir la compréhension des défis et élaborer de nouvelles solutions audacieuses qui accélèrent les progrès vers les objectifs parallèles que sont l'amélioration de l'accès et le respect du pouvoir et de l'autonomie.

Introduction

Les grossesses non désirées constituent un problème persistant au niveau mondial, avec des conséquences sanitaires, financières et sociales pour les femmes, les familles et les communautés. Le défi est particulièrement aigu dans les pays à revenu faible et moyen (PRFM), où, malgré des progrès significatifs dans l'augmentation de la disponibilité des services de contraception,¹ 49% (111 millions) de toutes les grossesses chaque année sont non désirées.² Les facteurs sociaux et comportementaux sont des composantes importantes de ce défi continu, et la mise en place de programmes axés principalement sur le changement de comportement s'est avérée efficace pour augmenter l'utilisation des services de contraception.^{3,4} Si le secteur de la santé mondiale continue de s'attaquer aux facteurs comportementaux des grossesses non désirées, il reconnaît aussi de plus en plus l'importance de mettre l'accent sur les besoins et priorités des femmes, des familles et des communautés.^{5,6,7} Il est plus clair que jamais que les efforts visant à relever le défi des grossesses non désirées doivent aider les femmes et les familles à tracer leur propre chemin pour atteindre leurs objectifs.

Comment pouvons-nous relever ce double défi consistant à faciliter l'accès à la contraception tout en respectant le pouvoir et l'autonomie ? La science comportementale offre des outils permettant d'approfondir notre compréhension de la manière dont les femmes, les familles et les agents de santé abordent les choix en matière de contraception, en s'appuyant sur les recherches menées en psychologie, en neurosciences, en économie et dans d'autres disciplines.^{8,9}

Depuis près de dix ans, ideas42 utilise la science comportementale pour comprendre et traiter les facteurs comportementaux qui contribuent aux grossesses non désirées. Grâce à 17 projets de recherche et de conception dans neuf pays à faible et à moyen revenu d'Afrique et d'Asie, nous avons mené des recherches qualitatives approfondies pour comprendre les raisons pour lesquelles les femmes, les hommes, les jeunes et les agents de santé font leurs choix et se comportent comme ils le font. En collaboration avec nos partenaires et les membres de la communauté, nous nous sommes appuyés sur ces connaissances pour renforcer les programmes de santé reproductive afin d'aider les femmes et leurs familles à faire des choix et à accéder aux services à des moments cruciaux et de manière conforme à leurs objectifs et priorités. Grâce à ces processus de conception, les utilisateurs et les bénéficiaires potentiels des solutions nous ont fait part de leurs besoins, de leurs perspectives et de leurs difficultés. Bien que chaque contexte et chaque individu soit unique, de puissantes idées transversales ont commencé à émerger de ce travail, qui peuvent avoir une pertinence plus élargie à l'intérieur et à l'extérieur des contextes spécifiques où notre recherche s'est déroulée.

Dans les sections qui suivent, nous synthétisons six de ces idées transversales issues de notre travail de recherche et de conception en sciences comportementales. Chaque section propose une brève introduction aux concepts des sciences du comportement liés à ***l'identité et aux normes, à l'ambiguïté, à l'attention, à la perception du risque, à l'architecture du choix et aux frictions***, qui ont inspiré notre travail. Nous résumons les points communs qui ressortent de nos entretiens, de nos observations et de notre travail de conception en collaboration dans différents contextes. Pour chaque sujet, nous présentons des suggestions sur la façon dont les programmes peuvent répondre à ces défis pour élargir les choix et réduire les grossesses non désirées. Certaines suggestions permettent de réaliser des gains rapides, c'est-à-dire d'apporter des ajustements modestes à la présentation de l'information ou à l'offre de services, ce qui peut donner lieu à des gains substantiels, par exemple en corrigeant des idées fausses ou en mettant en évidence les domaines dans lesquels les priorités des femmes et de leurs partenaires sont plus alignées que ce qu'ils auraient pu imaginer. D'autres requièrent des changements plus importants : il s'agit de repenser la prestation des services, d'investir de manière substantielle et différente dans les compétences des agents de santé et les options des femmes, et de remettre en question les structures de pouvoir existantes. Nous terminons par un appel à l'action à l'intention de ceux qui élaborent les politiques et les programmes en matière de santé sexuelle et reproductive, afin qu'ils prennent avantage des mesures à effet rapide lorsqu'elles sont disponibles, tout en travaillant avec les femmes et les communautés pour s'attaquer aux raisons comportementales plus profondes qui expliquent l'échec des programmes et des services.

1

IDENTITÉ ET NORMES



Dans de nombreux contextes, la capacité d'avoir des enfants est un élément central de l'identité de la femme en tant qu'épouse, mère et membre de la communauté. L'identité masculine est souvent fortement liée à un rôle de pourvoyeur et de chef de famille. Si la taille souhaitée de la famille peut varier au sein d'un même couple, d'une communauté à l'autre et d'un pays à l'autre, ces identités renforcent souvent le désir de commencer à avoir des enfants à un âge précoce, d'en avoir davantage et d'éviter tout ce qui est perçu comme pouvant compromettre la fertilité.

Les recherches ont démontré que l'identité - et son effet sur les choix - n'est pas singulière ou statique. Chaque personne a des identités multiples, par exemple en tant qu'épouse, fille, adepte de sa foi et travailleuse agricole. À un moment donné, celle de ces identités qui est la plus présente dans son esprit peut influencer ses choix. De plus, les actions ou attributs spécifiques les plus fortement liés à une identité particulière peuvent varier d'une communauté à l'autre et changer avec le temps.^{8,10} Les identités sont souvent façonnées par les normes sociales et de genre, qui guident et limitent le comportement individuel.

Les idées sur les choix et l'identité tirées de notre recherche sur le diagnostic comportemental suggèrent qu'il existe souvent des possibilités pour que l'utilisation de la contraception s'aligne mieux sur les aspects fondamentaux de l'identité d'un individu et des normes de sa communauté, plutôt que de les remettre en question ou de les saper.

Lorsque la maternité est au cœur de l'identité des femmes, toute menace perçue sur la fertilité peut entraîner un risque inacceptable.

La fécondité est au cœur de l'identité de nombreuses femmes, et les normes sociales renforcent souvent la maternité comme élément central de la valeur d'une femme. Dans le même temps, des mythes persistants associent faussement les contraceptifs à l'infertilité. Lorsque la préservation de la fertilité est d'une importance capitale, même un risque considéré comme très éloigné peut facilement conduire les femmes à éviter les contraceptifs. Il est donc essentiel de démontrer de manière répétée et sans ambiguïté que les femmes qui ont utilisé des méthodes contraceptives restent fertiles, afin de rassurer les femmes sur la cohérence de la planification familiale (PF) avec leurs objectifs. Cela suggère également que de nombreuses femmes peuvent exiger une norme très élevée de preuve que la PF protège la fertilité, une dynamique sur laquelle nous nous étendons davantage dans l'Idée 4.

Lorsque les femmes ont d'autres identités fortes à la place ou en plus de la maternité, les menaces perçues sur la fertilité peuvent moins influencer leurs décisions. Par exemple, les femmes qui s'identifient comme des soutiens de famille prennent également au sérieux les risques qui nuisent à leur capacité de travailler. Pour les adolescentes qui s'identifient fortement comme des étudiantes, les menaces sur leur capacité à rester à l'école ont une influence. Dans les deux cas, le

« Les gens disent que si on utilise l'implant, on ne pourra plus avoir d'enfants. »

– JEUNE FEMME

« Parce que je suis une mère célibataire, je dois prendre soin de ma fille. C'est pour cela que je suis ici [à travailler]. »

– FEMME

risque d'une grossesse non désirée qui pourrait mettre en péril ces autres identités peut compenser les préoccupations relatives au risque pour la fertilité. Cela suggère que, lorsque d'autres identités sont importantes pour les femmes, le fait de leur rappeler ces identités peut les aider à considérer leurs options à la lumière de toutes leurs priorités pour elles-mêmes, leur famille et leur avenir.

Les sanctions sociales liées au fait de ne pas avoir d'enfants ou d'en avoir trop peu sont très visibles.

