

Mars 2022

Lutter contre les préjugés des prestataires dans la prestation de services contraceptifs pour les jeunes et les adolescents : Une évaluation du projet Beyond Bias

ÉQUIPE D'ÉVALUATION EXTERNE: **Zachary Wagner**, RAND Corporation, **Corrina Moucheraud**, University of California, Los Angeles, **Alexandra Wollum**, University of California, Los Angeles, **Willa Friedman**, University of Houston, **Manisha Shah**, University of California, Los Angeles, **William H. Dow**, University of California, Berkeley



beyond bias >

PATHFINDER

y.labs



CAMBER COLLECTIVE

Berkeley
UNIVERSITY OF CALIFORNIA

UCLA

UNIVERSITY of
HOUSTON

Remerciements

L'équipe de Beyond Bias tient à souligner le travail acharné et le dévouement de tous ceux qui ont contribué à ce projet et à son évaluation.

Nous remercions les équipes de Beyond Bias au Pakistan, en Tanzanie et au Burkina Faso pour leur travail inlassable dans la mise en œuvre de ce projet : au Burkina Faso, Bakiono Bagnomboé, Daouda Son, Nestor Waongo, Piézan Ganou, Sie Severin Kambire, Rodrigue Zagre, Bakary Mollogo et Bruno Ki ; en Tanzanie, Upendo Laizer, George Humba, Wilfred Nyange, Eveline Kivuyo, Victor Dotto et Isihaka Mwandalima ; et au Pakistan, Muhammad Sharjeel, Madiha Latif et Sonia Surani (Pakistan). Nous tenons également à remercier Lydia Murithi, Mohamad Brooks, Xaher Gul, Robert Kim et Cecelia Angelone de Pathfinder International pour le soutien global apporté à cette évaluation.

Nous saluons les contributions de Theo Gibbs et Rebecca Hope, de YLabs, qui ont dirigé la phase de conception centrée sur l'humain, et de Nick Bennette et Sarah Burgess, de Camber Collective, pour le travail formatif initial sur les préjugés des prestataires.

Nous remercions l'équipe d'évaluation pour son analyse et sa documentation des résultats de la mise en œuvre de Beyond Bias : Zachary Wagner (RAND Corporation) ; Corrina Moucheraud, Alexandra Wollum, et Manisha Shah (UC Los Angeles) ; Willa Friedman (Université de Houston) ; et William H. Dow (UC Berkeley). Nous remercions également Rebecca de Guttry, Lynn Hu, Amon Sabasaba, Jean-Louis Koulidiati, Muhammad Ali Awan pour leur aide à la recherche, ainsi que Sandra McCoy (UC Berkeley) et Ilene Speizer (UNC) pour leur aide à la conception de la recherche.

Enfin, nous remercions Frances Tain, rédactrice technique, et Springtide Studio, concepteurs graphiques, pour leur travail dans la réalisation de cette publication.

TABLE DES MATIÈRES

Section I: Un aperçu du projet Beyond Bias

- 5** Introduction à Beyond Bias
- 6** Pourquoi la partialité des prestataires est-elle un problème ?
- 7** Qu'est-ce qui motive les préjugés des prestataires ?
- 8** La théorie du changement de Beyond Bias
- 9** Les six principes de soins impartiaux
- 11** Les trois piliers : Summit, Connect, Rewards
- 13** À quoi ressemble le succès ?

Section II: Évaluation du projet Beyond Bias

- 16** Principaux résultats d'intérêt de l'évaluation
- 17** Méthodes
- 20** Résultats quantitatifs
- 28** Résultats qualitatifs
- 31** Analyse des coûts
- 33** Discussion
- 39** Limites

SECTION I :

Un aperçu du projet Beyond Bias



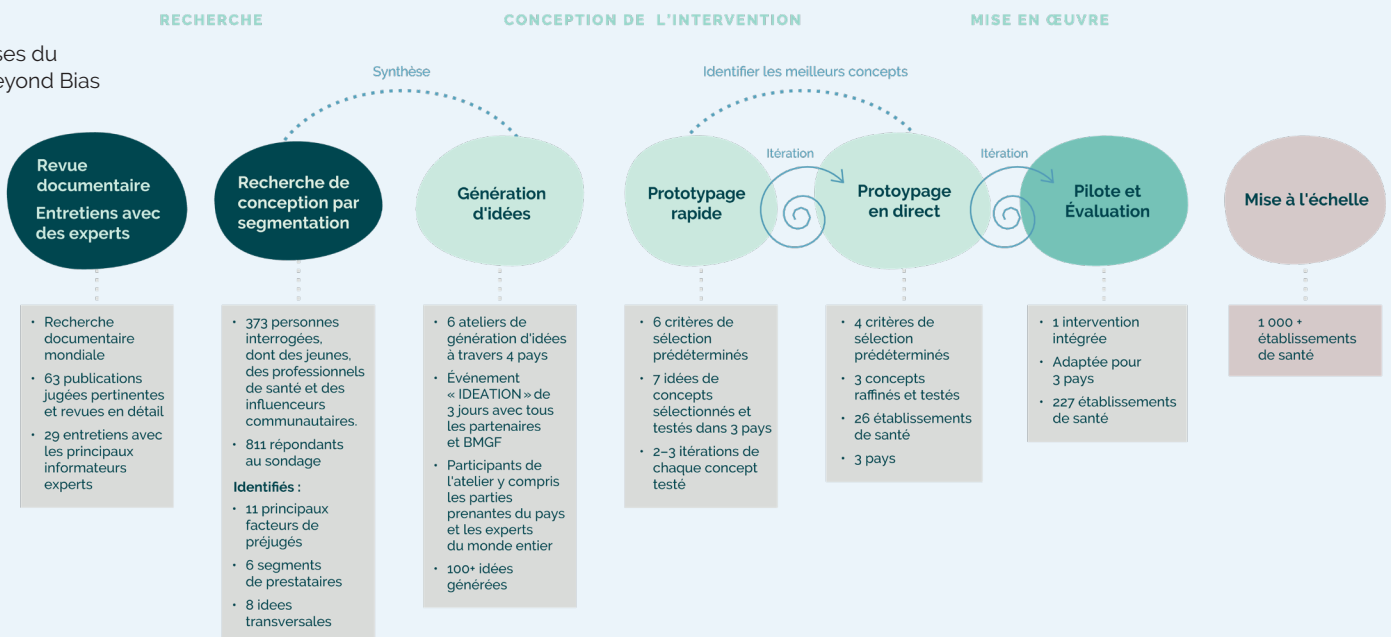
Introduction à Beyond Bias

Beyond Bias était un projet qui visait à garantir aux jeunes âgés de 15 à 24 ans un accès à des services de conseil empathiques et sans jugement ainsi qu'à une gamme complète de méthodes de contraception, quel que soit leur état civil ou leur parité. Dirigé par Pathfinder International, en collaboration avec Camber Collective, YLabs et RAND, et soutenu par un financement de la Fondation Bill & Melinda Gates, Beyond Bias s'est appuyé sur les principes de la conception centrée sur l'humain (CCH), de la segmentation du marché, de l'économie comportementale et du changement social et de comportement (CSC) pour concevoir et tester des solutions innovantes et évolutives qui s'attaquent aux préjugés des prestataires. FIGURE 1.

L'hypothèse du projet Beyond Bias était qu'en comprenant ce qui motive les préjugés des prestataires (définis comme des attitudes ou des croyances négatives qui se manifestent par des comportements de jugement, d'absence d'empathie et/ou de mauvaise qualité de la part des prestataires), de petits changements peuvent être apportés pour modifier ces préjugés et supprimer ainsi les obstacles liés aux prestataires auxquels les jeunes sont confrontés lorsqu'ils tentent d'accéder à des soins sexuels et reproductifs. Si les obstacles liés aux prestataires peuvent être supprimés, les jeunes se sentiront plus confiants et capables de prendre des décisions en toute connaissance de cause concernant l'utilisation de contraceptifs et recevront la méthode contraceptive de leur choix (y compris les méthodes réversibles à longue durée d'action), ce qui entraînera en fin de compte une augmentation de l'adoption des méthodes contraceptives.

Grâce à une approche de conception globale en plusieurs étapes comprenant des phases de recherche approfondie, de prototypage, d'itération et d'évaluation (FIGURE XX), le projet Beyond Bias a travaillé avec des centaines de parties prenantes du secteur public, du secteur privé et de la communauté au Burkina Faso, au Pakistan et en Tanzanie pour développer la méthodologie Beyond Bias.

FIGURE 1.
Les phases du projet Beyond Bias



Pourquoi la partialité des prestataires est-elle un problème ?

La prévention des grossesses non souhaitées est essentielle pour améliorer la santé sexuelle et reproductive des adolescents et leur bien-être social et économique.

Environ la moitié des grossesses chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans vivant dans les régions en développement ne sont pas planifiées, et plus de la moitié d'entre elles se terminent par un avortement, souvent dans des conditions peu sûres. La contraception moderne joue un rôle crucial en permettant aux femmes de contrôler le moment et le nombre de leurs grossesses. Pourtant, 23 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans vivant dans les régions en développement ont un besoin non satisfait de contraception moderne et sont donc exposées à un risque élevé de grossesse non souhaitée. Les recherches montrent¹ que les préjugés et les jugements des prestataires constituent un obstacle majeur à l'utilisation de la contraception par les jeunes, y compris les jeunes mariés et les parents néophytes.

Des décennies de formation et de supervision n'ont pas suffi à éliminer les préjugés des prestataires de services de santé sexuelle et reproductive. Conscient de cette réalité, le projet Beyond Bias a été conçu avec pour mission de bouleverser le statu quo en développant des solutions innovantes pour lutter contre cet obstacle durable aux soins.

¹ Sedgh G. et al. 2016. Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method, New York: Guttmacher Institute.

² See:

Warenius L.U., et al. 2006. Nurse-midwives' attitudes towards adolescent sexual and reproductive health needs in Kenya and Zambia. *Reprod Health Matters*. 14(27):119-28.

Wood, K and Jewkes, R., 2006. Blood Blockages and Scolding Nurses: Barriers to Adolescent Contraceptive Use in South Africa. *Reproductive Health Matters*. 14:27, 109-118.

Tilahun, M., et al. 2012. Health Workers' Attitudes toward Sexual and Reproductive Health Services for Unmarried Adolescents in Ethiopia. *Reproductive Health*. 9, 19.

Calhoun, L.M., et al. 2013. Provider imposed restrictions to clients' access to family planning in urban Uttar Pradesh, India: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*. 13, 532.

Chandra-Mouli, V., et al. 2014. Contraception for adolescents in low and middle income countries: needs, barriers, and access. *Reproductive Health*. 11, 1.

À quoi ressemble un préjugé ?

De multiples obstacles empêchent les jeunes d'accéder à la méthode contraceptive de leur choix. De nombreux programmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes visent à aider les jeunes à surmonter les obstacles, tels que la stigmatisation sociale, qui les empêchent de se rendre dans les établissements de santé. Les préjugés des prestataires, cependant, se produisent au point de service. Les quelques minutes qu'un jeune passe avec un prestataire peuvent avoir des conséquences à long terme sur sa santé, son éducation et son avenir.

La recherche formative de Beyond Bias a révélé que les préjugés spécifiques se manifestent différemment d'un pays à l'autre et d'un prestataire à l'autre, bien qu'il existe des points communs entre les contextes. Dans certains cas, les préjugés peuvent inciter un prestataire à éviter de conseiller les jeunes sur les contraceptifs réversibles à longue durée d'action (LARC) et les méthodes hormonales ou à refuser tout simplement de servir les clients non mariés. Dans un autre contexte, les préjugés peuvent inciter un prestataire à ne promouvoir que l'abstinence comme méthode de planification familiale auprès des jeunes non mariés. Dans d'autres contextes encore, les préjugés des prestataires peuvent se traduire par le refus de fournir des LARC aux clientes nullipares ou par l'obligation pour une jeune cliente d'obtenir le consentement de son conjoint ou de ses parents avant que les services ne soient fournis. Bien que les spécificités puissent varier, un résultat commun des préjugés des prestataires est que les jeunes clientes sont découragées d'accéder et d'utiliser les produits et services de santé sexuelle et reproductive.

« Si vous ne rencontrez pas les jeunes dans la planification familiale, vous les rencontrez dans l'accouchement. »

—Infirmière participant au prototypage de Beyond Bias, Tanzanie

Qu'est-ce qui motive les préjugés des prestataires ?

Le projet Beyond Bias a identifié 11 principaux facteurs de préjugés dans le monde (illustrés à droite) par le biais d'une analyse documentaire complète et d'un processus de recherche formative impliquant 900 prestataires, jeunes et dirigeants communautaires au Burkina Faso, au Pakistan et en Tanzanie.

Le projet a permis de découvrir que, si les prestataires des trois pays partagent les mêmes facteurs de préjugés, ces derniers se manifestent différemment selon les contextes. Les racines des préjugés des prestataires au Burkina Faso se sont avérées être largement fonction de la situation et de la pratique, tandis que les préjugés au Pakistan découlaient davantage des normes et valeurs sociales. En revanche, en Tanzanie, on a constaté que les préjugés des prestataires étaient davantage influencés par des facteurs biographiques, situationnels et culturels. La façon dont cela se traduit dans des contextes cliniques réels est qu'au Pakistan, les jeunes femmes nouvellement mariées peuvent se voir refuser les services de planification familiale en raison des préjugés des prestataires qui privilégient la fertilité nuptiale, alors qu'en Tanzanie, les prestataires peuvent généralement refuser la contraception aux clients qu'ils jugent « trop jeunes », adoptant de « mauvais comportements » ou qui sont encore à l'école.

POURQUOI CELA EST-IL IMPORTANT ?

Comprendre et contextualiser les moteurs de votre environnement spécifique vous aidera à faire en sorte que l'accent soit mis sur les composantes spécifiques de l'approche Beyond Bias. En adaptant votre approche à votre public particulier, vous aurez plus de chances d'obtenir un changement de comportement.

LES FACTEURS CLÉS DES PRÉJUGÉS DES PRESTATAIRES :

- 1. Attitudes négatives** Perception que les jeunes sexuellement actifs sont téméraires/mauvais
- 2. Réticence au changement** Adhésion à des modes démodés de service aux clients
- 3. Difficulté à communiquer** Gêne ou manque d'expérience pour parler de sexe et de sexualité avec les jeunes
- 4. Manque d'expérience du produit** Manque d'expérience ou de connaissances sur une méthode contraceptive spécifique
- 5. Manque de motivation** Perception d'un manque de reconnaissance ou d'incitation à fournir des services de qualité aux jeunes
- 6. Charge de travail** Calendrier exigeant qui empêche de fournir des soins de qualité, en particulier aux jeunes
- 7. Normes du lieu de travail** Culture qui ne donne pas la priorité aux besoins des jeunes clients
- 8. Réputation de la clinique** Crainte que l'offre de services contraceptifs aux jeunes n'affecte la perception de la clinique par la communauté
- 9. Risques de SSR concurrentiels** Crainte que le fait de donner une contraception aux jeunes n'encourage la promiscuité, augmentant ainsi le risque d'IST ou de VIH
- 10. Normes sociales** Stigmatisation sociale des jeunes femmes non mariées et sexuellement actives ; crainte des effets secondaires des contraceptifs liés à la fertilité
- 11. Attributs personnels** Utilisation par le prestataire d'une méthode contraceptive spécifique ou perspective en tant que parent d'un adolescent

La théorie du changement de Beyond Bias

L'intervention Beyond Bias a été conçue pour soutenir les prestataires de soins de santé à chaque étape de leur parcours, depuis la prise de conscience de leur propre préjugés jusqu'à leur rôle de défenseurs de l'amélioration des services de contraception pour les jeunes de leur communauté.

La théorie du changement de Beyond Bias est que si les prestataires sont soutenus par une communauté de pairs et d'experts de confiance pour activer leur motivation et leur conscience des préjugés, appliquer leurs connaissances et leur motivation à l'élimination des préjugés dans leur travail et obtenir une reconnaissance pour l'amélioration de leurs performances, la qualité des soins de PF/SSR qu'ils fournissent aux jeunes clients s'améliorera.

Comme le montrent les figures ci-dessus et ci-dessous, la stratégie de changement de comportement de Beyond Bias intègre trois solutions : Summit, Connect et Reward. L'intervention est fondée sur des preuves, sur la théorie du changement de comportement et utilise le modèle comportemental des étapes du changement comme cadre théorique sous-jacent.

FIGURE 2. La Théorie du Changement

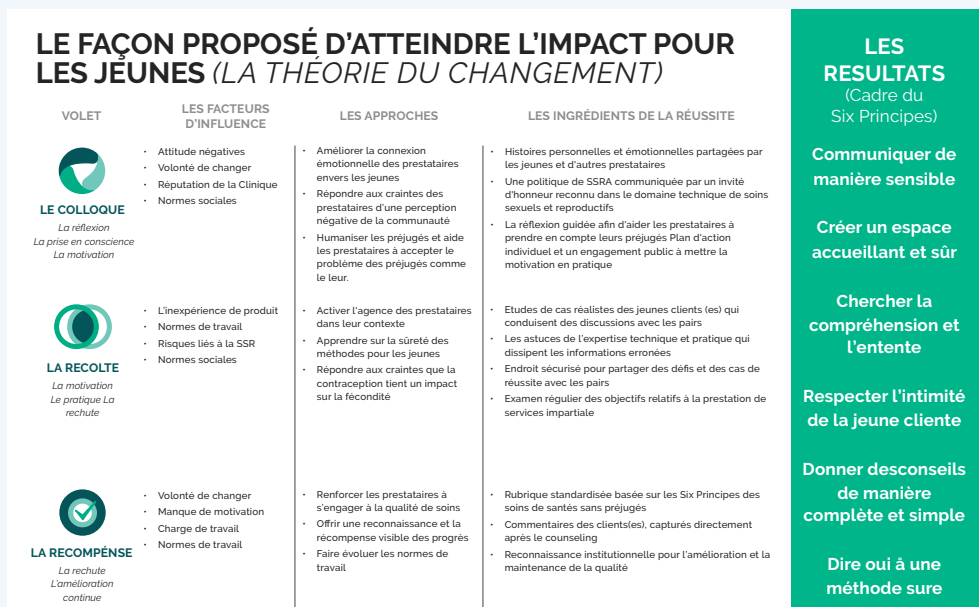


FIGURE 3. Stratégie de Changement Comportemental

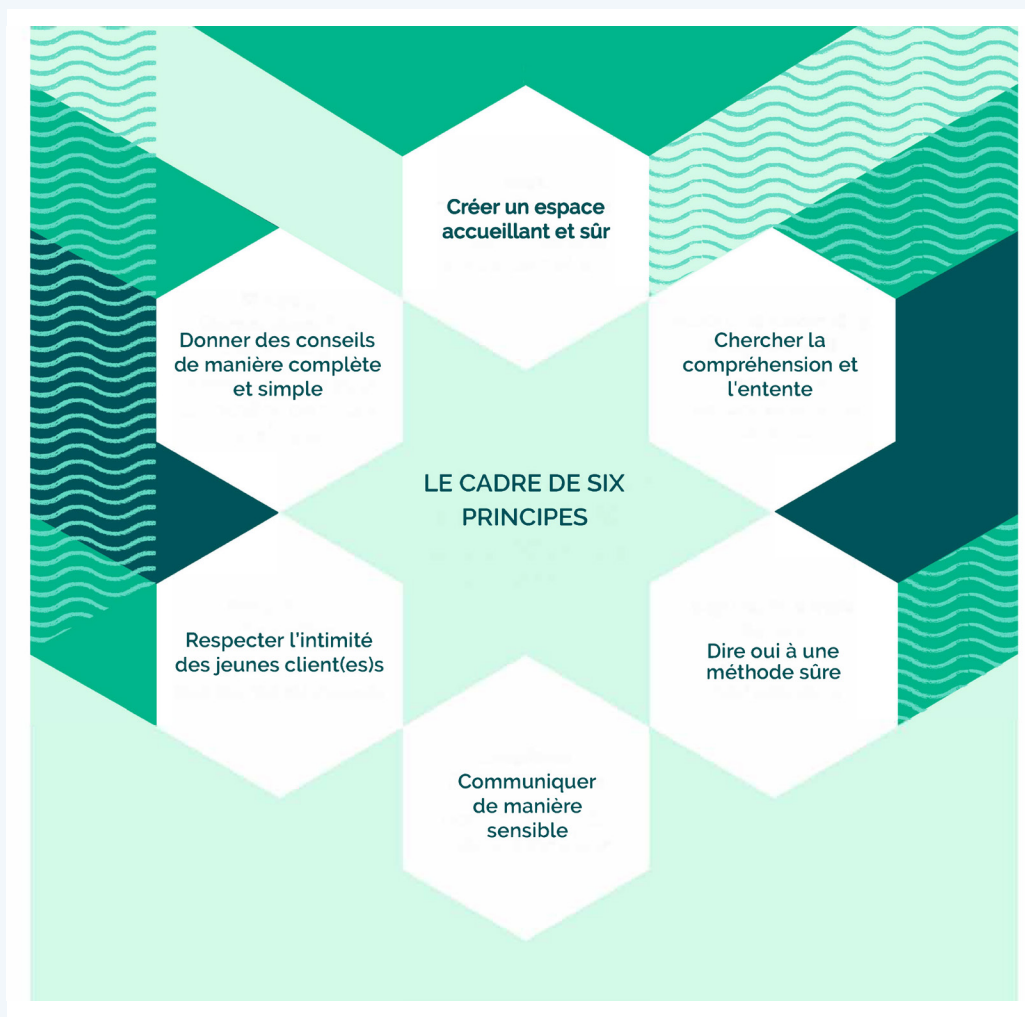


Les six principes de soins impartiaux

Les six principes de soins impartiaux, dérivés des principes de qualité des soins de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)³ et développés par des discussions avec des experts mondiaux de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes, constituent les normes du modèle Beyond Bias pour des « soins impartiaux ».

Ces principes constituent un cadre pour les prestataires qui cherchent à fournir des soins impartiaux à leurs clients. Ces principes sont : (1) offrir un espace sûr et accueillant ; (2) s'engager dans une communication sensible ; (3) rechercher la compréhension et l'accord ; (4) dire oui à une méthode sûre ; (5) offrir un conseil simple et complet ; et (6) assurer la sécurité des informations du client. Chaque principe correspond à des comportements spécifiques et mesurables du prestataire.

FIGURE 4 .
Le Cadre de
Six Principes



Graphiques: Ylabs

³ https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1



Dans le cadre de l'approche Beyond Bias, les prestataires sont initiés aux six principes lors de l'étape du sommet. Ils travaillent ensuite à la mise en œuvre des six principes pendant la phase de connexion. Enfin, les réalisations des prestataires en vue de l'adoption des six principes sont reconnues lors de l'étape des récompenses.

Les principales étapes du processus sont les suivantes :



LE COLLOQUE

Les prestataires apprennent davantage sur les Six Principes sous forme de présentation et discussion.

Les animateurs guident les prestataires avec des activités de réflexion.

Chaque prestataire reçoit un livret des Six Principes et une affiche des Six Principes.



LA RÉCOLTE

Discussion sur les études de cas : Les prestataires approfondissent leur compréhension à appliquer les principes.

Les conseils techniques de guide aide à renforcer les compétences dans le domaine de SSRA et les méthodes modernes.

Les animateurs guide les équipes à identifier de façon collectif les actions auxquels ils puissent s'engager en ligne avec les principes.



LA RÉCOMPENSE

Chaque trimestre, les formations sanitaires reçoivent un bulletin de leurs progrès et performance à mettre en pratique les Six Principes.

Les centres de santé qui améliorent leur performance sont félicités lors de l'événement trimestriel; La Récompense.

Les centres de santé reçoivent des recommandations pour les actions qu'ils puissent entamer pour améliorer les performances sur les principes.

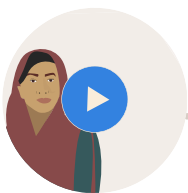
Les trois piliers : SUMMIT, CONNECT, REWARDS

L'intervention **Beyond Bias** est conçue pour modifier les attitudes et les comportements négatifs des prestataires par le biais d'une approche en trois volets. Les trois parties - Summit, Connect, and Rewards se renforcent mutuellement dans le continuum de soins.

Summit est un événement présentiel axé sur les histoires, qui permet aux fournisseurs de prendre conscience de leur propre partialité et de faire preuve d'empathie pour les besoins des jeunes. Certains des principaux éléments de Summit sont comme suit :



SUMMIT : PRINCIPAUX INGRÉDIENTS DE RÉUSSITE



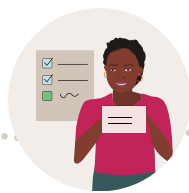
Histoires personnelles et émotionnelles partagées par les jeunes et d'autres prestataires



Une politique de SSRA communiquée par un invité d'honneur reconnu dans le domaine technique de soins sexuels et reproductifs



La réflexion guidée afin d'aider les prestataires à prendre en compte leurs préjugés

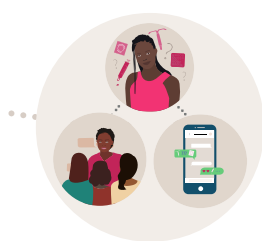


Plan d'action individuel et un engagement public à mettre la motivation en pratique

Connect est un forum d'apprentissage et de soutien par les pairs qui se déroule soit virtuellement via WhatsApp, soit en personne, soit selon un modèle hybride dans lequel les prestataires résolvent ensemble les problèmes pour mettre en œuvre des pratiques impartiales dans leur activité quotidienne. Certains des principaux éléments de Connect sont comme suit :



CONNECT : PRINCIPAUX INGRÉDIENTS DE RÉUSSITE



Études de cas réalistes des jeunes clients (es) qui conduisent des discussions avec les pairs



Les astuces de l'expertise technique et pratique qui dissipent les informations erronées



Endroit sécurisé pour partager des défis et des cas de réussite avec les pairs



Examen régulier des objectifs relatifs à la prestation de services impartiale

Enfin, **Rewards** est une incitation non monétaire axée sur la croissance et les performances, et évaluée par les retours des clients sur le comportement du prestataire. Rewards récompense les prestataires devant leurs pairs lorsqu'ils réalisent des améliorations dans la qualité des services aux jeunes. Les établissements reçoivent des fiches de rapport contenant des données sur les performances et des recommandations d'amélioration, et ceux qui obtiennent des scores d'amélioration élevés bénéficient d'une reconnaissance publique de leurs progrès. Certains des principaux éléments de Rewards sont comme suit :



REWARDS : PRINCIPAUX INGRÉDIENTS DE RÉUSSITE



Rubrique standardisée basée sur les Six Principes des soins de santé sans préjugés



Commentaires des clients(es), capturés directement après le counseling



Reconnaissance institutionnelle pour l'amélioration et la maintenance de la qualité

Ensemble, **les trois parties** se renforcent mutuellement dans le continuum des soins.



SUMMIT



CONNECT



REWARDS

Graphiques: Ylabs

À quoi ressemble le succès ?

1

2

3

4

Le prestataire adopte ce principe de soins :	Ce qui se traduit par un engagement du prestataire à :	Et une adoption des comportements souhaités, notamment :	Ainsi, les jeunes clients sont en mesure de :
<p>UN ESPACE SÛR ET ACCUEILLANT</p>	<p>Travailler avec tout le personnel de l'établissement pour créer un espace sûr et accueillant pour tous les jeunes, indépendamment de leur fortune, sexe, âge, parité, état civil, ethnie ou religion</p> <p>Respecter et apprécier les jeunes qui viennent à la clinique pour obtenir une contraception, pour avoir pris une mesure positive pour protéger leur santé et assurer leur réussite</p>	<p>Aborder tous les adolescents, y compris ceux issus de populations marginalisées et vulnérables, sans jugement et sans discrimination, dans le respect de la dignité individuelle</p> <p>Informar les jeunes de leurs droits à rechercher des services de santé respectueux, y compris en matière de contraception, et à donner leur avis sur ces services</p> <p>Travailler avec tout le personnel de l'établissement afin de créer un espace sûr et accueillant pour tous les jeunes</p>	<p>Se sentir bien accueilli par tout le personnel de la clinique</p> <p>Exprimer librement son avis sur les services reçus</p> <p>Se sentir respecté et non jugé pour avoir recherché une contraception</p>
<p>COMMUNICATION SENSIBLE</p>	<p>Communiquer de manière claire, respectueuse et compatissante avec tous les jeunes, afin qu'ils puissent comprendre facilement les informations médicales et exprimer librement leurs questions et leurs préoccupations</p> <p>Écouter attentivement et répondre aux besoins, aux préoccupations et aux questions des jeunes</p>	<p>Écoute active et donner du temps pour les questions Faire preuve de compassion, de réconfort et d'une communication non autoritaire</p> <p>Donner des informations sur ce qui se passera pendant la visite à la clinique, y compris les examens physiques, les tests, les traitements</p> <p>Encourager l'expression des questions des clients sur les services et y répondre clairement</p>	<p>Poser des questions au prestataire et recevoir des réponses claires</p> <p>Comprendre ce qui se passera pendant la visite à la clinique</p>
<p>RECHERCHER LA COMPRÉHENSION ET L'ACCORD</p>	<p>Vérifier la compréhension du client avant de fournir les soins appropriés</p> <p>Reconnaître le droit individuel de tous les jeunes d'accepter ou de refuser un traitement, un test ou un examen physique</p>	<p>Vérifier explicitement que les jeunes comprennent les services à fournir</p> <p>Obtenir l'accord verbal du jeune pour les services fournis</p> <p>Comprendre les informations données par le client</p>	<p>Obtenir les informations nécessaires pour faire un choix éclairé</p> <p>Se sentir prêt et capable de faire et d'exprimer son choix au prestataire</p>

CONTINUED

Le prestataire adopte ce principe de soins :	Ce qui se traduit par un engagement du prestataire à :	Et une adoption des comportements souhaités, notamment :	Ainsi, les jeunes clients sont en mesure de :
DIRE OUI À UNE MÉTHODE SÛRE	Fournir aux jeunes les méthodes de contraception de leur choix, indépendamment de leur âge, de leur parité ou de leur état civil, conformément aux directives de l'Organisation Mondiale de la Santé	Fournir des services médicalement appropriés, centrés sur le patient, qui tiennent compte des antécédents médicaux et de l'état de santé de chacun, indépendamment de l'âge, de la parité ou de l'état civil du client Fournir des informations claires et précises sur l'utilisation de la méthode et ses effets secondaires Aider les clients s'ils souhaitent changer ou abandonner une méthode Assurer un suivi si nécessaire Fournir la méthode de son choix après un conseil complet	Obtenir une contraception pour une raison non médicale Comprendre comment utiliser correctement la méthode et ses effets secondaires courants
UN CONSEIL SIMPLE ET EXHAUSTIF	Fournir des informations précises sur une gamme de méthodes contraceptives modernes, y compris les contraceptifs réversibles à longue durée d'action (LARC) et la contraception d'urgence (CU), dans un langage sans jargon que les jeunes peuvent comprendre. Donnez aux jeunes les informations dont ils ont besoin pour faire des choix libres et éclairés, sans pression ni parti pris, pour choisir une méthode plutôt qu'une autre.	Présenter une gamme de méthodes contraceptives modernes, y compris les LARC et le conseil en CU, dans un langage que les jeunes peuvent comprendre Demander au jeune quelle méthode il souhaite choisir, le cas échéant Éviter de faire pression sur les jeunes ou de les influencer dans leur prise de décision Répondre pleinement aux questions, craintes et préoccupations des jeunes concernant les méthodes contraceptives	Choisir parmi un ensemble de méthodes contraceptives, y compris les LARC et la CU Comprendre les informations données Sentir que leurs préoccupations ont été prises en compte et faire des choix éclairés Ne ressentir aucune pression pour choisir une méthode plutôt qu'une autre
SÉCURITÉ D'INFORMATIONS	Veiller à ce que tout le personnel de l'établissement respecte la confidentialité et l'intimité des jeunes en quête de soins	Informar les jeunes de leur droit à la vie privée et à la confidentialité Prendre des mesures actives pour dispenser des soins en privé, afin que les autres ne puissent pas voir ou entendre leur consultation Respecter la confidentialité des informations relatives aux clients, sauf en cas d'indication clinique Fournir des soins privés et confidentiels	Être vu et traité dans un endroit privé où les autres ne peuvent pas voir ou entendre leur consultation



IMPACT

Les clients reçoivent la méthode de leur choix

Les clients sont traités sans jugement ni parti pris

Les clients sont conseillés sur une gamme complète de méthodes modernes

SECTION II : Évaluation du projet Beyond Bias



Principaux résultats d'intérêt de l'évaluation

L'évaluation du projet Beyond Bias a été réalisée à l'aide d'une analyse à méthode mixte. Les principaux domaines de résultats comprenaient :

(1) les attitudes/convictions des prestataires, (2) les soins de PF centrés sur le patient, (3) la méthode de PF reçue et (4) le traitement perçu (FIGURE 5) et ont été mesurés à l'aide d'une combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives. Ces domaines étaient alignés sur la théorie du changement du projet Beyond Bias, selon laquelle « si les attitudes et les croyances partiales des prestataires à l'égard des groupes cibles (clients de la PF âgés de 15 à 24 ans, non mariés, nullipares, ou toute combinaison de ces attributs) peuvent être réduites, alors des soins de PF plus centrés sur le patient seront disponibles pour les clients, les clients seront plus à même de recevoir les méthodes contraceptives modernes de leur choix, et la perception par les clients du traitement reçu par le prestataire s'améliorera ». L'évaluation a analysé tous les résultats en fonction de ce cadre.