Les femmes racontent souvent que d'autres femmes sont abandonnées par leurs maris ou perdent leur statut social si elles n'ont pas d'enfants. Les femmes réfléchissent également à leurs expériences en matière d'acquisition d'un statut social après avoir donné naissance à un enfant et le fait de voir les femmes ayant beaucoup d'enfants se faire respecter dans leur communauté. Ces conséquences visibles renforcent les normes qui favorisent les familles nombreuses, les grossesses précoces et les naissances rapprochées. Cela suggère que le fait de démontrer d'une manière aussi vivante comment l'utilisation de la PF est compatible avec une bonne maternité et avec la taille souhaitée de la famille peut aider à apaiser les inquiétudes concernant les coûts sociaux possibles. Cela suggère également qu'il est utile de doter les individus et les communautés des compétences et des plates-formes nécessaires pour contester et remodeler les normes qui ont un impact négatif sur eux.

« Dans ce monde, l'avantage est d'avoir un bébé. »

– FEMME

La grossesse est un moyen de signaler la fertilité, souvent le seul signal dont dispose une femme.

Une fois qu'une jeune femme est mariée, elle ressent souvent une pression pour tomber enceinte afin de cimenter son rôle d'épouse et de mère, et de démontrer sa fertilité. Si le fait de tomber enceinte avant le mariage engendre souvent de fortes sanctions sociales, dans certains contextes et pour certaines jeunes femmes, cela peut prouver leur fertilité et conduire à une demande en mariage souhaitée. Cela suggère que si une jeune femme a accès à un autre moyen de signaler sa fertilité et d'assurer l'avenir qu'elle souhaite pour elle-même, elle pourrait se sentir plus confiante en choisissant d'utiliser la PF pour retarder sa première grossesse..

« [Si la fille] veut le garçon et que celui-ci ne veut pas l'épouser, elle peut tomber enceinte pour que le garçon change d'avis. »

– JEUNE FEMME

Les familles nombreuses peuvent permettre aux hommes de se sentir plus en sécurité en tant que partenaires et pourvoyeurs, pour des raisons qui varient selon les familles et les contextes.

Il est fréquent que les hommes désirent des familles plus nombreuses que leurs épouses. Les familles nombreuses peuvent être un signe de statut social, cimentant le rôle d'un homme en tant que pourvoyeur et figure d'autorité dans son foyer et sa communauté. Dans les milieux où les hommes craignent d'être abandonnés, ils peuvent considérer la grossesse et la procréation comme un moyen de renforcer le contrôle au sein de leur famille. Une femme qui a de nombreux enfants ou qui est enceinte peut être moins tentée et capable d'abandonner son mari pour un autre partenaire. Cela suggère que si le sentiment de sécurité d'un homme dans son partenariat, son ménage et sa communauté peut être renforcé par d'autres moyens, il peut se sentir plus heureux d'espacer ses enfants ou d'avoir une famille plus restreinte.

« Les hommes qui ont plus d'enfants sont les 'hommes des étoiles'. »

– FEMME

« Si une femme donne naissance à beaucoup d'enfants, elle n'aura pas le temps de sortir, et elle ne quittera pas son mari pour un autre homme... c'est pourquoi ils veulent qu'elles aient autant de bébés qu'elles le peuvent, pour qu'elle ne les quitte pas pour une meilleure vie. »

– FEMME

Il y a des limites aux avantages d'avoir une famille nombreuse en termes de statut social.

Dans de nombreuses communautés, les femmes et les hommes considèrent les familles nombreuses comme un signe de statut élevé, et parfois comme une voie vers ce statut. Cependant, ils notent également que les familles nombreuses n'ont un statut élevé que dans la mesure où elles sont bien entretenues. Lorsqu'une famille a du mal à couvrir les coûts liés à la prise en charge de nombreux enfants ou d'enfants très rapprochés les uns des autres, les avantages d'une famille nombreuse en termes de statut sont remis en cause. Les hommes qui ont beaucoup d'enfants avouent parfois qu'ils n'ont pas pleinement prévu les coûts liés à leurs enfants, exprimant dans certains cas le désir d'avoir une famille plus petite que celle qu'ils ont. D'autres déclarent qu'ils avaient auparavant l'impression qu'ils devaient avoir beaucoup d'enfants parce que certains ne survivraient pas, racontant des expériences vécues à une époque où les taux de mortalité infantile étaient plus élevés. Cela suggère qu'aider les familles, et en particulier les hommes, à considérer pleinement les implications futures du nombre et de l'espacement de leurs enfants peut les aider à faire des choix qui correspondent mieux à leurs objectifs.

«Je faisais partie d'une fratrie de 18 enfants, et 10 d'entre eux sont morts. Je pensais que certains enfants allaient mourir. C'était une énorme erreur d'avoir autant d'enfants.»

– HOMME

L'identité des agents de santé en tant que femmes et mères l'emporte parfois sur leur identité de professionnels de la santé, ce qui influence le rôle qu'ils estiment pouvoir et devoir jouer dans l'offre de services de PF.

Souvent, les agents de santé sont intégrés dans des communautés où le discours public associe l'utilisation de la PF, surtout chez les jeunes femmes célibataires, à la promiscuité et à la prostitution. Les relations sociales qu'entretiennent les agents de santé avec leurs clients, leurs familles ou d'autres personnes de la communauté peuvent également ne pas être compatibles avec la fourniture de conseils et de services complets en matière de PF, en particulier aux femmes jeunes, célibataires ou nullipares. Dans certains cas, les agents de santé s'opposent activement à l'utilisation de la PF par ces femmes. Cependant, l'identité personnelle des agents de santé exerce souvent une influence plus subtile ; bien qu'ils soient prêts à fournir des services sur demande, ils sont susceptibles de discuter moins ouvertement de la PF, de ne recommander que certaines méthodes ou de ne recommander la PF que comme une alternative moins souhaitable à l'abstinence. Les agents de santé peuvent recevoir une formation ou des messages contraires, mais ces messages ne sont pas suffisamment forts pour contrebalancer les signaux contraires omniprésents dans les environnements où ils vivent et travaillent. Ceci suggère que si l'identité de membre de la communauté et de mère peut être réconciliée avec l'identité de clinicien, les agents de santé peuvent se sentir plus en confiance qu'en fournissant des conseils et des services complets de PF à tous les clients, ils agissent de manière appropriée, à la fois en tant que membres de la communauté et en tant que cliniciens.

«Le conseil que je donne à ceux qui ne sont pas encore mariés est de se préserver. J'aimerais bien leur dire de s'abstenir de relations sexuelles, mais se préserver, c'est utiliser des préservatifs.»

—AGENT DE SANTÉ
COMMUNAUTAIRE

2

AMBIGUÏTÉ



Beaucoup d'autres personnes jouent un rôle dans les choix des femmes en matière de procréation et de contraception, notamment les partenaires, les parents, la belle-famille et les agents de santé. Malgré le rôle important et parfois déterminant que jouent ces autres personnes, il est rare que des conversations ouvertes aient lieu, et lorsqu'elles ont lieu, les sujets essentiels ne sont pas toujours abordés. Dans certains cas, les préférences ou les conseils de ces autres influenceurs ou décideurs peuvent être en contradiction avec les préférences de la femme. Parfois, cependant, il peut y avoir une convergence plus importante que ce à quoi l'une ou l'autre des parties s'attend - une convergence qui est masquée par un manque de communication ouverte.

La recherche en sciences comportementales suggère que les gens sont tentés d'éviter les situations qui présentent des résultats ambigus, parfois même jusqu'à choisir une voie objectivement plus mauvaise pour éviter l'ambiguïté.¹¹ Les conversations avec les partenaires, les parents ou les agents de santé sont une source d'information pour les femmes, mais ces conversations semblent risquées ou effrayantes lorsque les femmes ne savent pas quelle réaction elles recevront. Souvent, les gens évitent de se confronter à des informations qui pourraient être utiles (comme un diagnostic médical ou la position d'un partenaire sur l'utilisation de la contraception) parce que la perspective de les connaître est effrayante¹² Dans d'autres cas, la diffusion de la responsabilité signifie qu'une personne ne prend pas l'initiative d'une conversation parce qu'elle suppose qu'une autre personne le fera ou devrait le faire.

Notre recherche sur le diagnostic comportemental nous a permis d'en savoir plus sur les conversations que peuvent avoir ou non les femmes, les familles et les agents de santé sur la procréation et la contraception. Ces connaissances suggèrent des possibilités d'encourager une communication plus ouverte pour discuter et envisager ensemble la PF. Lorsque les préférences et les priorités divergent, elles suggèrent également des pistes pour renforcer l'action des personnes les plus touchées par les décisions..

Les partenaires masculins sont souvent considérés comme les décideurs, mais ils ne prennent pas l'initiative des conversations.