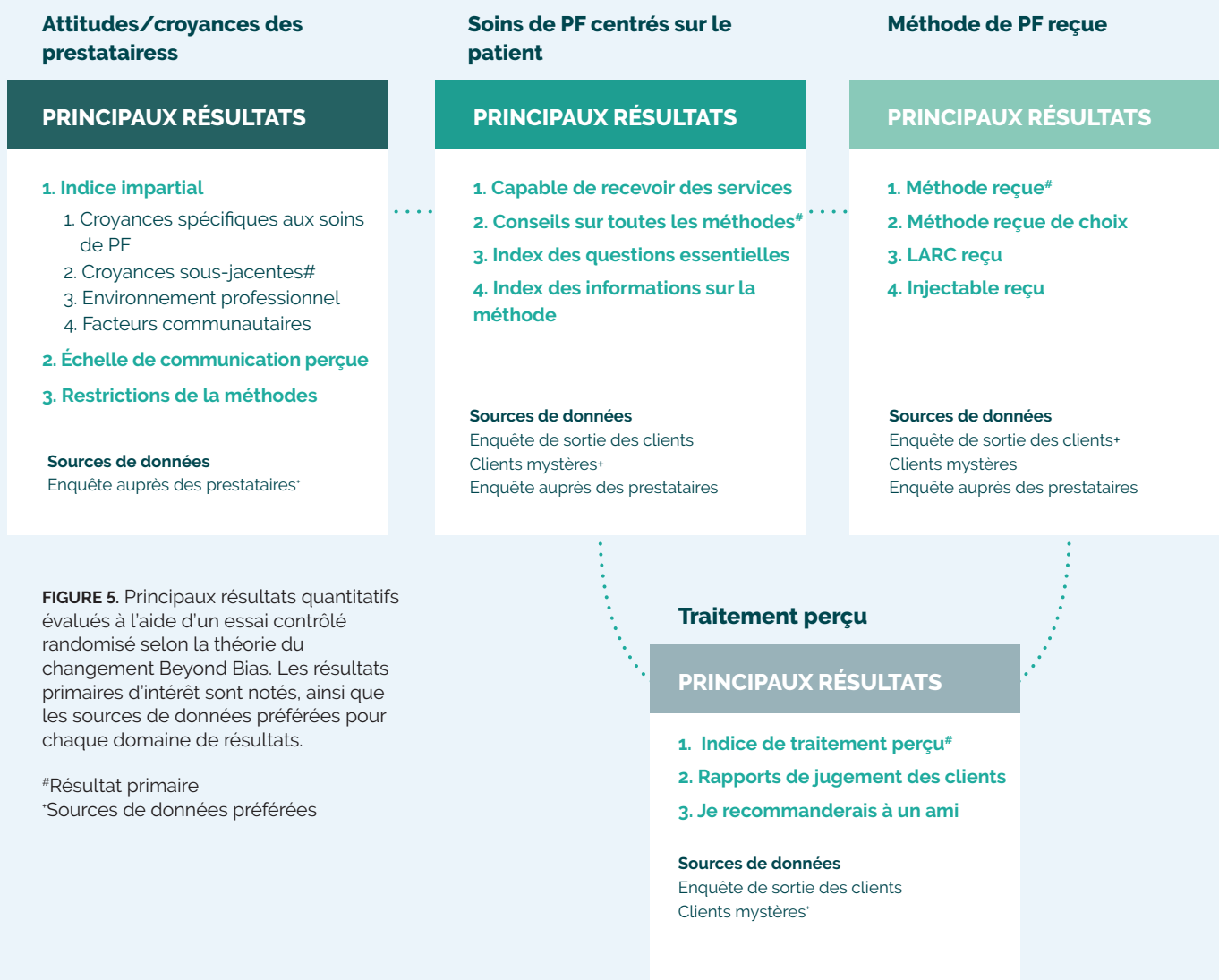


FIGURE 5. Principaux résultats quantitatifs évalués à l'aide d'un essai contrôlé randomisé selon la théorie du changement Beyond Bias. Les résultats primaires d'intérêt sont notés, ainsi que les sources de données préférées pour chaque domaine de résultats.

#Résultat primaire

*Sources de données préférées

Méthodes

SITES D'ÉTUDE/TAILLE DE L'ÉCHANTILLON

Les sites sélectionnés pour la mise en œuvre du projet Beyond Bias ont été déterminés par les parties prenantes du pays, notamment les ministères de la santé, d'autres organisations de mise en œuvre et les donateurs. Le projet Beyond Bias n'a pas eu de contrôle direct sur les sites sélectionnés. Pour l'évaluation, les sites ont été inscrits comme suit :

Tanzania: Au départ, 75 cliniques du secteur public ont été inscrites à l'étude et réparties de manière aléatoire entre le groupe d'intervention (n=38) et le groupe témoin (n=37). Deux établissements du groupe d'intervention ont été abandonnés par la suite (l'un parce que l'armée a repris l'administration et l'autre parce qu'il a cessé de fournir des services de PF).

Pakistan: Quatre-vingts prestataires du secteur privé ont été recrutés (40 pour l'intervention et 40 pour le contrôle). Neuf prestataires ont abandonné l'étude après une « pause COVID-19 » (voir la section Calendrier ci-dessous) (8 dans le groupe de contrôle, 1 dans le groupe d'intervention) et 5 ont été remplacés parce qu'ils avaient abandonné avant le sommet de remise à niveau après la pandémie. Chaque nouvelle clinique a été randomisée dans le groupe de traitement ou de contrôle. L'échantillon final comptait 76 prestataires, 41 prestataires d'intervention et 35 prestataires de contrôle.

Burkina Faso: 78 établissements du secteur public ont été inscrits à l'étude et répartis de manière aléatoire entre le groupe d'intervention (n=39) et le groupe témoin (n=39). Tous les établissements ont participé à l'étude, sans aucune déperdition.

RANDOMISATION DU SITE

La randomisation a été effectuée à l'aide du paquet RANDTREAT de Stata. L'assignation aléatoire a été effectuée au niveau de la clinique en Tanzanie et au Burkina Faso et au niveau du prestataire au Pakistan

avant le début de l'intervention. L'affectation au niveau du prestataire n'était pas possible en Tanzanie et au Burkina Faso car l'intervention a été menée au niveau de la clinique. Les cliniques ne savaient pas qu'elles étaient randomisées pour l'intervention. Au Pakistan, toutes les cliniques étaient gérées par un seul prestataire, donc le niveau du prestataire et celui de la clinique sont les mêmes. La randomisation a été stratifiée en fonction des caractéristiques pour lesquelles des données étaient disponibles au départ, notamment le district, le milieu urbain/non urbain, le volume de clients de moins de 20 ans, le nombre de prestataires dans la clinique, le fait que le prestataire soit une sage-femme ou non, et d'autres facteurs.

CALENDRIER DE L'ÉVALUATION

La mise en œuvre de Beyond Bias a commencé dans chacun des trois pays fin 2019/début 2020. En mars 2020, il a été décidé d'interrompre la mise en œuvre du projet en raison de la pandémie COVID-19 - cette période, qui s'est étendue de mars 2020 à août 2020, est appelée la « période de pause COVID ». Comme le montre le tableau ci-dessous, certaines données de suivi (par exemple, les données sur les services de l'établissement et les données de l'enquête de sortie) ont été collectées tout au long de la mise en œuvre du projet, tandis que d'autres données ont été collectées spécifiquement à des fins d'évaluation de fin de projet au cours des deux derniers mois de mise en œuvre du projet (par exemple, les données des clients mystères, les données de l'enquête auprès des prestataires et les données des entretiens qualitatifs). Les résultats des 12 derniers mois du projet (pause post-COVID) ont été au centre de cette évaluation.

TABLE 1. Calendrier de mise en œuvre et d'évaluation

	2019				2020								2021																
	SEP	OCT	NOV	DEC	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG					
TZ Intervention							PÉRIODE DE PAUSE COVID																						
PK Intervention							PÉRIODE DE PAUSE COVID																						
BF Intervention							PÉRIODE DE PAUSE COVID																						
Données de service																													
Enquêtes de sortie																													
Clients mystères																													
Enquête auprès des prestataires																													
EAC qualitatifs																													

Pour les besoins de l'évaluation, nous nous concentrons sur les 12 derniers mois après la période COVID.



APPROBATION ÉTHIQUE

L'approbation éthique pour la réalisation de cette étude a été reçue par le Comité de protection des sujets humains de RAND ainsi que par les comités d'éthique locaux dans les trois pays.

OUTILS

Une grande variété d'outils **quantitatifs et qualitatifs** a été utilisée pour évaluer le projet Beyond Bias. Les outils quantitatifs comprenaient :

Les enquêtes de sortie des clients : administrées par de jeunes recenseurs (18-24 ans, choisis pour mettre les jeunes clients plus à l'aise), sous contrat local avec Beyond Bias. La collecte des données a commencé ~5 semaines avant le premier Summit afin de fournir une base de référence. (Note : pour des raisons de sécurité et d'autres problèmes logistiques, les données de base sur la sortie des clients n'ont pas été recueillies au Pakistan.) Les recenseurs ont été postés dans les établissements tout au long de l'intervention, ont approché les clientes à leur sortie et ont demandé le consentement verbal des clientes pour mener une enquête sur leur visite. Si le client a donné son consentement et a déclaré que la raison de sa visite était de recevoir la PF ou qu'il a reçu un conseil en PF pendant la visite, l'enquête a été administrée. L'enquête a permis de recueillir des informations sur les données démographiques de base du client (âge, parité et état civil), des informations sur les questions posées par le prestataire et les services offerts, ainsi que l'expérience subjective du client. Les enquêtes ont été administrées dans les langues locales, hors ligne, sur une tablette, à l'aide du logiciel d'enquête Kobo Toolbox. Dans les cliniques de traitement, Beyond Bias a utilisé ces enquêtes pour calculer les scores cliniques utilisés pour l'intervention Rewards.

Visites de clients mystères : Une société d'enquête locale a été chargée de former de jeunes femmes recenseuses pour qu'elles jouent le rôle de clients mystères de la PF sur la base de huit profils de clients

élaborés par l'équipe Beyond Bias. Les profils des clients comprenaient toutes les combinaisons d'état civil (marié/non marié), de parité (un enfant ou pas d'enfant) et d'âge (16/17 ans ou 24 ans). Les clientes ont également été assignées à avoir une préférence pour les injectables ou une méthode à longue durée d'action, mais elles n'ont révélé cette préférence que si le prestataire le leur demandait. Chaque clinique en Tanzanie et au Burkina Faso a reçu quatre visites anonymes, tandis que les prestataires au Pakistan n'ont reçu que deux visites, car il s'agissait de petites cliniques à prestataire unique et l'équipe voulait éviter d'éveiller les soupçons. Dans l'heure suivant leur départ de l'établissement, les clients mystères ont rempli un questionnaire de débriefing administré par leur superviseur. L'enquête a permis de recueillir des informations sur la qualité des services qu'ils ont reçus, notamment les méthodes que le prestataire leur a conseillées, s'ils se sont sentis à l'aise et si le prestataire leur a demandé quelles étaient leurs préférences. Ils ont également noté s'ils pensaient qu'ils auraient pu recevoir des méthodes spécifiques s'ils avaient été de vrais clients. Tous les clients mystères ne savaient pas si l'établissement était un centre d'intervention ou un centre de contrôle.

Enquête auprès des prestataires : Les données ont été recueillies auprès des prestataires à l'aide de deux instruments : une enquête auprès des prestataires et une expérience de choix discret (ECD). L'enquête auprès des prestataires a permis de recueillir des informations sur (1) les caractéristiques démographiques et les antécédents des prestataires, (2) les attitudes et les croyances générales à l'égard des jeunes célibataires et des nullipares, et (3) des détails sur l'environnement clinique dans lequel ils exercent, notamment en ce qui concerne les jeunes et les services de planification familiale. L'ECD a permis de recueillir des informations sur le comportement des femmes d'âges, de statuts matrimoniaux et de parités différents en matière de prestation de services de contraception. Il présentait une cliente hypothétique, ne précisant au prestataire que son âge, son état civil et sa parité, puis demandait au prestataire de détailler comment il fournirait des services à cette cliente (par exemple, quelles méthodes il conseillerait). Les enquêtes ont été administrées à 642 prestataires dans les trois pays, provenant à la fois des centres d'intervention et de contrôle.

Données administratives sur la prestation de services

Données administratives sur la prestation de services : Les statistiques sur la prestation de services sont régulièrement collectées par les cliniques en Tanzanie et au Burkina Faso dans le cadre du système de suivi du Ministère de la Santé. Les données sont ajoutées chaque mois à une base de données nationale à laquelle Beyond Bias a eu accès. Au Pakistan, les données sur les services sont collectées par Greenstar, une organisation de marketing social dont font partie toutes les cliniques inscrites. Les données pertinentes sur la prestation de services comprenaient le nombre mensuel de nouveaux utilisateurs de contraceptifs, les utilisateurs de contraceptifs habituels, les catégories d'âge des utilisateurs et la combinaison de méthodes.

Données sur les coûts : Des données sur tous les coûts liés à la mise en œuvre de l'intervention Beyond Bias dans chaque pays ont été collectées pour étayer l'analyse coût-efficacité. De ces données, tous les coûts liés à la recherche ou à la supervision internationale (par exemple, le personnel de Pathfinder basé aux États-Unis qui ne serait pas impliqué dans une version à grande échelle de l'intervention) ont ensuite été soustraits.

En plus des données quantitatives, des données qualitatives ont également été collectées. Pour les entretiens avec les clients et les prestataires, un sous-ensemble de tous les établissements inscrits a été échantillonné (au Burkina Faso et en Tanzanie, 11 établissements de traitement et quatre de contrôle ; au Pakistan, 22 prestataires de traitement et huit de contrôle), sélectionné sur la base des caractéristiques de l'établissement, principalement stratifié par région ou district, et sur la base des performances au cours de la première et de la deuxième phase de Rewards (c'est-à-dire « très performant » contre « peu performant »). Tous les outils qualitatifs ont été testés avant d'être utilisés. Les entretiens ont été menés dans les langues locales. Les outils qualitatifs spécifiques comprenaient :

Entretiens approfondis avec les clients (EAC) : Dans chaque pays, ~70 jeunes clients à la recherche de services de planification familiale ont été recrutés. Après avoir donné leur accord pour être interrogés et enregistrés, les clients ont été interrogés dans un lieu privé, dans l'établissement ou à proximité. Les clients ont reçu un petit cadeau pour leur participation. Les guides d'entretien avec les clients étaient semi-structurés et visaient à saisir l'expérience du client dans l'obtention de soins de PF dans l'établissement et le comportement des prestataires avec eux pendant la visite. Les entretiens ont porté spécifiquement sur le conseil reçu par le client, l'engagement du client dans le choix de la méthode de PF (s'il en a reçu une) et la qualité de l'engagement du prestataire.

EAC du prestataire : Dans chaque pays, un total de ~30 prestataires d'intervention et de contrôle ont été interrogés en utilisant des guides d'entretiens approfondis semi-structurés. Les entretiens ont eu lieu en personne dans un lieu privé de l'établissement. L'objectif de l'entretien avec les prestataires de contrôle était de comprendre leurs attitudes, comportements et perceptions liés à la fourniture de soins de PF, en particulier pour les jeunes femmes. L'objectif de l'entretien avec les prestataires d'intervention était de comprendre leurs

impressions sur le programme Beyond Bias et de savoir si/comment leur prestation de services a changé depuis leur participation.

EAC du gestionnaire de l'établissement de santé : En Tanzanie et au Burkina Faso, cinq administrateurs de cinq centres d'intervention ont également été sélectionnés pour participer à des entretiens approfondis semi-structurés. Les établissements ont été sélectionnés pour être représentatifs de l'échantillon ainsi que des établissements qui ont bien et moins bien répondu à l'intervention. L'objectif des entretiens était de comprendre la perception qu'ont les responsables du programme Beyond Bias et la valeur ajoutée qu'il apporte aux prestataires de leur établissement.

EAC des parties prenantes : Dans les trois pays, les membres des comités consultatifs de Beyond Bias ont été interrogés. Les comités étaient composés de fonctionnaires nationaux et régionaux, de membres du personnel de Beyond Bias, de directeurs techniques des pays Pathfinder, de représentants d'organisations non gouvernementales locales et d'organisations mondiales, notamment d'agences des Nations Unies, de chercheurs locaux, ainsi que de prestataires et d'administrateurs de soins de santé locaux. Au Pakistan, nous avons également interrogé les recenseurs employés pour collecter les données de sortie des clients auprès des prestataires participants. Neuf parties prenantes en Tanzanie, 16 parties prenantes au Pakistan et 13 parties prenantes au Burkina Faso ont été interrogées par téléphone ou en personne. Les entretiens ont porté sur la mise en œuvre de Beyond Bias et sur le potentiel d'expansion et de mise à l'échelle du modèle.



Résultats quantitatifs

Comment l'intervention Beyond Bias a-t-elle eu un impact sur les attitudes et les croyances des prestataires ?

La **FIGURE 6** montre que l'intervention a réduit les attitudes et les croyances partiales en ce qui concerne l'âge, l'état matrimonial et la parité. Chaque point représente la différence (non ajustée) entre les établissements d'intervention et de contrôle en termes d'écart types (positif signifie moins partial) avec des intervalles de confiance à 95%. Beyond Bias a amélioré l'indice impartial d'environ 0,7 écart-type dans l'analyse groupée (analyse des données des trois pays ensemble) et cette taille d'effet était similaire dans tous les pays. La majeure partie de l'effet était due aux « attitudes et croyances spécifiques aux soins de PF » (le résultat primaire prédéfini pour ce domaine) et aux attitudes et croyances sous-jacentes concernant la population cible. Les attitudes et les croyances concernant l'environnement professionnel et les facteurs communautaires qui pourraient être des facteurs de partialité se sont légèrement améliorées au Burkina Faso mais pas dans les autres pays (ces types de croyances n'étaient pas explicitement ciblés par l'intervention).

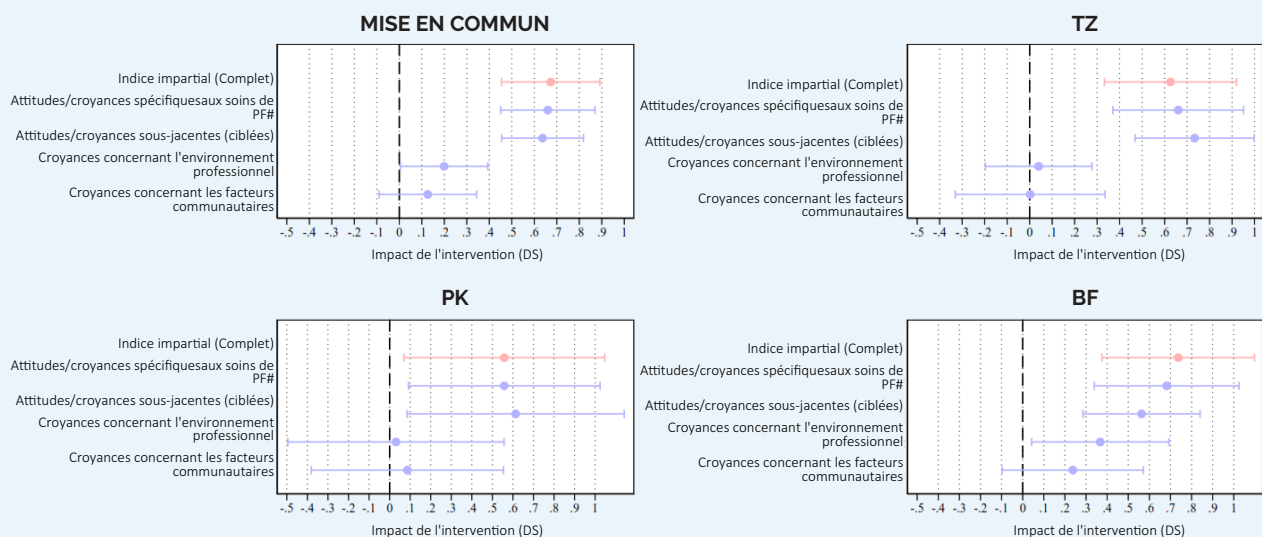


POINT CLÉ À RETENIR

Les prestataires des cliniques d'intervention ont rapporté moins d'attitudes et de croyances partiales en ce qui concerne l'âge, l'état matrimonial et la parité dans les trois pays par rapport aux prestataires des cliniques de contrôle. Les effets étaient les plus importants pour les croyances sur la manière de fournir des soins de PF à ces types de clients et les croyances sous-jacentes sur la vie et les intentions de ces clients.

En termes d'ampleur de l'effet, l'analyse de la proportion de prestataires qui étaient d'accord (ou pas d'accord pour les questions formulées négativement) avec des éléments spécifiques composant l'« indice spécifique des soins de PF » dans les cliniques d'intervention et de contrôle a montré des améliorations significatives pour 22 des 27 éléments dans l'analyse groupée. Par exemple, les prestataires étaient nettement moins susceptibles de déclarer imposer des restrictions de méthode parce qu'un client était « trop jeune » (réduction de 23 points de pourcentage), non marié (réduction de 7 points de pourcentage) ou n'avait pas d'enfants (réduction de 15 points de pourcentage).

FIGURE 6. Indices de partialité de l'enquête auprès des prestataires



Note : Positif signifie moins de préjugés

Les **INDICES DE PARTIALITÉ** ont été créés à partir de l'enquête finale auprès des prestataires. Les indices ont été créés en prenant la moyenne d'un ensemble normalisé de variables par pays. Les éléments formulés de manière négative ont été recodés de sorte que les valeurs les plus élevées représentent des attitudes plus favorables à la planification familiale.

Quel a été l'impact de l'intervention Beyond Bias sur les résultats primaires des clients ?

La **FIGURE 7** résume les résultats pour les trois résultats primaires des clients (un par domaine). L'ensemble des résultats pour chaque domaine est également présenté dans les sections suivantes. L'évaluation a identifié des résultats mitigés pour les résultats primaires des clients : certains résultats se sont améliorés pour certaines sources de données dans certains pays. Dans les analyses groupées, le conseil sur l'ensemble des méthodes s'est amélioré selon les trois sources de données, à des degrés divers (par exemple, une amélioration de 6,5 points de pourcentage par données sur les clients mystères, la source de données préférée, mais qui n'était significative qu'au niveau de 10 %). L'analyse groupée a montré une amélioration de 1,9 point de pourcentage dans l'obtention d'une méthode moderne selon les données de sortie des clients (la source préférée), ce qui était significatif au niveau de 10% (entièrement dû à la Tanzanie). Les deux autres sources de données ont également montré des

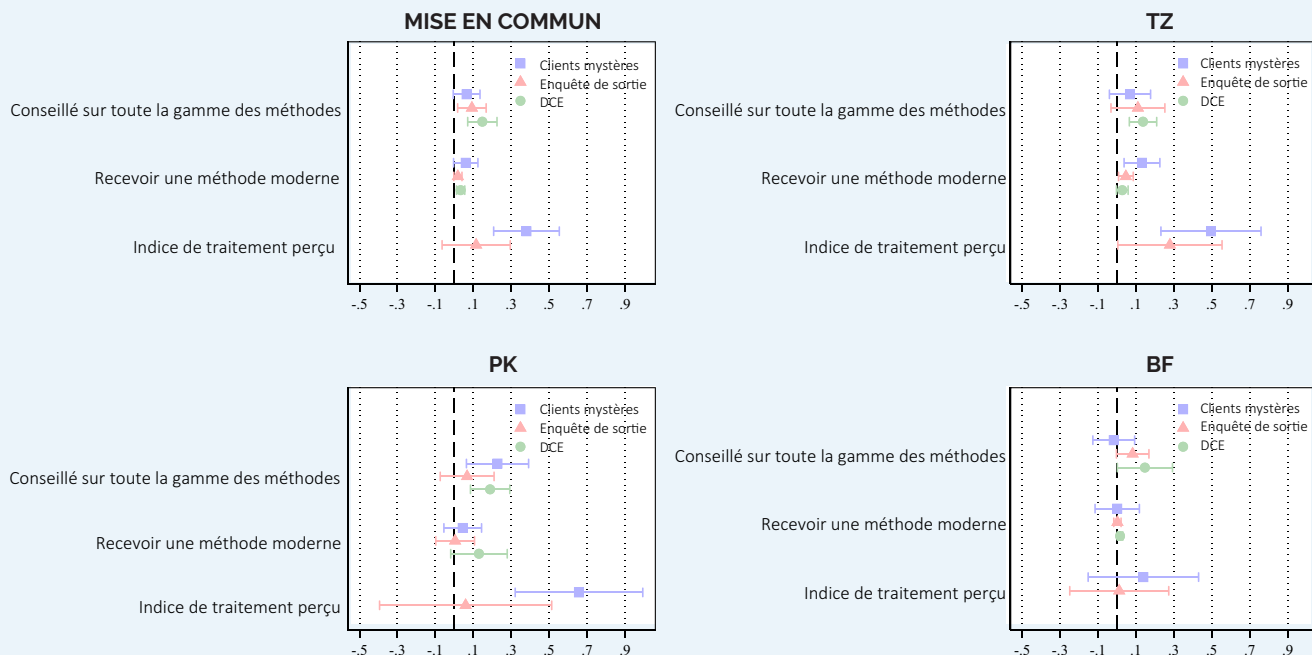


POINT CLÉ À RETENIR

Beyond Bias a amélioré plusieurs des résultats primaires des clients, les améliorations les plus importantes et les plus marquantes provenant de la manière dont les clients ont été conseillés et de la manière dont les clients ont eu le sentiment d'être traités (en particulier en Tanzanie et au Pakistan). La plupart des clients du groupe de contrôle ont reçu une méthode, il y avait donc peu de place pour une amélioration de ce résultat. Au Burkina Faso, il n'y a pas eu d'améliorations nettes pour aucun des résultats primaires des clients.

améliorations significatives dans la délivrance de méthodes modernes, mais celles-ci doivent être interprétées avec prudence étant donné qu'aucune méthode n'a été effectivement délivrée aux clients mystères ou dans l'ECD. L'« indice de traitement perçu », qui rend compte de la façon dont le client s'est senti et a été traité pendant la visite, s'est amélioré d'environ 0,4 écart-type dans les données du client mystère (la source préférée) et d'environ 0,1 écart-type dans les données de l'enquête de sortie, bien que ce dernier niveau d'amélioration ne soit pas statistiquement significatif.

FIGURE 7. Impact de l'intervention Beyond Bias sur les résultats primaires des clients



Les **RÉSULTATS** inclus dans cette figure étaient tous prédéfinis comme résultats primaires. Les moyennes et les intervalles de confiance des groupes de contrôle et d'intervention ont été estimés à l'aide d'une régression linéaire avec des erreurs standard regroupées au niveau de l'établissement. L'expérience de choix discret provient de l'enquête auprès des prestataires en fin de parcours. Les données de sortie des clients comprennent les données recueillies de septembre 2020 à août 2021. Les données de sortie des clients incluent les clients de 24 ans ou moins et comprennent les données recueillies de septembre 2020 à août 2021.

En Tanzanie (FIGURE 7, panneau supérieur droit), des améliorations modestes ont été détectées dans le conseil sur l'ensemble des méthodes (bien qu'elles ne soient significatives que dans l'ECD) ; une amélioration de 4,7 points de pourcentage dans l'obtention d'une méthode moderne selon les données de l'enquête de sortie et les améliorations dans les deux autres sources ; et des améliorations significatives dans l'« indice de traitement perçu » à la fois pour les données sur le client mystère (la source préférée) et les données de l'enquête de sortie. Au Pakistan, on a observé des améliorations significatives en matière de conseil sur une gamme complète de méthodes et de traitement perçu dans les données des clients mystères (la source préférée pour ces résultats), mais pas dans les données de l'enquête de sortie. Aucun effet significatif n'a été constaté sur le fait de recevoir une méthode moderne au Pakistan selon l'une ou l'autre des sources de données. Au Burkina Faso, l'intervention a eu peu d'effet sur l'un des résultats primaires pour les clients. Le seul résultat pour lequel un effet significatif a été observé est le conseil sur une gamme complète de méthodes, mais cet effet était proche de zéro dans la source préférée (clients mystères).

Comment l'intervention Beyond Bias a-t-elle eu un impact sur les soins de PF centrés sur le patient pour les femmes de 15 à 24 ans ?

En ce qui concerne tous les résultats des soins de PF centrés sur le patient, la FIGURE 8 présente l'effet de l'intervention pour chaque résultat. Dans les analyses groupées, des améliorations significatives sont détectées pour tous les résultats dans toutes les sources de données, à l'exception de la réception de services dans les données des clients mystères (presque tous les clients mystères ont reçu des services, il n'y avait donc pas de marge d'amélioration). Dans la source de données préférée pour ce domaine (clients mystères), les clients des cliniques d'intervention ont non seulement été conseillés sur un plus grand nombre de méthodes que les cliniques de contrôle, mais ont également été plus susceptibles de se voir poser les questions essentielles et ont reçu plus d'informations sur les méthodes. Ces effets positifs dans l'analyse groupée avec les données des clients mystères étaient entièrement attribuables à la Tanzanie et au Pakistan — les effets étaient tous proches de zéro au Burkina Faso dans les données des clients mystères. Dans les données de l'enquête de sortie, les trois pays présentent des tailles d'effets similaires pour les quatre résultats et tous les effets combinés étaient significatifs. Dans l'ECD, les prestataires d'intervention étaient plus susceptibles de déclarer qu'ils conseillaient toute la gamme des méthodes et étaient plus susceptibles de conseiller les LARC et les injectables par rapport aux prestataires du groupe témoin.