Alors que les hommes désirent souvent des familles nombreuses ou ont des opinions négatives sur l'utilisation de la contraception, ils se montrent souvent ouverts à la discussion, à la réflexion ou à l'apprentissage. Dans de nombreux contextes de pays à revenu intermédiaire, hommes et femmes s'attendent à ce que les hommes pèsent dans la balance ou aient le dernier mot sur les décisions concernant les enfants ou l'utilisation de la PF. Souvent, cependant, on ne sait pas qui, dans le couple, doit ou peut aborder la question de la procréation ou de la PF. Une femme peut se sentir mal à l'aise d'aborder le sujet s'il semble hors de son contrôle, tandis qu'un homme peut supposer que sa partenaire

«Les familles ne discutent pas du moment opportun pour avoir des enfants.»

—HOMME

«[L'autre épouse de mon mari] a quatre enfants, donc je pense qu'il veut que j'en aie autant.»

—FEMME

abordera le sujet si elle le souhaite. En conséquence, les conversations sur la PF sont rares, ce qui laisse les hommes et les femmes dans l'incertitude quant à ce que pense leur partenaire et à la façon dont il pourrait réagir. Cette incertitude crée une tentation supplémentaire d'éviter complètement le sujet. Si les hommes et les femmes peuvent se sentir rassurés et confiants pour aborder le sujet l'un avec l'autre ou s'ils ont des moyens de savoir ce que pense leur partenaire et qui leur semble sûr, la convergence de leurs préférences peut apparaître plus facilement. Des conversations ouvertes peuvent également permettre d'aligner les préférences de façon plus étroite au fil du temps. Lorsque les préférences concernant la taille de la famille et l'utilisation de contraceptifs divergent entre les femmes et leurs partenaires, les efforts visant à renforcer le pouvoir et l'autonomie des femmes les aideront à prendre davantage le contrôle des choix qui ont un impact sur leur santé et leur bien-être.

Le silence sur le sujet est facilement interprété comme une opposition.

Les femmes qui n'ont pas discuté de la PF avec leur partenaire ou d'autres membres de la famille supposent souvent qu'ils désapprouvent et qu'ils réagiraient négativement si la femme abordait le sujet. Les femmes disent craindre que leur partenaire ou leurs parents réagissent avec colère ou violence en découvrant qu'elles souhaitent utiliser la PF. En conséquence, elles ont tendance à éviter les conversations pour prévenir toute chance de réaction négative, même si elles pensent qu'une réaction extrême est peu probable et même si cela signifie accepter le risque d'une grossesse non désirée et ses coûts financiers, sanitaires et sociaux.

Autre conséquence de la désapprobation présumée (ou réelle) : les femmes utilisent la PF en secret. Cela introduit de la complexité, des tracas et des risques. Il est donc plus probable que les femmes n'aient pas accès aux services, qu'elles se sentent limitées dans le choix de la méthode qu'elles peuvent utiliser ou qu'elles cessent d'utiliser la PF (voir [Idée 6](#)). Les femmes qui choisissent de ne pas révéler à leur partenaire ou à d'autres membres de la famille qu'elles utilisent la PF ne doivent pas être poussées à le faire. Cependant, il est utile de faire en sorte qu'il soit plus facile et moins risqué pour les femmes de comprendre le point de vue des personnes dont les opinions ont des conséquences pour elles. Avec des informations plus claires sur la position des autres sur le sujet, les femmes peuvent être en meilleure position pour faire des choix et avoir des conversations qui correspondent à leurs propres besoins, préférences et objectifs. La création de pistes, comme indiqué ci-dessus, permettant aux individus et aux communautés de remettre en question et de remodeler des normes néfastes peut réduire les risques liés à l'utilisation de la PF ou à l'expression du désir de le faire.

Les hypothèses des agents de santé concernant les personnes qui ont besoin de la PF et souhaitent y avoir accès influent sur le moment et le degré de proactivité avec lesquels ils en discutent avec les clients.

Les agents de santé jouent un rôle essentiel pour entamer et orienter les discussions sur la PF, mais n'abordent pas le sujet avec tous les clients. Ils partent parfois du principe que certains clients n'ont pas besoin d'informations ou qu'ils réagiront négativement s'ils abordaient le sujet de la PF, notamment les hommes et les clientes qui sont jeunes, célibataires, ont peu d'enfants ou semblent en bonne santé. En cas de contraintes sur l'approvisionnement en contraceptifs ou sur le temps dont disposent les agents de santé, ceux-ci donnent parfois la priorité à l'offre de PF aux clients qu'ils considèrent comme les plus éligibles ou qui en ont le plus besoin :

«Je n'ai jamais envisagé la PF parce que mon mari n'en a jamais voulu. Certains maris disent 'Si j'entends que tu utilises la PF, je te renvoie à la maison !»

—FEMME

«J'ai choisi [la PF] en secret parce que mon mari ne m'aide pas avec les bébés.»

—FEMME

«Si une jeune fille veut utiliser le planning familial, la sage-femme lui pose des questions pour savoir pourquoi. Si elle la convainc, elle pourra peut-être lui permettre d'utiliser le planning familial.»

—JEUNE FEMME

« [L'établissement] n'invite pas les hommes à s'informer sur le planning familial...Je souhaite apprendre.»

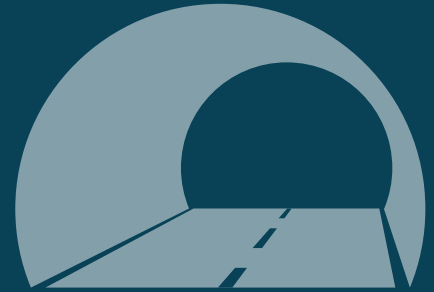
—HOMME

les femmes mariées avec de nombreux enfants. Dans certains cas, les agents de santé refusent des services ou découragent activement d'autres clients d'utiliser la PF. Dans d'autres cas, ils n'abordent pas le sujet, alors qu'ils seraient prêts à fournir des conseils et des services de PF si on le leur demandait.

Comme pour les partenaires et les autres membres de la famille, les femmes interprètent parfois le silence d'un agent de santé comme un signal indiquant que l'agent de santé ne pense pas que le moment soit opportun ou qu'elle ne devrait pas utiliser la PF. L'hésitation des clients à aborder le sujet est aggravée par le fait que dans de nombreux pays à faible et moyen revenu, les femmes n'ont pas l'habitude de poser des questions de manière proactive aux agents de santé, mais s'en remettent plutôt à ces derniers en tant qu'experts. Cela suggère que davantage d'opportunités de conseil en matière de PF peuvent émerger si les agents de santé étaient incités à aborder systématiquement le sujet, même avec des clientes dont ils pensent qu'il est peu probable qu'elles choisissent la PF. Si les clientes peuvent être assurées d'une réponse positive, elles peuvent également se sentir plus à l'aise pour poser des questions sur la PF de manière proactive. En offrant aux femmes et aux hommes d'autres moyens de recevoir des informations fiables et compréhensibles, on peut également faire en sorte que leur capacité à s'informer sur la PF et à l'envisager ne dépende pas entièrement d'une conversation avec un agent de santé.

3

ATTENTION



Parfois, il arrive qu'un intérêt général ou une ouverture à l'utilisation de la PF ne se traduise pas par un choix concret d'opter pour une méthode. Dans d'autres cas, une femme peut avoir l'intention d'utiliser la PF mais ne jamais prendre les mesures nécessaires pour y parvenir. En particulier lorsque les femmes et les agents de santé doivent répondre à de multiples besoins, décisions et services de santé au cours d'une seule visite, il est très facile de disperser l'attention, de se laisser distraire et d'avoir des priorités concurrentes.

Les recherches en sciences comportementales ont démontré à plusieurs reprises que la capacité de chacun à s'occuper de plusieurs sujets ou tâches à la fois est limitée.¹³ Les besoins qui semblent les plus urgents à un moment donné ont tendance à capter l'attention, parfois au détriment de choses tout aussi importantes, voire plus, mais qui se situent hors du «tunnel» des questions les plus urgentes.¹⁴ Même si une personne remarque et s'occupe de l'un de ces détails non urgents, elle peut facilement être tentée de retarder son action lorsqu'il n'y a pas d'échéance apparente ou lorsque le meilleur moment pour agir ne semble pas clair.¹⁵

Notre recherche sur le diagnostic comportemental suggère qu'en observant les autres éléments qui se disputent l'attention d'une femme ou d'un agent de santé et la façon dont les moments d'action sont perçus, nous pouvons mieux garantir que les femmes soient en mesure de considérer pleinement leurs options de PF et de donner suite à leurs intentions.