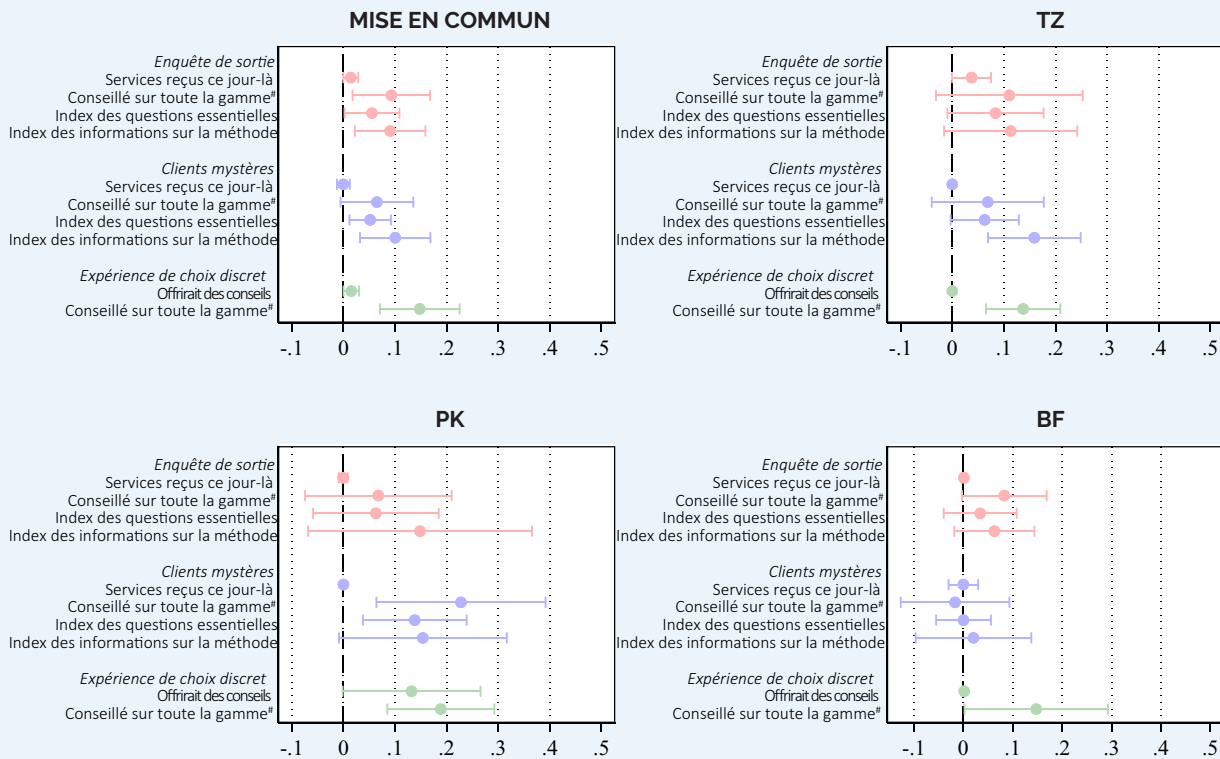


POINTS CLÉS À RETENIR

Beyond Bias a amélioré de manière significative tous les résultats des soins de PF centrés sur le patient dans les trois sources de données dans les analyses groupées. Les améliorations en Tanzanie et au Pakistan étaient cohérentes entre les sources de données, bien qu'elles ne soient pas toujours statistiquement significatives. Au Burkina Faso, les effets n'étaient pas cohérents entre les sources de données et étaient proches de zéro dans les données des clients mystères, la source préférée pour ce domaine. Globalement, cela suggère que l'intervention a conduit à un conseil plus complet centré sur le patient en Tanzanie et au Pakistan, mais on ne sait pas si cela a été le cas au Burkina Faso.



FIGURE 8. Impact de l'intervention Beyond Bias sur les résultats des soins de PF centrés sur le patient.



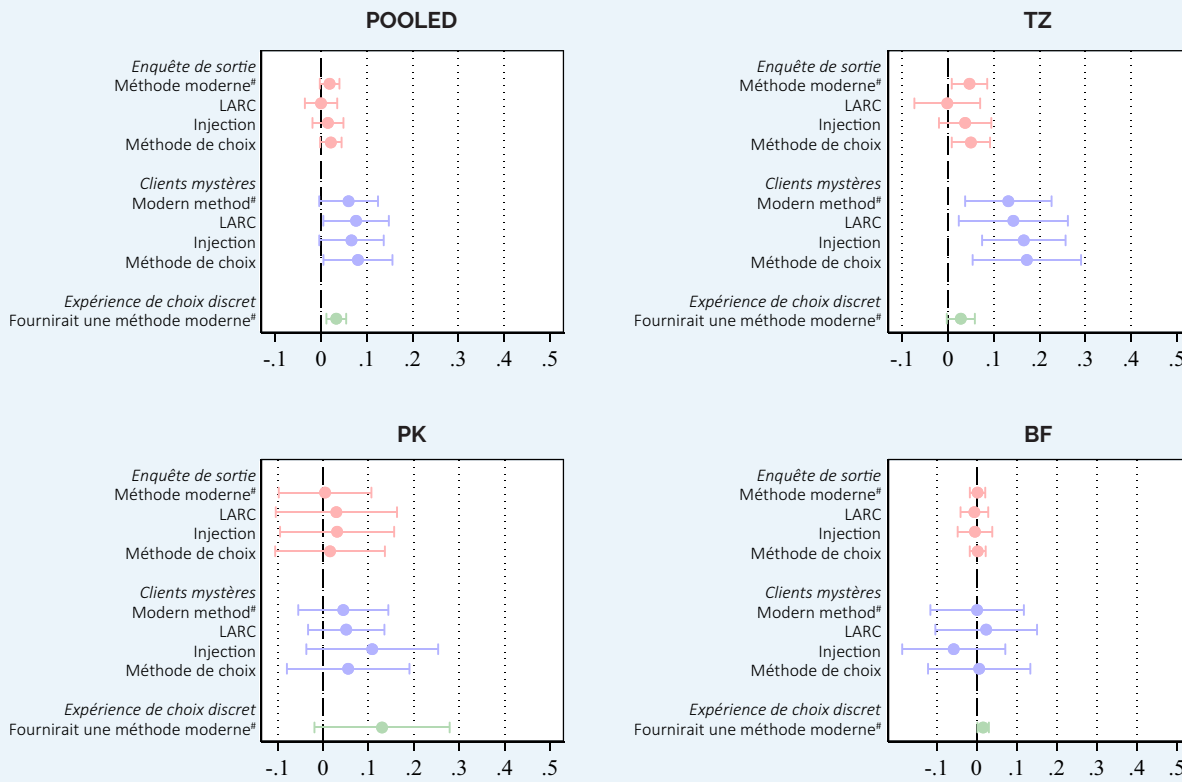
CHAQUE POINT représente la différence entre le groupe d'intervention et le groupe témoin pour le résultat respectif. Les barres d'erreur sont des intervalles de confiance à 95% estimés avec des erreurs standard regroupées par clinique. Les résultats regroupés contrôlent les effets fixes des pays. #=Résultat primaire

Quel a été l'impact de l'intervention Beyond Bias sur la délivrance des méthodes pour les femmes de 15 à 24 ans ?

Comme l'indique la figure 9, Plus de 91% des clients du groupe de contrôle en Tanzanie et au Burkina Faso ont reçu une méthode moderne, ce qui laisse très peu de place à l'amélioration. Au Pakistan, 82% des clients du groupe de contrôle ont reçu une méthode moderne.



FIGURE 9. Impact de l'intervention Beyond Bias sur les résultats de la délivrance de la méthode



CHAQUE POINT représente la différence entre le groupe d'intervention et le groupe témoin pour le résultat respectif. Les barres d'erreur sont des intervalles de confiance à 95% estimés avec des erreurs standard regroupées par clinique. Les résultats regroupés contrôlent les effets fixes des pays.

La Tanzanie est le seul pays où la délivrance de méthodes modernes s'est améliorée dans les données de l'enquête de sortie (l'intervention a augmenté de 4,7 points de pourcentage ($p < 0,05$) la part des clients ayant reçu une méthode). Environ 9 % des clientes du groupe de contrôle n'ont pas reçu de méthode en Tanzanie, de sorte que cette taille d'effet représente une réduction de près de 50 % de la part des femmes ne recevant pas de méthode. Cinq pour cent de femmes de plus ont reçu la méthode de leur choix dans le groupe d'intervention par rapport au groupe de contrôle, mais cela est dû au fait que davantage de femmes ont reçu une méthode quelconque (il n'y a pas eu de changement dans la méthode de choix parmi les femmes recevant une méthode). Ces résultats sont presque entièrement dus au fait que moins de femmes se voient refuser des services. Si une femme n'a pas pu bénéficier de ces services, nous l'avons codée comme ne recevant pas de méthode moderne et ne recevant pas la méthode de son choix.



POINTS CLÉS À RETENIR

La plupart des clients du groupe de contrôle ont déclaré avoir reçu une méthode et la méthode de leur choix lors de l'enquête de sortie, en particulier en Tanzanie et au Burkina Faso. Il y avait donc peu de place pour l'amélioration de ces résultats. L'intervention a amélioré la probabilité de recevoir une méthode et de recevoir la méthode de son choix en Tanzanie, mais les tailles des effets étaient faibles. Il n'y a pas eu d'effet sur le fait de recevoir une méthode ou une méthode de choix au Pakistan ou au Burkina Faso dans l'enquête de sortie. Il n'y a pas eu non plus d'effet sur la combinaison de méthodes dans aucun des pays, ce qui suggère que les prestataires n'ont pas changé les types de méthodes qu'ils dispensaient. Les clients mystères étaient plus susceptibles de penser qu'ils pouvaient prendre la méthode de leur choix dans les cliniques d'intervention en Tanzanie et les prestataires d'intervention dans les trois pays étaient plus susceptibles de déclarer une méthode moderne comme appropriée dans l'ECD, ce qui est prometteur, mais aucune méthode n'a été réellement dispensée dans aucune de ces sources de données.

Une augmentation de 3,7 points de pourcentage du nombre de bénéficiaires de services a été observée dans le groupe d'intervention en Tanzanie. Lorsque nous nous limitons aux clients qui ont reçu des services, nous n'observons pas d'amélioration significative de ces résultats. Cela suggère que l'intervention en Tanzanie n'a pas amélioré l'adoption des méthodes modernes ou la méthode de choix parmi les clients qui ont vu un prestataire, mais a plutôt influencé la probabilité que les clients puissent consulter un prestataire. L'intervention n'a pas eu d'effet sur la délivrance de la méthode ou sur la méthode de choix au Pakistan et au Burkina Faso. Aucune preuve n'a été trouvée que les clients étaient plus susceptibles de recevoir des LARC ou des injectables dans aucun des trois pays, deux méthodes pour lesquelles des attitudes et des croyances partiales ont été identifiées dans les activités formatives.

Pour les résultats relatifs à la délivrance des méthodes, les clients mystères ont indiqué s'ils « pensaient pouvoir prendre » n'importe quelle méthode « s'ils étaient de vrais clients ». Tous les effets regroupés pour les résultats de la délivrance des méthodes dans les données des clients mystères étaient significatifs et, comme pour les données de l'enquête de sortie, ces effets regroupés étaient principalement dus à des améliorations en Tanzanie. Les clients mystères se rendant dans les cliniques d'intervention en Tanzanie étaient

beaucoup plus susceptibles de penser qu'ils pouvaient prendre chaque méthode (13 points de pourcentage) et la méthode de leur choix (17 points de pourcentage). Au Pakistan, l'intervention a démontré des effets positifs sur la délivrance des méthodes selon les perceptions des clients mystères, mais aucun de ces effets n'était statistiquement significatif. Au Burkina Faso, l'intervention n'a eu aucun effet sur les perceptions des clients mystères quant aux méthodes qu'ils pouvaient utiliser.

En termes de combinaison de méthodes, il y a peu de preuves que l'intervention ait eu un impact sur la combinaison de méthodes dans un quelconque comté. L'analyse de la proportion de clients ayant reçu chaque méthode sur la base des enquêtes de sortie indique que les parts de méthodes étaient comparables entre les sites d'intervention et de contrôle pour tous les groupes d'âge, sans différences statistiques. En outre, les données relatives à la prestation de services dans les trois pays ont montré que la combinaison de méthodes n'a pas changé au fil du temps entre les cliniques d'intervention et les cliniques de contrôle dans aucun pays. Les résultats de l'évaluation montrent que les cliniques d'intervention ont dispensé à peu près la même proportion de chaque méthode pendant tous les mois de l'étude par rapport aux sites de contrôle.





POINTS CLÉS À RETENIR

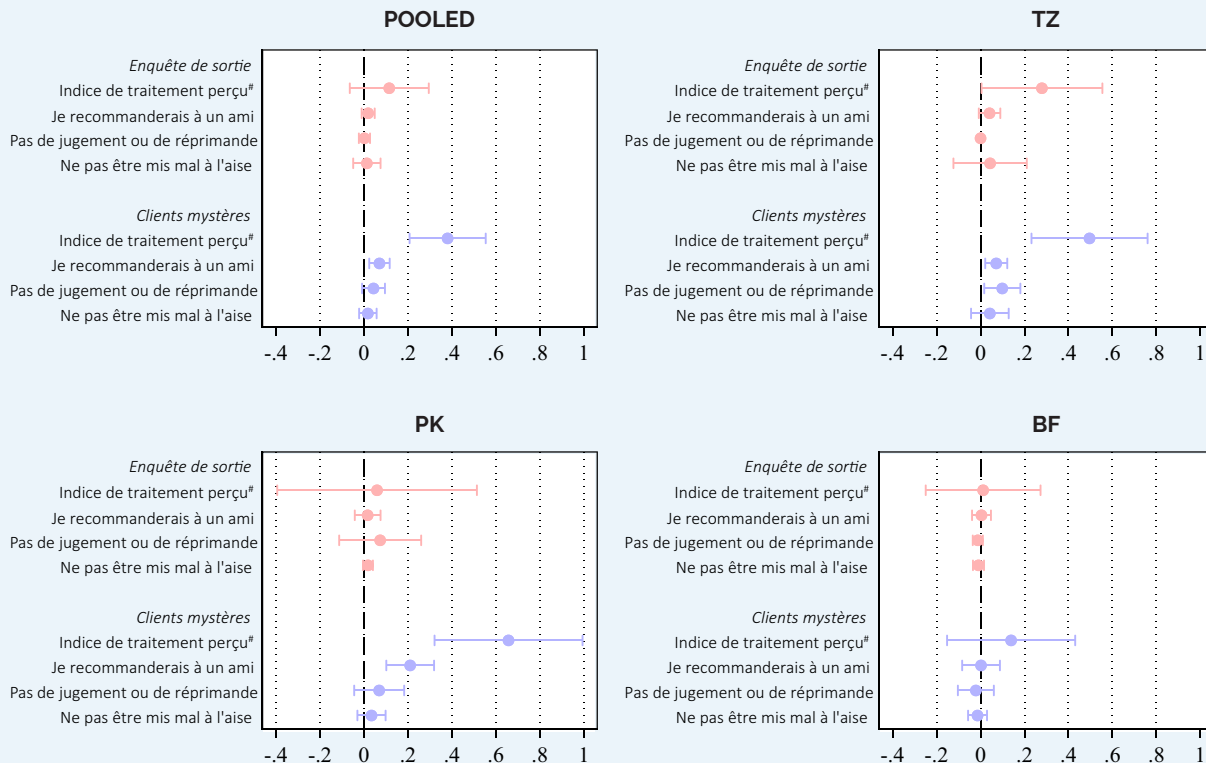
L'intervention a amélioré la perception des clients mystères sur la façon dont ils ont été traités par les prestataires. Les effets significatifs avec les pays regroupés étaient principalement dus aux améliorations en Tanzanie et au Pakistan, avec des effets faibles et non significatifs au Burkina Faso. Ce n'est qu'en Tanzanie que les clients réels ont perçu un meilleur traitement de la part du prestataire.

Comment l'intervention Beyond Bias a-t-elle influencé la perception du traitement par les prestataires de services de PF pour les femmes de 15 à 24 ans ?

Comme le montre la **FIGURE 10**, les clients mystères des sites d'intervention ont fait état d'un meilleur traitement sur l'« indice de traitement perçu » et l'échelle de communication perçue, et étaient plus susceptibles de recommander la clinique à un ami par rapport aux sites de contrôle. Les effets groupés positifs et significatifs sont dus à l'amélioration de la situation en Tanzanie et au Pakistan, alors que le Burkina Faso n'a que peu changé sur ces résultats. En Tanzanie, les clients mystères qui se sont rendus dans les centres d'intervention avaient 7 points de pourcentage de plus pour recommander les cliniques à un ami et 9 points de pourcentage de plus pour déclarer ne pas avoir été jugés ou réprimandés par le prestataire (soit une réduction de

50 % de la probabilité d'être jugé ou réprimandé). Au Pakistan, les clients mystères qui se sont rendus chez les prestataires d'intervention étaient 21 points de pourcentage plus susceptibles de recommander les prestataires d'intervention à un ami et 7 points de pourcentage plus susceptibles de ne pas être jugés ou réprimandés par rapport aux prestataires de contrôle, bien que ce dernier point ne soit pas statistiquement significatif. Les clients mystères de Tanzanie et du Pakistan étaient également moins susceptibles de déclarer avoir été traités plus mal en fonction de leur état matrimonial ou de leur parité.

FIGURE 10. Impact de l'intervention Beyond Bias sur les résultats perçus du traitement



CHACQUE POINT représente la différence entre le groupe d'intervention et le groupe témoin pour le résultat respectif. Les barres d'erreur sont des intervalles de confiance à 95% estimés avec des erreurs standard regroupées par clinique. Les résultats regroupés contrôlent les effets fixes des pays.