Les clients reçoivent souvent des informations sur la PF lors des visites de santé, alors qu'eux - et les agents de santé - sont susceptibles de donner la priorité à d'autres sujets. Les clients qui se rendent dans un établissement de santé pour recevoir des services autres que la PF concentrent naturellement leur attention sur la raison principale de leur visite. De même, les agents de santé se concentrent sur les besoins qui semblent les plus urgents, en particulier dans des environnements très fréquentés où d'autres clients attendent. Parfois, les services portent un nom (comme la Journée de vaccination) qui renforce l'accent mis sur un seul service, tant pour les clients que pour les agents de santé. Dans d'autres cas, la visite est liée à une occasion importante ou stressante, comme la préparation à l'accouchement ou l'accès à l'avortement, ce qui peut sembler incongru par rapport à la discussion sur la PF, tant pour les clients que pour les agents de santé. Il en résulte que parfois la PF n'est pas abordée du tout ou seulement de manière superficielle. Dans d'autres cas, les femmes ne se sentent pas prêtes à prendre une décision au moment où le sujet est abordé. Cela suggère que les services intégrés peuvent être plus efficaces si les agents de santé peuvent considérer et décrire

«Même lorsque nous discutons de la PF pendant les soins prénataux ou à d'autres moments, les femmes oublient ou disent «vous ne m'avez pas dit».»

—AGENT DE SANTÉ

«La PF concerne la santé des femmes. La maternité prend en charge la santé des femmes... Donc [à la vaccination] on n'en parle pas.»

—AGENT DE SANTÉ

«Je veux faire le curetage [avortement] et m'assurer que c'est pris en charge... puis je reviendrai pour le planning familial.»

—FEMME

la PF comme étant liée à l'objectif principal de la visite d'un patient. Cela suggère également que plusieurs visites d'information et de conseil peuvent être nécessaires pour que certaines clientes se sentent à l'aise et prêtes à faire un choix éclairé, en particulier lorsque ce conseil est fourni en même temps que d'autres services de santé.

Les femmes qui n'adoptent pas une méthode lorsqu'elle leur est proposée pensent parfois que leur chance est passée. Certaines femmes qui découvrent la PF lors d'une autre visite médicale pensent qu'elles doivent commencer à utiliser la PF à ce moment-là ou jamais. Si l'on ajoute à cela le fait que l'attention est partagée et qu'il est difficile de donner, de recevoir et d'assimiler le conseil, les femmes peuvent avoir l'impression d'avoir raté leur chance. Cela suggère que le fait de communiquer explicitement aux clientes qu'elles peuvent revenir plus tard pour des services de PF peut contribuer à ce qu'elles considèrent cette option comme possible. Cela suggère également que les références, la planification et les rappels peuvent être nécessaires pour aider les clientes à agir plus tard lorsqu'elles ne sont pas prêtes à le faire au moment où le sujet est abordé pour la première fois.

Lorsque les agents de santé attendent jusqu'à ce qu'ils considèrent qu'une cliente est prête pour la PF pour la conseiller, ils ratent des occasions de s'assurer qu'elle est prête à faire un choix.

Les clientes qui ne courent pas un risque immédiat de grossesse parce qu'elles ne sont pas encore sexuellement actives, qu'elles sont en cours de grossesse ou qu'elles sont exclusivement allaitantes, ne sont généralement pas prioritaires pour le conseil en PF. Mais en attendant de parler de PF jusqu'à ce que le risque de grossesse soit imminent, les clientes ratent des occasions d'apprendre, d'envisager et de discuter des options, ce qui laisse souvent un vide dans leur protection. Cela suggère que le fait d'offrir des informations et des conseils tôt et souvent, et de guider les clients pour qu'ils réfléchissent à l'avance au moment et à la manière de faire un choix peut les aider à être prêts à faire ce choix au moment le plus opportun.

Ils [les agents de santé] n'ont rien dit sur les méthodes, ils ont juste dit «venez» pour la planification familiale lors de la vaccination.”

—FEMME EN POST-PARTUM

4



PERCEPTION DU RISQUE

La crainte des effets secondaires et des conséquences sanitaires des méthodes contraceptives - en particulier, la crainte que la PF puisse compromettre la fertilité - est très répandue. Pour beaucoup de femmes et d'hommes, les craintes de conséquences négatives sont l'un des principaux facteurs d'hésitation à utiliser la PF et elles ont persisté malgré les efforts intensifs déployés pour y remédier.

La recherche en sciences comportementales permet de comprendre pourquoi les préoccupations liées à des idées fausses sont si influentes et si difficiles à combattre. Des exemples vivants qui viennent facilement à l'esprit peuvent amener une personne à surestimer la probabilité d'un événement négatif.¹⁶ Ensuite, elle a tendance à remarquer et à interpréter les preuves qui l'entourent d'une manière qui renforce cette croyance, et à rater ou à ignorer les preuves qui pourraient la contredire.¹⁷ Même les preuves qui corrigent une idée fausse peuvent la renforcer, simplement en rendant l'information fausse plus familière.¹⁸ Quand l'enjeu perçu par une personne (dans ce cas, la fertilité) est d'une importance capitale, même les idées fausses qui ne sont pas fortement ancrées ou les risques qui semblent éloignés peuvent exercer une influence puissante sur ses choix.¹⁹

Nos recherches sur le diagnostic comportemental ont illustré la façon dont ces tendances influencent les perceptions du risque, et comment ces perceptions façonnent les préférences et les décisions, révélant des possibilités de contrer les idées fausses et de réduire leur impact disproportionné sur les choix. Ces résultats soulignent également l'importance d'un investissement continu pour améliorer les options disponibles afin de garantir que chaque patient ait accès à une méthode adaptée à ses besoins, ses priorités et ses préférences.

Les exemples frappants de conséquences négatives sont largement partagés et faciles à retenir, même s'ils sont partiellement ou entièrement faux.

Pour beaucoup de personnes, les membres de la famille et les pairs, plutôt que les agents de santé, sont la première et la plus influente source d'information sur la PF. Les histoires de femmes qui ont subi des effets secondaires importants ou qui ont eu du mal à concevoir après avoir utilisé la PF sont largement partagées, et presque tous les membres de la communauté peuvent citer un exemple de personne qui aurait eu une expérience négative. Ces expériences négatives ne sont souvent pas attribuables à la PF, mais influencent néanmoins les choix. Les bonnes expériences avec la PF - lorsque les utilisatrices n'ont pas d'effets secondaires et lorsqu'elles peuvent concevoir rapidement après avoir utilisé la PF - sont rarement discutées et moins susceptibles d'être rappelées. Il en résulte que les expériences négatives semblent plus fréquentes qu'elles ne le sont réellement. Cela suggère que si des histoires positives d'utilisation de la PF aussi vivantes, personnelles et mémorables peuvent être largement partagées et discutées au sein des communautés, ces histoires positives viendront plus facilement à l'esprit et exerceront un effet de contrepoids sur les perceptions du risque.

«Ma belle-sœur a un enfant de 7 ans mais jusqu'à présent, elle essaie en vain d'avoir un autre enfant. Elle a pris les pilules puis certaines personnes ont affirmé qu'elles en étaient la cause.»

—JEUNE FEMME

Les femmes interprètent les effets secondaires courants de la PF comme dangereux lorsqu'elles les associent à des craintes profondément ancrées de stérilité ou de malformations congénitales.

Les méthodes contraceptives ont des effets secondaires possibles qui peuvent être inoffensifs, inconfortables et, dans certains cas, dangereux s'ils ne sont pas pris en compte. Pour la plupart des utilisateurs de PF, les effets secondaires ne représentent pas un risque important. Cependant, les effets secondaires réels, tels que des changements dans les saignements mensuels, sont souvent interprétés comme le signe d'une préoccupation plus sérieuse, ancrée dans les mythes et les idées fausses sur la PF. Les femmes et les hommes expriment parfois des hésitations à propos de la PF en raison des effets secondaires ou cessent de l'utiliser après avoir ressenti des effets secondaires, alors que leurs préoccupations premières sont des craintes beaucoup plus profondes que la PF mette en danger la fertilité ou la santé de leurs futurs enfants. Cela suggère que pour apaiser les inquiétudes, il est nécessaire d'aider les femmes à comprendre et à traiter les effets secondaires qu'elles ressentent, mais aussi d'affaiblir les liens perçus entre les effets secondaires et les préoccupations plus profondes.

«Le plus gros problème est la peur des effets secondaires ; c'est une idée fixe».

—AGENT DE SANTÉ

«La plus grande inquiétude c'est de retarder la grossesse.»

—HOMME

Parfois, d'autres problèmes de santé sont perçus à tort comme étant liés à la PF.