Quel a été l'impact de l'intervention Beyond Bias sur le volume mensuel de clients ?

Le nombre moyen de clients par mois au cours des 12 mois d'intervention ne semble pas avoir augmenté dans les sites d'intervention, quel que soit le groupe d'âge au Burkina Faso ou en Tanzanie. Au Pakistan, il semble qu'il y ait eu une augmentation modeste mais statistiquement significative du flux de clients, qui était surtout le fait de clients de moins de 20 ans (environ 2 jeunes clients supplémentaires par mois et par clinique). Le nombre de jeunes clients n'a pas augmenté au fil du temps dans les centres d'intervention (même au Pakistan), ce à quoi l'on pourrait s'attendre si l'amélioration des soins et du traitement des jeunes clients était connue. Dans l'ensemble, il y a peu de preuves que l'intervention ait augmenté le volume de clients au Burkina Faso et en Tanzanie, mais elle a peut-être augmenté le volume de clients jeunes au Pakistan.

L'intervention a-t-elle réduit les disparités de résultats en fonction de l'âge, de l'état matrimonial et de la parité ?

L'intervention n'a surtout pas modifié l'effet de l'âge, de l'état matrimonial et de la parité sur les principaux résultats d'intérêt. Les mesures d'évaluation n'ont montré que des effets limités de l'âge, de l'état matrimonial et de la parité en l'absence de l'intervention, ce qui suggère que les résultats qui se sont améliorés grâce à l'intervention l'ont fait pour tous les clients, et pas seulement pour les clients ciblés par l'intervention. Elle suggère également que les cliniques Beyond Bias n'étaient pas les meilleurs endroits pour cibler les disparités subies par les jeunes, les non mariés et les nullipares. Par exemple :

Disparités liées à l'âge : La plupart des différences entre les femmes plus âgées et plus jeunes étaient relativement faibles et l'intervention n'a pas modifié de manière significative la mesure dans laquelle l'âge affectait les résultats.

Disparités liées à l'état matrimonial : Les différences entre les femmes non mariées et mariées étaient plus faibles que prévu ou inexistantes pour la plupart des résultats dans le groupe de contrôle et l'intervention n'a pas changé de manière significative la mesure dans laquelle l'état matrimonial a influencé les résultats de Beyond Bias.

Disparités liées à la parité : Les clientes mystères nullipares étaient moins susceptibles que les clientes mystères pères d'être conseillées sur l'ensemble des méthodes (dans les trois pays), les vraies nullipares étaient moins susceptibles de recevoir un LARC (en Tanzanie uniquement), et l'intervention a réduit significativement ces deux disparités. Cependant, ce résultat ne fut pas cohérent avec les autres sources de données. Les différences entre les clientes nullipares et pères dans la plupart des autres résultats étaient relativement mineures, laissant peu de place à l'amélioration, et l'intervention n'a pas réduit de manière significative l'effet de la parité sur les autres résultats.

Intersectionnalité : Nous avons une puissance statistique limitée pour évaluer l'intersection de l'âge, de l'état matrimonial et de la parité en raison de la petite taille des échantillons pour certaines combinaisons spécifiques. En Tanzanie et au Pakistan cependant, les femmes mariées qui n'ont pas d'enfants semblent recevoir les pires soins en moyenne, quel que soit leur âge, et les impacts de l'intervention étaient particulièrement importants pour ces profils. Au Burkina Faso, il n'y avait pas de modèles clairs de disparités ou d'impacts des interventions pour des combinaisons spécifiques d'attributs des clients.

Résultats qualitatifs

Burkina Faso

Les résultats qualitatifs au Burkina Faso confirment en grande partie les résultats quantitatifs. Les prestataires ont signalé des changements dans leurs attitudes et croyances en réponse à l'intervention ; les prestataires des centres d'intervention et de contrôle n'ont généralement pas signalé qu'ils dispensaient des soins partiels ; et il était rare que les clients aient l'impression de recevoir des soins partiels. Certains prestataires et clients ont signalé une différence de traitement en fonction de l'âge, mais la plupart ne l'ont pas fait, ce qui est cohérent avec les résultats quantitatifs (une différence de traitement a été signalée dans les données des clients mystères, mais elle était rare). Certains rapports font état de différents types de méthodes encouragées pour différents types de clients et de types spécifiques de refus de service (par exemple, en fonction du cycle menstruel) ; bien que cela soit

cohérent avec les données quantitatives, ces rapports étaient relativement peu fréquents. Il y a également deux domaines à noter dans les résultats qualitatifs qui ne sont pas apparus dans les résultats quantitatifs. Premièrement, les prestataires ont indiqué dans les entretiens qualitatifs qu'ils avaient changé leur façon de conseiller pour inclure davantage de méthodes, mais cela n'a pas été observé dans les données des clients mystères (nous observons une légère amélioration du conseil sur l'ensemble de la gamme dans les données de sortie des clients et de l'ECD). Deuxièmement, les entretiens qualitatifs ont apporté des nuances sur l'intersectionnalité potentielle des préjugés qui n'avaient pas été relevées par l'analyse quantitative, par exemple les préjugés à l'encontre des clients mariés et nullipares et des clients étudiants (en train de terminer leurs études).



POINTS CLÉS À RETENIR

Les prestataires du Burkina Faso ont apprécié de participer à l'intervention et ont trouvé que la mise en œuvre s'est déroulée sans heurts, bien qu'ils aient été confrontés à certains défis structurels (contraintes d'espace, ruptures de stock de produits). Le Summit a été considéré comme informatif et sensibilisant. Connect a permis de consacrer du temps à discuter de l'amélioration de la prestation de services de PF pour les jeunes, Rewards a été (principalement) motivant – et de nombreux prestataires ont discuté de la manière dont leurs connaissances et leurs attitudes ont été modifiées par l'intervention. Les prestataires des centres d'intervention les plus performants (établissements les plus performants sur la base des scores Rewards au T1 et au T2 ou ceux dont les scores Rewards ont fortement augmenté entre le T1 et le T2) ont plus souvent évoqué des façons spécifiques dont leur

comportement de conseil a changé (par exemple, offrir une gamme plus large de méthodes, arrêter les refus de service), et les nouveaux changements structurels/ opérationnels tels qu'un espace réservé aux jeunes et des heures d'ouverture élargies pour mieux répondre aux besoins des jeunes, par rapport aux prestataires des centres d'intervention moins performants (ceux qui ont obtenu des scores faibles au premier trimestre ou qui ont connu une forte baisse des scores de récompenses entre le T1 et le T2). Les parties prenantes des politiques et des programmes ont réagi positivement à l'idée d'étendre l'initiative et ont estimé que l'intégration/ institutionnalisation serait la meilleure stratégie et la plus durable. Les préoccupations concernant la mise à l'échelle comprenaient la résistance des communautés et l'incertitude quant à savoir s'il s'agit d'un domaine hautement prioritaire pour les décideurs.

Pakistan

Les résultats qualitatifs confirment les preuves quantitatives des changements d'attitude des prestataires suite à leur participation à Beyond Bias. Les prestataires d'intervention ont déclaré être plus ouverts à servir les femmes célibataires et les femmes mariées nullipares et avoir influencé leur compréhension des DIU. Les résultats qualitatifs contrastaient également avec les résultats quantitatifs à plusieurs égards. Premièrement, certains prestataires ont déclaré avoir changé de comportement à la suite de l'intervention afin de ne pas limiter ou refuser les services à certains types de clients, notamment les clients non mariés. Cela n'apparaît pas dans les données quantitatives, en partie parce que nous avons très peu de clients non mariés dans les enquêtes de sortie et que le profil de client mystère non marié a été conçu pour être aussi socialement acceptable que possible. Comme pour les données de sortie des clients, les données

qualitatives ne peuvent pas parler directement des préjugés subis par les femmes non mariées et, dans une moindre mesure, par les femmes nullipares, car très peu d'entretiens ont été menés auprès de femmes présentant ces caractéristiques. Deuxièmement, il y avait plusieurs anecdotes de partialité (ou d'attentes de partialité) pour les jeunes femmes, les femmes non mariées et les femmes nullipares qui n'apparaissent pas de manière proéminente dans les données quantitatives. Ce résultat n'est pas nécessairement en contradiction avec les résultats quantitatifs ; les résultats qualitatifs montrent plutôt que ces préjugés existent, mais les résultats quantitatifs indiquent qu'ils ne sont pas aussi fréquents que prévu. Les résultats qualitatifs suggèrent également que les prestataires d'intervention ont perçu une augmentation du nombre de clients recherchant des services de planification familiale.



POINTS CLÉS À RETENIR

Les interventions Beyond Bias ont été bien accueillies par les prestataires au Pakistan, même si beaucoup d'entre eux ont rencontré des difficultés pour participer à Connect. Les prestataires ont cité les façons dont leurs connaissances se sont améliorées grâce à leur participation à l'intervention (y compris l'utilisation appropriée des DIU), et comment ils ont modifié leur approche du conseil en matière de PF, notamment en garantissant l'intimité et en se concentrant sur le choix éclairé, ainsi que la diminution des refus de service. Certains prestataires plus performants ont également mentionné que leur participation à Beyond Bias leur a donné le courage de résister aux normes sociales concernant l'utilisation de la PF. Les répondants ont apprécié la façon dont leur participation à Beyond Bias les a mis en contact avec une communauté de prestataires de services de PF partageant les mêmes idées. Tant les prestataires que les parties prenantes des programmes et des politiques étaient positifs à l'idée d'étendre l'intervention (certains ont

déclaré que leur enthousiasme dépendait des résultats de l'évaluation) ; les préoccupations concernaient les besoins en ressources et la question de savoir s'il y aurait le niveau nécessaire d'adhésion et d'engagement des différentes parties prenantes. Certains prestataires ont indiqué que leur participation à Beyond Bias avait augmenté leurs responsabilités ou ajouté de nouveaux défis, mais la plupart ont trouvé que les activités étaient bien intégrées à leurs tâches existantes. Enfin, certains prestataires, tant dans les centres d'intervention que dans les établissements de contrôle, ont fait part de la persistance d'attitudes et de comportements partiels, y compris le refus de services à certaines femmes pour des raisons religieuses ou autres raisons sociales. Cependant, les clientes ont exprimé un degré élevé de satisfaction à l'égard de leurs soins de PF, bien que plusieurs d'entre elles aient estimé que les femmes ayant des attributs particuliers (jeunes, nullipares, non mariées) seraient (hypothétiquement) moins bien traitées.

Tanzania

Alors que les données qualitatives ont documenté des cas de préjugés envers les jeunes femmes, plusieurs cas de meilleur traitement pour les jeunes femmes ont également été rapportés, ce qui est cohérent avec les résultats des données quantitatives. Les entretiens qualitatifs avec les gestionnaires et les prestataires ont confirmé les changements dans la prestation de services reflétés dans les données de sortie des clients. Les prestataires ont souligné qu'ils ont commencé à servir davantage de jeunes clients en donnant la priorité aux jeunes clients dès leur entrée dans

l'établissement. Les entretiens avec les prestataires de contrôle et les clients servis dans les centres de contrôle ont confirmé l'existence de soins potentiellement partiels pour les femmes nullipares mariées, ce qui est cohérent avec l'analyse de l'intersectionnalité des profils spécifiques des clients mystères. Les données qualitatives ont également montré que les prestataires des sites d'intervention et de contrôle avaient tendance à avoir des méthodes préférées qu'ils encourageaient les clients à utiliser, résultats confirmés par les analyses des résultats non enregistrés dans les données des clients mystères.



POINTS CLÉS À RETENIR :

Les prestataires de Tanzanie ont été très positifs à l'égard de Beyond Bias. Le Summit a été salué comme une expérience unique, marquante et agréable ; les prestataires ont aimé apprendre de leurs pairs dans d'autres établissements via Connect (WhatsApp) ; et les Rewards ont été motivants tant pour ceux qui ont reçu une récompense que pour ceux qui n'en ont pas reçu. De nombreux prestataires ont parlé de l'évolution de leurs connaissances et de leurs attitudes en matière de PF pour les jeunes, et plusieurs ont raconté des anecdotes poignantes pour illustrer ces changements. Certains établissements ont également modifié le déroulement des opérations, par exemple en donnant la priorité aux jeunes clients pour des services plus rapides et en proposant de nouvelles heures d'ouverture adaptées aux jeunes. Les prestataires ont mentionné des difficultés systémiques de mise en œuvre, notamment des contraintes d'espace (plus fréquentes dans les sites d'intervention moins performants) et des pénuries de personnel (plus fréquentes dans les sites d'intervention

plus performants). À un niveau plus élevé, les parties prenantes des programmes et des politiques ont mentionné certains défis de mise en œuvre, notamment la combinaison et l'engagement des partenaires. Les prestataires, les gestionnaires et les parties prenantes se sont montrés très enthousiastes à l'idée d'étendre Beyond Bias à grande échelle, mais plusieurs d'entre eux ont recommandé que cela soit fait par le gouvernement en tant que service institutionnalisé/intégré et après l'engagement de diverses parties prenantes parmi les jeunes, la société civile, plusieurs ministères et les groupes communautaires. Les prestataires des sites de contrôle, ainsi que les clients des sites d'intervention et de contrôle, ont partagé de nombreux exemples de services de PF partiels, visant particulièrement les jeunes (encourageant des méthodes particulières qui entraîneraient un retour plus rapide à la fertilité), les femmes mariées (nécessitant la permission du partenaire) et les femmes nullipares (s'attendant à ce que celles qui sont mariées commencent à avoir des enfants).



Analyse des coûts

Pour réaliser une analyse des coûts, toutes les dépenses consacrées au projet Beyond Bias ont été extraites des dossiers internes du projet. Les données ont été utilisées pour estimer le coût de la mise en œuvre de l'intervention pendant la phase pilote de 12 mois plus un mois de préparation pour mettre en place le projet. Les coûts ont été regroupés en plusieurs catégories :

- **Les coûts de la main-d'œuvre étaient basés sur les salaires mensuels du personnel local.**
- **Les matériaux et ressources comprenaient des éléments tels que l'impression, le carburant, les frais de construction et les frais de véhicule.**
- **Les activités d'intervention comprennent tous les coûts hors main-d'œuvre qui étaient spécifiques à chaque pilier d'intervention.**

La rémunération des jeunes recenseurs a été incluse dans l'intervention de Rewards.

Les coûts d'intervention de Connect et Summit ont été combinés parce qu'il était difficile pour le personnel du pays de les séparer.

Le nombre total de cliniques d'intervention dans chaque pays a été utilisé pour estimer le coût par clinique ; le nombre total de prestataires dans les centres d'intervention a été utilisé pour estimer le coût par prestataire ; et le nombre total de clients ayant visité les centres d'intervention au cours de cette période a été utilisé pour estimer le coût par client exposé.

Au cours de la période de 12 mois, les cliniques d'intervention ont servi 95 003 clients en Tanzanie, 10 472 clients au Pakistan et 50 533 clients au Burkina Faso.

Le **TABLE 2** détaille les coûts pour chaque catégorie, les coûts totaux et les coûts par clinique/ prestataire/client pour chaque pays. Notez que tous les coûts associés au personnel international et à la recherche pendant cette phase pilote ont été exclus parce que ces coûts ne seraient pas encourus si l'intervention était mise à l'échelle.



POINTS CLÉS À RETENIR

L'exécution de l'intervention Beyond Bias pendant 12 mois a coûté 5 444 \$ par clinique, 1 352 \$ par prestataire et 2,12 \$ par client exposé en Tanzanie. Au Pakistan, cela a coûté 3 531 \$ par clinique/ prestataire et 13,83 \$ par client exposé. Au Burkina Faso, cela a coûté 5 972 \$ par clinique, 523 \$ par prestataire et 4,61 \$ par client exposé. En termes de coût par personne exposée et de coût par prestataire, Beyond Bias se situe à l'extrémité supérieure des interventions de changement social et comportemental axées sur la PF. Par exemple, un récent rapport parrainé par l'USAID a révélé que 12 interventions de formation des prestataires coûtaient en moyenne 397 \$ par prestataire, la plus chère coûtant 2 467 \$ par prestataire. Toutefois, des changements stratégiques dans l'approche de mise en œuvre de Beyond Bias - par exemple le développement d'une enquête plus courte auprès des clients qui pourrait être intégrée dans les systèmes de collecte de données existants - pourraient réduire les coûts du modèle de manière significative.