Les conditions de vie et de travail difficiles et la faiblesse des systèmes de santé limitent la capacité des femmes à comprendre et à traiter les causes des problèmes de santé sans rapport avec la PF. Le choix d'interrompre la PF reste généralement sous le contrôle d'une femme alors que d'autres actions ne le sont pas. Il peut donc être tentant pour une femme d'attribuer les problèmes qu'elle rencontre à sa méthode de PF. Cela suggère qu'en augmentant le pouvoir et les ressources des femmes pour aborder d'autres problèmes de santé, on peut diminuer la probabilité que ces problèmes de santé soient attribués par erreur à l'utilisation de la PF. Dans de nombreux cas, cela peut indiquer la nécessité d'investir massivement pour améliorer les soins de santé en général, augmenter la sécurité alimentaire et permettre aux femmes de prendre le contrôle d'aspects plus larges de leur santé et de leur bien-être.

«Beaucoup de femmes qui viennent [ici] pour la PF n'ont pas la possibilité de changer leur état de santé en prenant des médicaments ou en se faisant opérer parce qu'elles sont pauvres et ne peuvent pas se faire soigner. Une des clientes voulait qu'on lui retire son stérilet parce qu'elle ressentait des engourdissements dans les jambes.»

—AGENT DE SANTÉ

Même lorsque les agents de santé s'efforcent de répondre aux préoccupations des clients, ils ont du mal à combattre les idées fausses et renforcent parfois les craintes par inadvertance.

Parfois, les agents de santé sont influencés par les mêmes peurs et idées fausses que les clients et les membres de la communauté, ce qui les conduit à perpétuer les mythes. Plus souvent, ils sont conscients des idées fausses et s'efforcent de les dissiper, mais peinent à le faire efficacement. Certains de leurs efforts pour répondre aux préoccupations et contrer les idées fausses peuvent se retourner contre eux. Par exemple, répéter un mythe (même en expliquant qu'il est faux) peut involontairement renforcer les fausses croyances. Lorsque les agents de santé évitent de recommander des méthodes au sujet desquelles ils savent que les clients ont des inquiétudes, ils peuvent renforcer l'idée que beaucoup de gens sont inquiets et signaler que ces méthodes ont quelque chose de douteux. Cela suggère que le fait de fournir aux agents de santé non seulement des informations correctes sur la PF, mais aussi des outils et des tactiques pour contrer les idées fausses, leur permettra de répondre plus efficacement aux préoccupations des clients.

«L'esprit [des clientes] est figé. Comment pouvez-vous le changer ?»

—AGENT DE SANTÉ

Les clientes choisissent parfois les méthodes de connaissance de la fécondité parce qu'elles craignent d'utiliser d'autres méthodes sans être préparées à les utiliser efficacement.

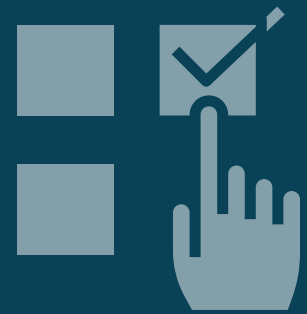
La méthode des jours normaux, la méthode des deux jours, l'aménorrhée due à la lactation et d'autres méthodes de sensibilisation à la fertilité sont souvent considérées comme l'option la plus appropriée pour éviter une grossesse par les personnes qui ont des doutes sur les autres méthodes. Ces méthodes peuvent être des options appropriées et fiables pour beaucoup de femmes.²⁰ Cependant, elles sont parfois choisies sans que l'on sache exactement comment les utiliser correctement. Par exemple, certaines femmes comptent les jours sans savoir quels sont les jours fertiles de leur cycle ou s'appuient sur l'allaitement maternel sans savoir que la protection diminue lorsque le bébé commence à manger des aliments solides. Parfois, les femmes choisissent des méthodes de connaissance de la fécondité sans être pleinement préparées à les utiliser efficacement - elles peuvent, par exemple, surestimer leur propre capacité à s'abstenir de rapports sexuels ou leur capacité à négocier avec leur partenaire pour qu'il s'abstienne ou utilise un préservatif certains jours. En aidant les femmes à comprendre le fonctionnement de ces méthodes et à réfléchir à ce qu'il faut faire pour les utiliser correctement, on les aidera à faire des choix plus éclairés quant à la méthode qui répond le mieux à leurs besoins. Pour celles qui choisissent une méthode de connaissance de la fécondité, des explications compréhensibles les prépareront également à utiliser la méthode efficacement. Les défis inhérents à l'utilisation efficace de ces méthodes soulignent également l'intérêt de continuer à investir pour élargir les options de méthodes et faciliter l'auto-prise en charge.

«Je n'ai pas besoin de recourir à la contraception parce que je compte les jours de mon cycle (...). On nous a montré [comment le faire] à l'école [...] Je ne me souviens pas de grand-chose. «
—JEUNE FEMME

«Si elles allaitent correctement leurs enfants, elles peuvent attendre jusqu'à trois ans [pour tomber à nouveau enceintes]».
—FEMME EN POSTPARTUM

5

ARCHITECTURE DU CHOIX



Il est essentiel que les clientes soient conseillées par un agent de santé qualifié pour qu'elles puissent faire un choix libre et éclairé en matière de PF et qu'elles comprennent le fonctionnement de la méthode qu'elles choisissent et les effets qu'elle peut avoir sur leur corps. Dans la pratique, cependant, le conseil ne se traduit pas toujours par une meilleure compréhension ou par des choix qui correspondent aux besoins et aux préférences des clientes.

Une solide littérature sur l'architecture des choix montre que l'ordre, le moment et le volume des informations reçues par une femme influencent les choix qu'elle fait et ce qu'elle ressent par la suite à propos de ces choix.²¹ Des informations détaillées peuvent contribuer à ce qu'elle comprenne parfaitement ses options, mais une surcharge d'informations peut conduire à la confusion et une forme de paralysie.²² Un nombre inutilement élevé d'options peut aussi, paradoxalement, conduire une personne à se sentir moins satisfaite de ce qu'elle choisit en fin de compte.²³ Guider activement les choix avec des informations plus ciblées et des processus décisionnels structurés peut préserver le choix libre et éclairé plus efficacement que la simple mise à disposition d'une grande quantité d'informations. Même lorsqu'on s'efforce de présenter les informations de la manière la plus impartiale possible, il est impossible d'être vraiment neutre. Certains détails ont tendance à ressortir, notamment ceux qui ont été présentés en premier²⁴ et le plus récemment²⁵ ou ceux qui soutiennent une option qui avait été choisie précédemment.²⁶

Notre recherche sur le diagnostic comportemental met en lumière la manière dont le conseil influence la perception qu'ont les clientes des options qui s'offrent à elles et les choix qu'elles font. Ces résultats suggèrent des possibilités d'améliorer le conseil afin de guider les clientes pour qu'elles considèrent pleinement leurs options, choisissent activement la méthode la mieux adaptée à leurs besoins et soient bien informées sur la méthode qu'elles choisissent d'adopter.

Les informations sont souvent difficiles à digérer et difficilement comparables selon les méthodes.

Quand elles reçoivent des conseils sur la PF, les clientes se voient souvent présenter de grandes quantités d'informations sur 10 méthodes différentes ou plus, les unes après les autres. Elles entendent parler de l'éligibilité médicale, de la durée totale de la méthode, de la manière dont elle est administrée et utilisée, et de tous les effets secondaires potentiels avec des instructions pour atténuer ces effets secondaires. Le volume important d'informations, la nature médicalisée des descriptions des méthodes et le fait que chaque méthode soit abordée séparément sont autant d'éléments qui font qu'il est difficile de comparer ces méthodes sur la base des caractéristiques qui sont les plus importantes pour les femmes. Les informations essentielles pour faire un choix éclairé sont mélangées avec des informations qui peuvent être plus pertinentes après qu'une femme ait choisi sa méthode préférée.

«Quand une femme vient, on lui présente les méthodes et on lui explique. C'est elle-même qui fait le choix.... Nous ne lui disons pas que ceci est bon pour elle ou pas.»
—SUPERVISEUR EN SOINS DE SANTÉ

Certains agents de santé considèrent que leur rôle dans le conseil en PF consiste à informer plutôt qu'à guider et hésitent à comparer explicitement les méthodes ou à faire des recommandations par crainte d'entraver le choix. Cette approche peut compliquer l'utilisation par les clientes des informations qu'elles reçoivent, les amenant à se rabattre sur un choix qui leur est plus familier ou à reporter entièrement la décision concernant la PF. Cela suggère que le fait de conseiller les clientes en les guidant activement vers des méthodes basées sur leurs besoins et leurs préférences peut les aider au mieux à choisir une méthode qui leur convient.