⁴ Avenir Health. 2021. "Documenting the costs of social behavior change interventions for health in low- and middle-income countries." Breakthrough RESEARCH Technical Report. Washington, DC: Population Council.

TABEAU 2. Coût de la mise en œuvre du projet Beyond Bias pendant 12 mois (2021 USD) TZ=Tanzanie, PK=Pakistan, BF=Burkina Faso

	TZ		PK		BF	
	COÛT	%	COÛT	%	COÛT	%
Main-d'œuvre	\$94,328	47%	\$52,874	37%	\$63,520	27%
Matériaux et ressources	\$31,444	16%	\$21,156	15%	\$15,170	7%
Activités d'intervention	\$75,641	38%	\$70,754	49%	\$154,237	66%
Rewards	\$58,017	29%	\$69,288	48%	\$114,386	49%
Summit et Connect	\$17,624	9%	\$1,466	1%	\$39,851	17%
Total	\$201,413		\$144,784		\$232,927	
<i>Coût par clinique</i>	<i>\$5,444</i>		<i>\$3,531</i>		<i>\$5,972</i>	
<i>Coût par prestataire</i>	<i>\$1,352</i>		<i>\$3,531</i>		<i>\$523</i>	
<i>Coût par client exposé</i>	<i>\$2.12</i>		<i>\$13.83</i>		<i>\$4.61</i>	
Total (sans les recenseurs)	\$159,573		\$80,850		\$150,634	
<i>Cost per clinic (w/o enumerators)</i>	<i>\$4,313</i>		<i>\$1,972</i>		<i>\$3,862</i>	
<i>Cost per provider (w/o enumerators)</i>	<i>\$1,071</i>		<i>\$1,972</i>		<i>\$339</i>	
<i>Cost per client exposed (w/o enumerators)</i>	<i>\$1.68</i>		<i>\$7.72</i>		<i>\$2.98</i>	

Les coûts excluent le personnel international et les activités de recherche. Le nombre total de clients exposés est basé sur le nombre de clients ayant fréquenté les cliniques d'intervention pendant la période d'étude de 12 mois ; 95 003 en Tanzanie, 10 472 au Pakistan et 50 533 au Burkina Faso.

Les interventions de Connect et Summit ont été relativement peu coûteuses, hormis la main-d'œuvre nécessaire à l'organisation des événements. Summit et Connect ont été plus coûteux en Tanzanie et au Burkina Faso qu'au Pakistan, car dans les premiers pays, Connect comportait une composante en personne, tandis qu'au Pakistan, Connect se faisait entièrement par WhatsApp. L'intervention des Rewards était de loin la plus coûteuse des trois interventions, représentant environ un tiers des coûts totaux en Tanzanie et près de la moitié des coûts totaux au Pakistan et au Burkina Faso. Il convient toutefois de noter que, si l'intervention des

Rewards a nécessité beaucoup de ressources au cours de cette phase pilote, cela est dû aux décisions délibérées prises par l'équipe de mise en œuvre d'allouer des ressources aux jeunes recenseurs rémunérés qui étaient essentiels pour l'effort d'évaluation global du projet mais qui n'étaient pas censés faire partie de la version évolutive de la conception de Beyond Bias. Une limite inférieure de ce que seraient les coûts avec une modalité de collecte de données moins coûteuse est incluse dans le **TABEAU 2**. L'exclusion des coûts des jeunes recenseurs réduirait le coût par clinique de 21 % en Tanzanie, de 44 % au Pakistan et de 35 % au Burkina Faso



Discussion

Le projet Beyond Bias a pour objectif de concevoir et de mettre en œuvre une intervention visant à « garantir que les jeunes aient accès à des conseils empathiques, sans jugement et de qualité, ainsi qu'à une gamme complète de méthodes contraceptives, indépendamment de leur état matrimonial ou de leur parité ».

Il semble que l'intervention ait permis de se rapprocher de cet objectif. L'intervention Beyond Bias a amené les prestataires à faire preuve de plus d'empathie et d'impartialité à l'égard des groupes cibles, à conseiller plus fréquemment les jeunes clients sur l'ensemble des méthodes et à améliorer la perception qu'ont les jeunes clients de la façon dont ils sont traités lors des visites de PF. Cependant, l'intervention n'a surtout pas réduit la mesure dans laquelle l'âge, l'état matrimonial et la parité affectent la qualité du conseil ou les types de méthodes contraceptives proposés. Cela n'a pas non plus conduit à une augmentation de l'adoption d'une gamme élargie de méthodes contraceptives pour les adolescents et les jeunes qui se sont présentés à la clinique.

L'absence de changement dans l'influence des attributs du client et des méthodes reçues ne signifie pas nécessairement que l'intervention n'a pas réussi.

Nous trouvons peu de preuves que l'âge, l'état matrimonial et la parité aient eu un effet important sur le conseil, l'adoption de la méthode ou les méthodes reçues en l'absence de l'intervention, donc il n'y a jamais eu de réelle chance de réduire l'effet de ces caractéristiques du client. Cela suggère qu'une intervention ciblant les femmes qui se rendent déjà dans les cliniques de PF dans le cadre de notre étude a peu de chances de conduire à une réduction importante des disparités par âge, état matrimonial et parité qui ont été observées au niveau de la population. De plus, la plupart des femmes du groupe de contrôle ont reçu une méthode et ont déclaré qu'il s'agissait de leur méthode de choix, de sorte que la marge d'amélioration (mesurable) était également limitée.

Bien que nous ne trouvions pas d'améliorations importantes dans l'adoption des méthodes, les méthodes reçues ou les disparités, cela ne signifie

pas que l'intervention n'a pas le potentiel d'améliorer ces résultats. Premièrement, dans un contexte où les disparités en matière de soins pour les groupes cibles sont importantes, cette intervention pourrait être efficace pour réduire ces disparités. Cependant, les résultats de l'enquête de sortie de cinq autres pays ne montrent pas non plus de telles disparités, de sorte qu'il est difficile de savoir dans quelle mesure elles sont courantes. Deuxièmement, l'amélioration des attitudes et des croyances, de la qualité du conseil et des expériences des clients grâce à Beyond Bias pourrait inciter davantage de jeunes femmes à se rendre au dispensaire et à recevoir de meilleurs soins lorsqu'elles le font. Ces populations cibles ne représentent qu'une très petite partie de la population des clients (par exemple, seuls 8% des clients étaient âgés de 15 à 19 ans et seuls 6% n'avaient pas d'enfant ; moins de 1% des clients n'étaient pas mariés au Pakistan). Cela peut être dû au fait qu'ils craignent un mauvais traitement ou un jugement de la part des prestataires. Une étude récente menée au Sénégal⁶ montre que les femmes évitent les cliniques où les préjugés des prestataires sont plus importants. Certaines femmes peuvent éviter complètement les cliniques si elles n'en connaissent pas une où elles pourraient recevoir des soins impartiaux. Nous ne trouvons aucune preuve d'une augmentation du nombre de clients

résultant de l'intervention, mais cela pourrait être dû au fait que les clients n'étaient pas conscients de l'amélioration du traitement et des conseils qu'ils recevraient. Par exemple, lors des entretiens qualitatifs au Pakistan et en Tanzanie, les prestataires ont déclaré ne plus restreindre les soins et ne plus refuser certaines femmes (par exemple, les femmes non mariées ou très jeunes) après avoir participé à l'intervention ; cependant, si peu de femmes présentant ces caractéristiques se rendent dans les établissements en raison du mauvais traitement anticipé, le potentiel d'amélioration du comportement n'est pas observé dans nos données de sortie des clients. Au fil du temps, un plus grand nombre de femmes qui évitaient de se rendre dans les cliniques de PF en l'absence de l'intervention parce qu'elles savaient qu'elles recevraient des soins partiels pourraient commencer à s'y rendre, réduisant ainsi les disparités dans l'utilisation de la contraception moderne. Les travaux futurs devraient explorer la possibilité de coupler le modèle Beyond Bias avec des efforts de sensibilisation visant à informer la communauté sur les cliniques qui offrent des soins moins partiels (par exemple, en rendant publics les scores des Rewards).

Comment concilier le fait que (1) nous observons des attitudes et des croyances partiales chez les prestataires en ce qui concerne l'âge, l'état matrimonial et la parité dans les enquêtes auprès des prestataires et les entretiens qualitatifs dans le groupe de contrôle, et (2) des disparités dans la contraception moderne utilisation pour les jeunes femmes sont bien documentées dans la littérature, mais (3) nous n'observons pas de grandes disparités dans les soins ou les méthodes reçues en fonction de l'âge, de l'état civil et de la parité parmi les clients qui se rendent dans les cliniques de contrôle ? Tout d'abord, cela pourrait s'expliquer par le fait que le sous-ensemble des jeunes femmes non mariées/nulipares qui viennent à la clinique sont celles qui sont les plus déterminées à obtenir les méthodes qu'elles souhaitent et les informations dont elles ont besoin pour prendre leur décision. Ils peuvent également disposer d'informations privées que nous n'observons pas dans les données et qui rendent leur situation plus acceptable socialement ou qui les amènent à subir moins de préjugés (par exemple, ils connaissent le prestataire d'ailleurs ou ils s'attendent à ce que le prestataire soit sensible à leur situation spécifique). Les femmes qui évitent la clinique



⁵ Speizer, Ilene S and Lisa M Calhoun. 2020. "Examination of Bias Across Client Exit Interview Data Sources. Full Access Full Choice Technical Report."

⁶ Speizer, Ilene S; David K Guilkey; Jennifer Winston and Lisa M Calhoun. 2021. "Does provider bias affect choice of a facility for family planning services by women in urban Senegal?" Studies in family planning.

peuvent le faire parce qu'elles savent qu'elles seront confrontées à des soins partiels et qu'on leur refusera leur méthode préférée. Ainsi, la réduction des disparités dans l'utilisation de la contraception moderne chez les jeunes femmes pourrait nécessiter de se concentrer davantage sur les jeunes femmes qui choisissent de ne pas se rendre à la clinique. Deuxièmement, les prestataires peuvent avoir des attitudes et des croyances partiales mais suivre leur formation et les meilleures pratiques lorsqu'ils conseillent et dispensent des méthodes. Ainsi, ces préjugés peuvent ne pas se répercuter sur les résultats des clients. Plus de la moitié des prestataires du groupe de contrôle avaient déjà reçu une formation sur les services adaptés aux jeunes, ce qui pourrait expliquer en partie pourquoi nous n'observons pas de disparités pour les jeunes femmes dans notre contexte, même en présence de préjugés liés à l'attitude. Troisièmement, certaines de nos données qualitatives indiquent que les rapports sur les attitudes/croyances partiales et la discrimination à l'égard des jeunes femmes concernent souvent de très jeunes femmes (c'est-à-dire âgées de moins de 15 ans). Nos clients mystères avaient 16 ans ou plus et presque aucune enquête de sortie n'a été menée auprès de femmes de 15 ans ou moins. Il est donc tout à fait possible que les femmes de 15 ans ou moins reçoivent des soins partiels ou se voient refuser des services, et que les résultats pour ces femmes soient meilleurs dans les cliniques d'intervention, mais nous ne saisissons pas cette information dans nos données.

En outre, les entretiens qualitatifs menés au Burkina Faso et en Tanzanie ont révélé que certaines cliniques d'intervention étendaient leurs horaires pour servir les jeunes en dehors des heures de travail. Comme les enquêtes de sortie n'ont été menées que pendant les heures normales d'ouverture des cliniques, il se peut que nous ayons manqué les visites des jeunes les plus susceptibles d'être victimes de préjugés. De même, au Pakistan, nos clients mystères non mariés étaient conçus pour être aussi socialement acceptables que possible, par crainte d'un traitement extrêmement mauvais ou d'un danger. En d'autres termes, c'est le profil non marié qui était le moins susceptible d'être victime de préjugés.

Une autre anomalie de notre analyse est que nous documentons des améliorations importantes dans l'information donnée aux clients (par exemple, plus



de conseils sur la gamme complète des méthodes) mais nous n'observons pas de changement dans les méthodes reçues. Si les clients ne recevaient pas la méthode de leur choix (éclairé) en l'absence de l'intervention, nous nous attendrions à ce que le conseil sur une gamme plus large de méthodes change la méthode qu'ils choisissent. Il y a deux explications possibles au fait que nous constatons une amélioration du conseil mais pas de changement dans la combinaison de méthodes. Premièrement, la plupart des femmes pourraient déjà recevoir leur méthode en toute connaissance de cause, de sorte que des informations supplémentaires ne changent pas leur choix. Deuxièmement, les prestataires d'intervention peuvent fournir plus d'informations sur les méthodes que les prestataires de contrôle mais continuer à encourager le même ensemble de méthodes que les prestataires de contrôle. Ceci est soutenu par les données analysées dans cette évaluation, qui montrent qu'une grande partie des prestataires encourageaient une méthode spécifique pour les clients mystères (60% en Tanzanie, 40% au Pakistan et 30% au Burkina Faso) et l'intervention n'a pas eu beaucoup d'effet sur les méthodes encouragées. Ils ont également découragé les méthodes à un taux similaire. Cela est également confirmé par les données issues des entretiens ; par exemple, en Tanzanie, où les prestataires ont exprimé des opinions tranchées sur les méthodes appropriées (décourageant généralement les injections et les pilules et encourageant les DIU et les implants) et où les clients ont également déclaré

⁷ Solo, Julie and Mario Festin. 2019. "Provider bias in family planning services: a review of its meaning and manifestations." *Global Health: Science and Practice*, 7(3), 371-85.

être orientés vers certaines méthodes. Ainsi, les prestataires d'intervention peuvent conseiller un implant et une injection mais encourager l'implant et décourager l'injection, alors que les prestataires de contrôle ne conseillent que l'implant et omettent l'injection. Dans les deux cas, le client serait amené à prendre un implant.

L'un des principaux défis de la recherche sur les préjugés des prestataires, souligné par Solo et Festin, est d'estimer comment les préjugés des prestataires affectent les résultats des clients. Cette étude est particulièrement bien placée pour explorer ces voies car l'intervention a induit un changement exogène dans les attitudes et les croyances des prestataires, qui sont à la base des préjugés, grâce à la randomisation de l'intervention. Nous constatons que la réduction de la mesure dans laquelle les attitudes et les croyances présentent des préjugés peut entraîner des changements mesurables dans la façon dont les prestataires conseillent et interagissent avec les clients. Cependant, les préjugés des prestataires ne semblent pas être fortement associés aux méthodes de PF reçues par les clients.

Un résultat prometteur est que les clients mystères ont perçu une probabilité significativement plus élevée de choisir la méthode de leur choix lorsqu'ils se rendent dans les cliniques d'intervention. Cet effet a été particulièrement marqué en Tanzanie, qui est également le seul pays où nous observons une amélioration de ces résultats dans les données de l'enquête de sortie. On ne sait pas exactement comment interpréter ce chiffre et il est probable qu'il s'agisse d'une combinaison de plusieurs aspects différents de la visite plutôt que d'une simple distribution de méthode. Mais il est clair que les clients mystères de Tanzanie (et du Pakistan dans une moindre mesure) pensaient avoir accès à une gamme plus large de méthodes dans les cliniques d'intervention par rapport aux cliniques de contrôle. Les clients mystères se sont également vu attribuer une préférence de méthode (DIU/implant ou injectable) et ils étaient plus susceptibles de penser qu'ils pouvaient prendre leur méthode préférée dans les cliniques d'intervention. Les clients réels peuvent ne pas avoir une idée claire de leur méthode préférée, de sorte qu'ils peuvent déclarer avoir reçu la méthode de leur choix même si d'autres méthodes leur convenaient mieux (la plupart des femmes pensent avoir reçu la méthode de leur choix). En revanche, les évaluateurs savaient exactement quelle était la « méthode préférée » des clients mystères.