L'inadéquation entre le protocole de conseil et la réalité de la pratique incite parfois les agents de santé à sauter ou à tronquer le conseil.

Les agents de santé constatent souvent des tensions entre le conseil approfondi que l'on attend d'eux et les contraintes de temps inhérentes à leur pratique quotidienne dans un établissement de santé. En l'absence de directives sur les priorités et sur la manière de conseiller efficacement dans le cadre de ces contraintes de temps, un agent de santé peut être tenté d'omettre complètement le conseil et de demander simplement à la cliente quelle méthode elle souhaite, de lui donner la méthode qu'elle a utilisée dans le passé ou de la conseiller sur une seule méthode qu'il pense être la plus appropriée. Dans les environnements où une méthode est particulièrement courante, les agents de santé peuvent supposer que la cliente choisira cette méthode et que le conseil sur les autres options serait superflu, même si de nombreuses clientes pourraient préférer une autre option si elles étaient mieux informées. Cela suggère qu'en adaptant les outils et le protocole de conseil en PF aux contraintes auxquelles les agents de santé sont confrontés, on peut augmenter la probabilité que le conseil soit offert de manière cohérente, même lorsque le temps est limité.

«La plupart des femmes avaient déjà une méthode en tête quand elles sont venues.»

—AGENT DE SANTÉ

« Dans le cas des nouveaux couples mariés, s'ils viennent, [on leur parle] de la pilule, du préservatif. S'ils ont un enfant, ils reçoivent un implant. S'ils ont 2 enfants, alors [on leur parle] de ligature ou de stérilet. Donc ça dépend de l'ancienneté du couple.»

—AGENT DE SANTÉ

Lorsque tous les effets secondaires potentiels sont divulgués sans indiquer la probabilité qu'ils soient ressentis, cela peut jouer un rôle disproportionné dans les décisions.

Alors que les clientes doivent connaître les effets secondaires potentiels pour faire un choix éclairé, l'importance accordée aux effets secondaires dans le conseil en PF et la façon dont ils sont abordés peuvent amener ces clientes à croire qu'ils sont plus probables ou plus graves qu'ils ne le sont. Cela peut exacerber les craintes et conduire les clientes à éliminer des options qui sont bien adaptées à leurs besoins. Les outils de counseling énumèrent généralement les effets secondaires de chaque méthode et les agents de santé prennent au sérieux leur responsabilité de divulguer les risques d'effets secondaires, y compris ceux qui ne sont pas courants. Cependant, les clientes reçoivent rarement des informations sur la probabilité de survenue des effets secondaires. Lorsque le conseil aborde la probabilité des effets secondaires, il communique généralement la probabilité qu'un effet secondaire se produise plutôt que la probabilité (souvent beaucoup plus grande) qu'il ne se produise pas. Si l'on ajoute à cela les récits frappants d'amis et de voisins sur les effets secondaires et les risques (voir *Idée 4*), cela peut amener les clients à supposer que certaines méthodes s'accompagnent d'une quasi-certitude d'effets secondaires graves. Cela suggère que trouver des moyens accessibles et compréhensibles de décrire l'expérience probable d'une cliente en utilisant une méthode l'aidera à mieux évaluer les risques d'effets secondaires par rapport à d'autres considérations qui sont également importantes pour elle.

«Les implants et le stérilet sont bons parce qu'ils sont de longue durée mais le seul problème est qu'ils ont tellement d'effets secondaires... donc il vaut mieux utiliser la méthode qui ne vous pose pas de problèmes.»

—FEMME

La durée maximale d'une méthode figure en bonne place dans le conseil en PF, ce qui conduit les clientes et les agents de santé à exclure certaines méthodes.

La durée maximale d'utilisation d'une méthode est souvent une caractéristique principale prise en compte par les agents de santé et les clients pour déterminer si une méthode particulière est appropriée. La durée d'une méthode est mise en évidence dans le conseil et est souvent utilisée comme un nom abrégé pour la méthode. La possibilité de changer ou d'arrêter une méthode avant sa durée totale est rarement soulignée et parfois pas du tout mentionnée. Dans certains cas, les agents de santé découragent ou refusent le retrait précoce des méthodes. Les femmes qui savent ou supposent qu'elles pourraient désirer une grossesse avant la fin de cette période présument que la méthode ne leur convient pas.

«Nous informons que nous avons trois types de planning familial : le planning familial de trois ans, le planning familial Depo de trois mois, et il y a celui de 28 jours ou la pilule.»
—AGENT DE SANTÉ
COMMUNAUTAIRE

Les jeunes femmes célibataires sont souvent confrontées à une complication supplémentaire : elles ne savent pas quand elles se marieront, mais elles savent qu'on s'attend à ce qu'elles tombent enceintes peu après leur mariage. L'adoption d'une méthode qu'elles perçoivent comme ayant une durée fixe (surtout une méthode de plusieurs années) peut leur sembler risquée face à cette incertitude. Cela suggère qu'en mettant l'accent sur d'autres caractéristiques des méthodes de PF et en renforçant - tant pour les agents de santé que pour les clients - le fait que les méthodes peuvent être utilisées pendant une période plus courte, on pourra élargir le choix des clientes.

«Ils m'ont proposé d'utiliser l'[injectable], pour les trois mois. Comme elle est très jeune, nous ne pouvons pas utiliser une méthode d'un, deux ou cinq ans.»
—MÈRE D'UNE JEUNE FEMME

Les agents de santé ont tendance à surestimer la disposition des clientes à faire un choix éclairé après le conseil en groupe.

Les séances de conseil de groupe peuvent être un moyen efficace et non intimidant de présenter des informations sur la PF à de nombreuses utilisatrices potentielles. Les agents de santé considèrent souvent que le conseil de groupe est suffisant pour préparer les clients à faire un choix éclairé. Cependant, les clients ont parfois besoin de conversations approfondies en tête-à-tête pour absorber les informations et prendre une décision. Pendant les séances de conseil en groupe, surtout dans un espace public agité, l'attention des clientes peut être partagée. Elles peuvent se sentir mal à l'aise pour poser des questions et exprimer leurs préoccupations, ou se sentir submergées par la quantité d'informations et ne pas savoir comment aborder le choix. Lorsque les agents de santé, très occupés, partent du principe que les clientes ont déjà les informations dont elles ont besoin, ils sont tentés de commencer les consultations en demandant aux clientes quelle méthode elles souhaitent utiliser. Cela suggère qu'en aidant les agents de santé à réfléchir à ce qu'une cliente peut raisonnablement s'attendre à tirer d'un conseil de groupe, en renforçant la valeur ajoutée d'une discussion individuelle et en aidant les agents de santé à avoir des conversations efficaces dans les limites de leur temps, on peut s'assurer que les clientes reçoivent le conseil idoine pour faire un choix vraiment éclairé.

«Je disais non [nous ne pouvions pas poser de questions après le conseil] parce qu'à ce moment-là, le médecin était occupé avec d'autres personnes.»
—FEMME

6

FRICTIONS



Même avec une forte intention, beaucoup de choses peuvent entraver l'accès à la PF ou la poursuite de son utilisation.

La littérature des sciences comportementales regorge d'exemples montrant comment de petits tracas peuvent avoir un effet disproportionné sur le comportement, même lorsqu'une personne veut et a l'intention de faire quelque chose. Les difficultés peuvent inciter une personne à remettre à plus tard des étapes inconfortables, inconfortables ou désagréables, en particulier lorsqu'il n'y a pas d'échéance claire²⁷ Bien que la complexité ou les étapes imprévues puissent parfois sembler de simples inconvénients, elles peuvent être un facteur de crainte, amenant une personne à se demander si elle peut et doit aller jusqu'au bout.²⁸ Lorsque les intentions ne sont pas fermes ou lorsque des obstacles tels que ceux décrits dans les sections ci-dessus rendent l'accès à la PF particulièrement difficile, l'impact de ces frictions risque d'être particulièrement important.

Notre recherche sur le diagnostic comportemental a mis en lumière de nombreux obstacles que les femmes doivent surmonter pour accéder aux services de PF. Certains sont faciles à repérer, tandis que d'autres sont moins évidents. Certains ont un impact beaucoup plus important que ce à quoi on pourrait s'attendre. Comprendre où et comment ces frictions apparaissent permettra de découvrir des voies pour faciliter l'accès aux services et de continuer à utiliser la PF pour les femmes qui choisissent cette option.

Le cheminement vers l'adoption d'une méthode n'est pas toujours facile ou clair.

Une femme qui choisit d'utiliser la PF doit souvent franchir de nombreuses étapes pour y parvenir. Ces étapes peuvent consister à déterminer les jours et les heures où les services sont disponibles, à trouver quelqu'un pour s'occuper de ses activités quotidiennes, à trouver un moyen de transport pour se rendre à l'établissement de santé et l'argent nécessaire pour payer, à attendre un certain temps avant d'être vue par un agent de santé, à s'engager dans une discussion avec l'agent de santé qui la mette mal à l'aise, à choisir une méthode et à revenir plus tard ou à se rendre dans un autre établissement si la méthode qu'elle préfère n'est pas disponible, entre autres. Chacune de ces étapes peut compromettre ses projets : elle peut manquer de ressources pour les mener à bien, se sentir frustrée ou confuse quant à la marche à suivre, ou retarder des étapes qu'elle juge désagréables. En réduisant le nombre et la complexité des étapes que la cliente doit franchir, il est plus probable qu'elle puisse aller jusqu'au bout de ses intentions. S'il n'est pas toujours possible d'éliminer complètement les tracas, le fait de donner une image claire et compréhensible de ce que le processus implique aidera les clients à persévérer face aux inconvénients.

«Je suis venue pour le stérilet. Je suis arrivée tôt parce que je ne voulais pas attendre longtemps, mais j'ai attendu trois heures. J'ai reçu l'injection parce que je suis venue seule, loin de chez moi, et l'infirmière craignait que je n'aie du mal à rentrer car je suis seule.»
—FEMME EN POSTPARTUM

L'utilisation soutenue de méthodes à action brève présente des difficultés supplémentaires.

Les clients qui choisissent des contraceptifs oraux doivent se souvenir de prendre une pilule tous les jours. Les injections nécessitent des visites répétées à l'établissement de santé, tout comme les renouvellements de contraceptifs oraux. La fenêtre de temps pendant laquelle ces visites peuvent avoir lieu est souvent étroite, et la rater peut entraîner des démarches supplémentaires comme un test de grossesse et une éventuelle réprimande de la part d'un agent de santé. La distribution de méthodes contraceptives au sein de la communauté offre une voie prometteuse pour réduire certains des problèmes qui empêchent une utilisation durable, tandis que des rappels conviviaux peuvent aider les femmes à utiliser systématiquement la méthode de PF qu'elles ont choisie.

« Il faut se souvenir [de prendre la pilule]. Parfois je me souviens de la prendre, parfois j'oublie. »

—FEMME

Le recours à la PF en secret complique encore le processus.

Si une cliente décide que sa meilleure option est d'utiliser la PF en secret, elle doit prendre des mesures supplémentaires pour s'assurer que personne dans son entourage ne la voit accéder aux services. Elle peut penser ne pas pouvoir se rendre à l'établissement de santé avant certaines heures ou éviter l'établissement le plus proche de son domicile. Le désir de garder le secret contribue également à ce que certaines femmes choisissent des contraceptifs injectables plutôt que des méthodes à action prolongée, bien que les injectables s'accompagnent de la difficulté supplémentaire de se souvenir de la date de la prochaine injection et de se rendre en secret dans le centre de santé pour l'obtenir. Cela suggère que le fait de faciliter l'accès aux services de PF en toute discrétion peut aider à surmonter les difficultés supplémentaires auxquelles sont confrontées ces clientes. Cela renforce également l'intérêt d'aider les couples à s'aligner sur leurs préférences chaque fois que cela est possible afin que la PF puisse être utilisée ouvertement, comme indiqué dans l'Idée 2.

« Les filles musulmanes viennent [dans l'établissement] la nuit... elles ne veulent pas que les gens le sachent. »

—AGENT DE SANTÉ

Pour ceux qui n'ont jamais utilisé la PF auparavant, il est facile de surestimer les désagréments et les risques sociaux.

Les jeunes clientes, en particulier, expriment souvent leur incertitude quant à la façon dont les agents de santé les traiteront et quant à la probabilité que leurs voisins et leurs familles apprennent qu'elles se rendent dans un centre de santé. Comme les pairs qui utilisent la PF le font souvent en secret, les exemples d'expériences positives ne sont pas facilement disponibles pour apaiser leurs inquiétudes. Cela suggère qu'encourager les clientes (en particulier les jeunes) à partager leurs expériences avec leurs pairs et offrir des signes visibles que les clientes sont les bienvenues et qu'elles seront bien traitées peut aider à rendre le processus de visite d'une structure sanitaire moins intimidant. Ces signaux positifs doivent, bien entendu, s'accompagner d'un bon traitement effectif des clientes quand elles accèdent aux services.

« Si c'était moi, et que j'étais mariée, je pourrais aller voir ma tante [la sage-femme] [pour la planification familiale]. Mais si je n'étais pas mariée, je n'irais pas voir ma tante. J'irais quelque part où personne ne me connaît. »

—JEUNE FEMME

La voie à suivre

Les programmes et services visant à aider les femmes et les familles à éviter les grossesses non désirées doivent être conçus à partir des points de vue et des expériences des individus et des communautés visés. Bien qu'il soit utile de comprendre les riches différences culturelles, contextuelles et individuelles qui façonnent le comportement, les programmes et les services peuvent s'appuyer sur les connaissances comportementales qui ont émergé dans différents contextes. Le tableau de la page suivante résume les implications pour la conception des programmes, des services et des politiques qui découlent des idées décrites dans ce document.

| IDÉE | OBJECTIFS DE LA CONCEPTION |
|---|--|
| <p>Identité et normes</p>  | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Démontrer de manière répétée et sans ambiguïté que l'utilisation de la PF ne menace pas la fertilité. ▶ Développer des identités compatibles avec l'utilisation de la PF. ▶ Transmettre des récits vivants et saillants liant l'utilisation de la PF à une bonne éducation des enfants et à la taille souhaitée de la famille. ▶ Offrir des moyens de signaler la fertilité autres que la grossesse ▶ Renforcer la sécurité des hommes dans leur rôle au sein du foyer et de la communauté, d'une manière qui ne repose pas sur des familles nombreuses ou des grossesses fréquentes. ▶ Indiquer aux gens qu'ils doivent tenir compte des implications futures des décisions concernant la procréation et la contraception. ▶ Développer des compétences et des plateformes pour que les individus et les communautés puissent contester et remodeler les normes qui ont un impact négatif sur eux. ▶ Guider les agents de santé pour qu'ils concilient leurs identités de membres de la communauté et de cliniciens. |
| <p>Ambiguïté</p>  | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Créer des opportunités pour aborder en toute sécurité des sujets embarrassants avec les partenaires. ▶ Ouvrir des voies permettant aux femmes de comprendre les points de vue des personnes dont les opinions ont des conséquences pour elles. ▶ Renforcer le pouvoir et l'autonomie des femmes dans les décisions relatives à la PF. ▶ Motiver, rappeler et encourager les agents de santé à offrir systématiquement des conseils en matière de PF. ▶ Rassurer les femmes sur la réponse positive des agents de santé si elles abordent le sujet. ▶ Fournir des alternatives aux agents de santé en établissement pour obtenir des informations fiables et compréhensibles. |
| <p>Attention</p>  | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Décrire les services de manière à souligner les liens entre la PF et les autres besoins de santé. ▶ Informer et conseiller tôt et souvent, y compris avant que les clientes ne se sentent prêtes à adopter une méthode. ▶ Permettre aux clientes de décider et d'agir lorsqu'elles sont prêtes, par le biais de références, de planification et de rappels. |
| <p>Perception du risque</p>  | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Montrer des histoires de réussite personnelles, mémorables et vivantes sur l'utilisation de la PF. ▶ Soutenir les utilisateurs de la PF pour comprendre et traiter les effets secondaires. ▶ Accroître l'accessibilité des ressources pour d'autres problèmes de santé qui peuvent être attribués par erreur à la PF. ▶ Corriger les idées fausses et affaiblir les liens perçus entre les effets secondaires et les préoccupations plus profondes. ▶ Éclairer et inciter à la réflexion sur ce qui est requis pour utiliser efficacement les méthodes de conscience de la fécondité. |
| <p>Architecture du choix</p>  | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Adapter les outils et le protocole de conseil aux contraintes des agents de santé. ▶ Représenter la probabilité de subir des effets secondaires de manière accessible et compréhensible. ▶ Présenter des aspects des méthodes autres que la durée maximale dans les descriptions des méthodes. ▶ Inciter les agents de santé à réfléchir à la valeur ajoutée des conversations individuelles après le conseil en groupe. |
| <p>Frictions</p>  | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Simplifier et fluidifier le processus d'accès aux services. ▶ Illustrer clairement ce qu'implique le processus de prise en charge d'une méthode. ▶ Élargir l'accès à la distribution communautaire de méthodes et à l'auto-soin. ▶ Offrir des moyens d'accéder aux services en toute discrétion ▶ Signaler que les clientes sont les bienvenues et qu'elles seront bien traitées. |