L'équipe de Beyond Bias s'attendait, dès le début du projet, à ce que l'intersection de l'âge, de l'état matrimonial et de la parité soit un prédicteur important des préjugés des prestataires (par exemple, que la parité soit particulièrement importante si une femme est mariée ou que l'état civil soit particulièrement important si une femme est jeune). Bien que nous ayons eu une capacité limitée à explorer ce point dans les données quantitatives (voir la section sur les limites), les entretiens qualitatifs ont soutenu ce concept et suggéré que l'intersectionnalité va au-delà de l'âge, de l'état matrimonial et de la parité. Les gens incarnent plusieurs identités à la fois, et les entretiens qualitatifs indiquent que les prestataires peuvent traiter les clients différemment non seulement en fonction de leur âge, mais aussi, par exemple, selon qu'il s'agit d'une jeune personne scolarisée (qui a donc un « avenir prometteur » et qui peut « mériter » davantage la planification familiale pour atteindre ses objectifs) ou d'une jeune personne non scolarisée (qui est perçue comme ayant moins de perspectives de vie et qui n'a donc peut-être pas « besoin » de la planification familiale puisqu'elle va bientôt se marier et commencer à avoir des enfants). Ce concept d'intersectionnalité peut également influencer le choix de la ou des méthodes encouragées, car les résultats qualitatifs des prestataires et des clients suggèrent que les étudiants sont perçus comme étant « trop occupés » pour revenir souvent et ont donc besoin de méthodes à plus long terme. De plus, en particulier au Burkina Faso et en Tanzanie, la superposition avec la crise du VIH mérite d'être soulignée : de nombreux prestataires ont estimé qu'il était important de conseiller les jeunes en particulier sur les méthodes de barrière, car ils sont perçus comme étant plus exposés au VIH et aux infections sexuellement transmissibles. La question de savoir si ce risque est considéré comme hétérogène, et si et comment cela affecte le choix des méthodes de PF – par exemple si les jeunes optent pour des méthodes doubles – sont des domaines importants pour une étude plus approfondie.

Les résultats de l'évaluation en Tanzanie étaient les plus prometteurs. C'est le seul pays où nous constatons des améliorations significatives dans tous les domaines de résultats, et les effets étaient généralement cohérents entre les sources de données. L'engagement envers l'intervention a été très fort, et elle semble être bien accueillie d'après les résultats qualitatifs : très peu de prestataires interrogés ont exprimé des difficultés à s'engager dans l'intervention et il était courant pour les

personnes interrogées de partager des anecdotes qui contrastaient leurs attitudes et comportements antérieurs avec leur approche actuelle, en particulier envers les jeunes.

Au Pakistan, l'intervention s'est avérée prometteuse, mais l'engagement était beaucoup plus faible qu'en Tanzanie, les effets n'étaient pas aussi cohérents entre les sources de données et il n'y avait pas d'impact sur la délivrance des méthodes. Un engagement plus important dans l'intervention aurait pu conduire à des effets plus importants. Il y a également eu de nombreux défis de mise en œuvre tels que le refus de participer et l'attrition des prestataires. Il convient de noter qu'une majorité des prestataires interrogés ont mentionné qu'ils avaient des difficultés avec Connect (obstacles technologiques, manque de temps pour s'engager pleinement et agacement face à la fréquence des contacts), et que Rewards n'a pas été accueilli aussi positivement que dans d'autres pays. Cela suggère que les prestataires privés gérant leur propre cabinet auront plus de mal que les grandes cliniques publiques à rester engagés dans les différentes composantes de l'intervention. Bien qu'il y ait eu des aspects positifs de l'intervention qui ont pu être uniquement bénéfiques aux prestataires solo – en particulier les connexions avec d'autres prestataires travaillant dans cet espace à la fois via Connect et Rewards – les particularités de la conception d'une stratégie de mise en œuvre qui fonctionne pour les prestataires solo doivent être soigneusement examinées. Il peut également y avoir des différences liées au genre dans la capacité à s'engager dans l'intervention, en particulier dans les établissements à prestataire unique – par exemple si les prestataires solo féminins ont moins de temps libre pour participer à Connect en raison des tâches ménagères (ce que nous n'avons pas exploré ici mais qui mérite une étude plus approfondie).

Le Burkina Faso a montré des améliorations similaires à celles de la Tanzanie et du Pakistan en ce qui concerne les attitudes et les croyances des prestataires, mais nous ne constatons pas d'amélioration de la qualité des soins et du traitement perçu au Burkina Faso. Une explication possible de ce phénomène est que les prestataires avaient déjà des attitudes et des croyances relativement impartiales dans le groupe de contrôle. Les prestataires du groupe de contrôle au Burkina Faso étaient plus

susceptibles d'être en accord/en désaccord avec les déclarations qui indiquaient moins de partialité (par exemple, 94% des prestataires du groupe de contrôle au Burkina Faso étaient d'accord pour fournir la PF à un client qu'ils jugeaient trop jeune, contre seulement 63% en Tanzanie et 56% au Pakistan). En outre, les entretiens qualitatifs avec les prestataires et les clients au Burkina Faso ont donné moins d'informations sur les soins partiels, que ce soit dans les centres de traitement ou de contrôle. Ainsi, les attitudes et croyances partiales étaient peut-être moins présentes au Burkina Faso avant l'intervention. Ceci est cohérent avec une étude qualitative récente qui a constaté « qu'en grande majorité, les prestataires sont heureux de donner une contraception aux femmes jeunes, non mariées et nullipares ». Une autre explication est que les prestataires du Burkina Faso se sont moins engagés dans l'intervention ; seuls 65% des prestataires interrogés dans le groupe d'intervention au Burkina Faso ont déclaré avoir assisté au Summit (contre plus de 80% dans les deux autres pays), il est donc possible qu'ils aient été moins exposés au contenu sur le changement de comportement.

Les entretiens qualitatifs du Burkina Faso ont également révélé des problèmes systémiques qui ne pouvaient pas être résolus par l'intervention, comme le fait que les prestataires étaient très occupés, qu'ils n'avaient pas assez d'espace pour assurer l'intimité et qu'ils avaient des problèmes d'approvisionnement en méthodes. Les parties prenantes des politiques et des programmes ont également parlé de l'importance de l'institutionnalisation et de l'intégration – idéalement au sein des structures et des activités gouvernementales – pour une mise à l'échelle et une durabilité efficaces, et il est encourageant de constater que cela est déjà en cours.

Les différents effets du traitement expérimentés par les différents pays pourraient être liés aux différents niveaux d'exposition à l'intervention avant la pandémie (cinq mois au Pakistan, trois mois en Tanzanie et un mois au Burkina Faso). Cependant, l'examen des effets du traitement dans le temps ne montre pas de tendance claire à des améliorations plus importantes au fur et à mesure que le temps passe, donc, bien qu'il ne soit pas clair que les différences d'exposition pré-pandémique aient été importantes, elles ne peuvent pas non plus être exclues.

⁸ Senderowicz, Leigh. 2019. "I was obligated to accept": A qualitative exploration of contraceptive coercion." *Social science & medicine*, 239, 112531.

⁹ La faible participation au Summit au Burkina est en partie due à une proportion importante (~16%) de prestataires ayant récemment rejoint la clinique (c'est-à-dire ayant travaillé dans la clinique depuis moins de 12 mois). En retirant les "nouveaux" prestataires de cette analyse, l'exposition à la participation au Summit augmente à 77% au Burkina Faso.

Les résultats des entretiens qualitatifs avec les prestataires sont largement cohérents avec les résultats quantitatifs en ce qui concerne la façon dont les prestataires ont déclaré que leur comportement et leurs pratiques ont changé en réponse à l'intervention. Cependant, les données qualitatives ont révélé des cas spécifiques de préjugés des prestataires envers les groupes cibles -- tant dans les sites d'intervention que dans les sites de contrôle -- dans les 3 pays, ce qui pourrait sembler en contradiction avec les données quantitatives où nous avons constaté que les préjugés ne sont pas très fréquents et que l'âge, l'état matrimonial et la parité n'ont pas d'effets importants sur les soins reçus ou le traitement perçu par le prestataire. Cette divergence peut s'expliquer par le fait que les entretiens qualitatifs approfondissent des interactions spécifiques qui pourraient révéler des exemples et des souvenirs de préjugés que nous n'avons pas saisis dans les données quantitatives transversales à rappel immédiat. Les prestataires pourraient également se souvenir de cas de préjugés à l'égard de clients très jeunes (par exemple, 15 ans ou moins), que nous ne saisissons pas dans nos données quantitatives. Il est largement possible d'améliorer la mesure des préjugés et les travaux futurs devraient s'appuyer sur les enseignements tirés de ce projet. Cependant, bon nombre des préjugés que nous documentons dans la section qualitative sont détectés par les enquêtes de sortie et par les clients mystères (par exemple, s'ils ont été mal traités en raison de leur âge), et il est important de ne pas interpréter les données qualitatives comme une mesure de la fréquence des interactions partiales. Les entretiens qualitatifs ont été conçus pour fournir plus de détails et de profondeur aux expériences de préjugés, tandis que les données quantitatives documentent l'étendue du problème. Il n'est donc pas évident qu'il y ait une discordance entre les rapports qualitatifs relatifs aux préjugés et les estimations quantitatives de l'ampleur des préjugés. Les entretiens qualitatifs ont révélé des détails sur des cas spécifiques de partialité et les données quantitatives ont révélé que ces cas étaient relativement rares (bien qu'ils se soient produits) et n'ont pas entraîné de grandes disparités pour les groupes cibles.

Dans les trois pays, les parties prenantes des politiques et des programmes ont été largement enthousiasmées par l'intervention et encouragées

par la perspective d'étendre ou d'introduire les interventions Beyond Bias dans de nouveaux pays. Les préoccupations les plus courantes concernaient les normes sociales/communautaires dans les zones de mise à l'échelle et les parties prenantes ont suggéré des analyses des besoins et des activités de sensibilisation communautaires parallèlement à la mise à l'échelle. En outre, les parties prenantes de tous les pays se sont interrogées sur la manière dont le gouvernement devrait être impliqué ; l'intégration dans les services existants a été considérée comme essentielle pour la mise à l'échelle et la durabilité, mais les parties prenantes se sont demandé si la priorité et la « volonté politique » étaient suffisantes pour y parvenir. Les parties prenantes étaient également optimistes quant à l'impact de Beyond Bias, mais plusieurs d'entre elles ont déclaré qu'elles attendaient les résultats de l'évaluation avant de formuler des recommandations fermes quant à la poursuite ou à la mise à l'échelle du projet.

L'analyse qualitative a également mis en évidence des moyens potentiels d'améliorer l'efficacité de l'intervention. Certains prestataires ont laissé entendre qu'ils ne comprenaient pas entièrement le système de notation des Rewards et ne savaient donc pas comment modifier leur comportement pour améliorer leur score, ce qui était décourageant. Rendre le système de notation plus transparent et le lier à des comportements spécifiques pourrait aider à guider les stratégies de changement de comportement des prestataires pour augmenter leur score. Trouver des moyens de maintenir l'engagement des prestataires et de leur consacrer du temps dans leurs emplois du temps chargés est un autre domaine où l'efficacité pourrait être améliorée.

Limites

Ce travail doit être interprété à la lumière de ses limites, qui sont nombreuses.

Premièrement, le préjugé du prestataire est un concept abstrait qui se manifeste de différentes manières par différents prestataires et qui est vécu différemment par différents types de clients. Mesurer et quantifier les préjugés des prestataires est donc très difficile et il existe probablement des aspects de ces

préjugés que nous n'avons pas relevés avec nos instruments d'enquête quantitative (par exemple, les préjugés basés sur le fait qu'un jeune client est un étudiant). Les travaux futurs devraient s'appuyer sur les mesures créées pour ce projet afin d'affiner la science de la mesure des préjugés dans les cliniques de PF.

Deuxièmement, un objectif clé du projet Beyond Bias et de la communauté de la PF en général est de s'assurer que tous les clients reçoivent la méthode de leur choix en toute connaissance de cause, indépendamment de leur âge, de leur état matrimonial et de leur parité. Il est très difficile de mesurer si une personne a reçu la méthode de son choix car (1) les clients pourraient sur-déclarer avoir reçu la méthode de leur choix en raison d'un préjugé de désirabilité sociale et (2) les clients pourraient ne pas savoir quelle est leur méthode de choix éclairée si le prestataire ne les informe pas de manière appropriée sur toutes les méthodes. Ces facteurs peuvent expliquer en partie pourquoi des taux très élevés de « méthode de choix reçue » ont été détectés dans les données de sortie des clients (plus de 90% au Burkina Faso et en Tanzanie), alors que dans le même temps, une grande partie des visites de clients mystères ont enregistré qu'ils ne pensaient pas avoir pu prendre leur méthode de choix (la méthode de choix a été attribuée aux clients mystères par l'équipe de l'étude). Les travaux futurs devraient se concentrer sur la validation d'une mesure permettant d'évaluer si les clients ont reçu leur méthode de choix éclairé.

Troisièmement, on savait dès le départ que l'intersection de plusieurs caractéristiques des clients était importante en termes de type et d'intensité de préjugés des prestataires reçus (par exemple, que la parité serait plus importante pour les femmes mariées et que l'état matrimonial serait plus important pour les femmes plus jeunes). Cependant, un grand nombre de sous-groupes pourraient être créés lors de l'examen de l'intersectionnalité et les évaluateurs ne disposaient pas d'une puissance statistique suffisante pour explorer pleinement l'interaction des différentes caractéristiques des clients. Les échantillons de clients mystères ne comprenaient que 40 visites par profil (20 dans chaque groupe) et certains profils étaient extrêmement rares dans les données de sortie des clients (par exemple, les clients mariés + nullipares représentaient moins de 1% des données). Ainsi, la capacité de tirer des conclusions sur les combinaisons de caractéristiques associées aux

soins les plus partiels et sur les profils qui ont le plus bénéficié de l'intervention était limitée. Les études futures bénéficieraient d'un échantillon plus important de visites de clients mystères, de sorte que l'analyse de combinaisons plus intersectionnelles soit possible.

Quatrièmement, l'enquête auprès des prestataires, l'enquête auprès des clients à la sortie de l'établissement et les entretiens qualitatifs reposaient sur des auto-déclarations, qui sont susceptibles de présenter un préjugé de désirabilité sociale. Les prestataires, en particulier ceux du groupe d'intervention, ont pu exagérer les attitudes et les croyances positives à l'égard du groupe cible, car l'équipe Beyond Bias les a formés sur ce qu'était la « bonne » réponse. De même, les clients pouvaient sous-estimer la mesure dans laquelle ils percevaient un mauvais traitement de la part des prestataires parce qu'ils ne voulaient pas que le prestataire paraisse mal. Les clients mystères répondent en grande partie à ce problème, mais ils présentent d'autres faiblesses, comme le fait qu'ils ne suivent pas réellement une méthode et qu'ils peuvent avoir des expériences différentes de celles des clients réels.

Cinquièmement, les données de base faisaient défaut pour de nombreux résultats évalués. Bien que l'attribution aléatoire de l'intervention garantisse que les résultats et les facteurs de confusion potentiels sont équilibrés au départ en moyenne, il est possible qu'un déséquilibre fortuit sur certaines caractéristiques ait pu biaiser les estimations de manière imprévisible.

Sixièmement, si les thèmes qui ont émergé des entretiens entre les sites de contrôle et d'intervention ont été comparés, un plus grand nombre de clients et de prestataires des centres d'intervention ont été interrogés que dans les sites de contrôle. Cela a limité la possibilité de saisir autant de variations dans les expériences des sites de contrôle.

Enfin, il n'a pas été possible d'évaluer les effets de cette intervention au niveau communautaire et donc les effets de Beyond Bias sur les perceptions communautaires des préjugés des prestataires ou des besoins non satisfaits en matière de PF n'ont pas été évalués. Les travaux futurs devraient explorer les impacts du modèle Beyond Bias au niveau communautaire.



Credits photos : Pathfinder International - Burkina Faso, Pakistan, Tanzanie. Toutes les photos montrent des prestataires participant aux événements Beyond Bias Summit, Connect, et Rewards ou dans les établissements de santé où ils travaillent.

Cette publication est basée sur des recherches financées en partie par la Fondation Bill & Melinda Gates. Les résultats et les conclusions contenus dans ce document sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions ou les politiques de la Fondation Bill & Melinda Gates.

Pour le rapport d'évaluation complet, veuillez consulter le site Web de Beyond Bias : <https://www.pathfinder.org/projects/beyond-bias>

PATHFINDER
pathfinder.org