Les concepteurs de programmes, les personnes chargées de leur mise en œuvre, les décideurs politiques et les autres parties prenantes du secteur de la PF/SR peuvent améliorer les programmes et services destinés aux individus qui les fournissent, les utilisent et en subissent l'impact. Nous encourageons les parties prenantes à évaluer si leurs programmes, services et politiques peuvent atteindre ces objectifs et de quelle manière. Il existe des possibilités de gains relativement rapides, comme l'ajustement des outils de conseil, l'intégration de rappels ou le changement des mots utilisés pour décrire les services. D'autres exigent que l'on s'attaque aux causes profondes des grossesses non désirées, telles que les normes, les préjugés et les déséquilibres de pouvoir. S'attaquer à ces défis par le biais de nouvelles solutions audacieuses nécessite une collaboration étroite avec les femmes, les hommes, les communautés et les agents de santé qui reçoivent et dispensent les programmes, afin de garantir que toutes les familles puissent tracer leur propre chemin. Ensemble, nous pouvons continuer à utiliser le pouvoir de la science comportementale pour comprendre plus profondément les défis et élaborer de nouvelles solutions innovantes pour accélérer les progrès vers les objectifs parallèles d'amélioration de l'accès tout en respectant le pouvoir et l'autonomie.

À propos d'ideas42

ideas42 est une organisation à but non lucratif qui utilise les connaissances sur le comportement humain - pourquoi les gens font ce qu'ils font - pour améliorer les vies, construire de meilleurs systèmes et favoriser le changement social. Depuis plus de dix ans, nous sommes à l'avant-garde de l'application des sciences comportementales dans le monde réel. Nos efforts ont été déployés dans 50 pays et nous avons établi des partenariats avec des gouvernements, des fondations, des ONG, des entreprises privées et un large éventail d'institutions publiques - en bref, avec tous ceux qui veulent apporter une différence positive dans la vie des populations.

Contactez l'Équipe Globale Santé d'ideas42 à l'adresse mail gh@ideas42.org pour en savoir plus.

Remerciements

Nous sommes redevables aux partenaires auprès desquels nous avons appris et que nous avons côtoyés dans ce travail : IntraHealth International, JSI Research and Training Institute, Johns Hopkins Center for Communication Programs, Management Sciences for Health, MSI Reproductive Choices, Pathfinder International, Population Council et les ministères de la santé du Burkina Faso, de l'Éthiopie, du Malawi, du Sénégal et de l'Ouganda, entre autres. Nous remercions également les centaines de femmes, d'hommes et de jeunes qui ont partagé leurs défis, succès et perspectives en tant que participants à la recherche et collaborateurs à la conception.

Notes de fin de document

- ¹ FP2020: the arc of progress 2019–2020: family planning and reproductive health [Internet]. United Nations Foundation; 2020 [cited 2020 Jul 13]. Available from: http://progress.familyplanning2020.org/sites/default/files/FP2020_ProgressReport2020_WEB.pdf
- ² Sully E, Biddlecom A, Darroch JE, Riley T, Ashford LS, Lince-Deroche N, et al. Adding it up: investing in sexual and reproductive health 2019. 2020 Jul 28 [cited 2021 Aug 20]; Available from: <https://www.gutmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019>
- ³ Skinner J, Hempstone H, Raney L, Galavotti C, Light B, Weinberger M, et al. Elevating social and behavior change as an essential component of family planning programs. *Stud Fam Plann.* 2021;52(3):383–93.
- ⁴ Rosen JE, Bellows N, Bollinger L, DeCormier-Plosky W, Weinberger M. The business case for investing in social and behavior change for family planning [Internet]. Washington D.C.: Population Council; 2019 [cited 2022 Jan 27]. (Breakthrough RESEARCH). Available from: https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-rh/1463
- ⁵ Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health.* 2018 Nov 1;6(11):e1196–252.
- ⁶ World Health Organization, World Bank Group, OECD. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2022 Jan 21]. Available from: <http://hdl.handle.net/10986/29970>
- ⁷ Anderson AD, Holt J. Introducing our new Global Reproductive Equity strategy [Internet]. Hewlett Foundation. 2021 [cited 2022 Jan 21]. Available from: <https://hewlett.org/introducing-our-new-global-reproductive-equity-strategy/>
- ⁸ Ashton L, Giridhar N, Holcombe SJ, Madon T, Turner E. A review of behavioral economics in reproductive health. Berkeley, CA, USA: CEQA; 2015 p. 44. (Behavioral Economics in Reproductive Health Initiative).
- ⁹ Pathfinder International. Barriers to effective family planning: evidence from research literature [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 27]. Available from: https://www.pathfinder.org/wp-content/uploads/2021/11/YUVAA-Literature-Review_FP-barriers-and-challenges.pdf
- ¹⁰ Akerlof GA, Kranton RE. Economics and identity. *Q J Econ.* 2000;115(3):715–53.
- ¹¹ Fox CR, Tversky A. Ambiguity aversion and comparative ignorance. *Q J Econ.* 1995;110(3):585–603.
- ¹² Karlsson N, Loewenstein G, Seppi D. The ostrich effect: Selective attention to information. *J Risk Uncertain.* 2009 Apr;38(2):95–115.
- ¹³ Dukas R. Causes and consequences of limited attention. *Brain Behav Evol.* 2004;63(4):197–210.
- ¹⁴ Mullainathan S, Shafir E. *Scarcity: Why having too little means so much.* Macmillan; 2013.
- ¹⁵ Ariely D, Wertenbroch K. Procrastination, deadlines, and performance: Self-control by precommitment. *Psychological science.* 2002;13(3):219–24.
- ¹⁶ Tversky A, Kahneman D. Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cogn Psychol.* 1973;5(2):207–32.
- ¹⁷ Nickerson RS. Confirmation bias: a ubiquitous phenomenon in many guises. *Rev Gen Psychol.* 1998;2(2):175.
- ¹⁸ Fazio LK, Brashier NM, Payne BK, Marsh EJ. Knowledge does not protect against illusory truth. *J Exp Psychol Gen.* 2015 Oct;144(5):993–1002.
- ¹⁹ Schneider E, Streicher B, Lermer E, Sachs R, Frey D. Measuring the zero-risk bias: methodological artefact or decision-making strategy? *Z Psychol.* 2017 Jul 1;225(1):31–44.
- ²⁰ Malarcher S, Spieler J, Fabic MS, Jordan S, Starbird EH, Kenon C. Fertility awareness methods: distinctive modern contraceptives. *Glob Health Sci Pract.* 2016 Mar 25;4(1):13–5.
- ²¹ Thaler RH, Sunstein CR, Balz JP. *Choice architecture* [Internet]. Rochester, NY: Social Science Research Network; 2010 Apr [cited 2022 Jan 25]. Report No.: ID 1583509. Available from: <https://papers.ssrn.com/abstract=1583509>
- ²² Chernev A, Böckenholt U, Goodman J. Choice overload: a conceptual review and meta-analysis. *J Consum Psychol.* 2015 Apr;25(2):333–58.
- ²³ Schwartz B. More isn't always better. *Harvard Business Review* [Internet]. 2006 Jun 1 [cited 2021 Aug 24]; Available from: <https://hbr.org/2006/06/more-isnt-always-better>
- ²⁴ van Erkel PFA, Thijssen P. The first one wins: distilling the primacy effect. *Elect Stud.* 2016 Dec 1;44:245–54.
- ²⁵ Baddeley A, Hitch G. The recency effect: implicit learning with explicit retrieval? *Mem Cogn.* 1993;21:146–55.
- ²⁶ Mather M, Shafir E, Johnson MK. Misremembrance of options past: source monitoring and choice. *Psychol Sci.* 2000 Mar 1;11(2):132–8.
- ²⁷ Bettinger EP, Long BT, Oreopoulos P, Sanbonmatsu L. The role of simplification and information in college decisions: results from the H&R Block FAFSA experiment [Internet]. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 2009 [cited 2017 Sep 1]. Report No.: w15361. Available from: <http://www.nber.org/papers/w15361>
- ²⁸ Bertrand M, Mullainathan S, Shafir E. Behavioral economics and marketing in aid of decision making among the poor. *J Public Policy Mark.* 2006;25(1):8–23.