



EngenderHealth
for a better life

Le Modèle SEED™ (Offre–Environnement favorable– Demande) pour la programmation de la planification familiale

APPROCHE CONCEPTUELLE GLOBALE EN MATIÈRE DE PROGRAMMES DE SANTÉ SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION

Le Modèle SEED™ (Offre–Environnement favorable–Demande [Supply–Enabling Environment–Demand]) est le fruit de l’engagement d’EngenderHealth en faveur d’une approche holistique de la conception et de la mise en œuvre de programmes de santé sexuelle et de la reproduction (SSR). Les programmes destinés à améliorer la santé sexuelle et de la reproduction visent fréquemment des objectifs de santé ciblés, tels qu’améliorer la sécurité de la grossesse et de l’accouchement, aider les clients à concrétiser leurs intentions de procréation grâce au planning familial (PF), ou réduire la transmission du VIH et/ou améliorer la santé des personnes porteuses du VIH ou atteintes du SIDA.

Le Modèle SEED est fondé sur la conviction que les programmes de santé sexuelle et de la reproduction seront plus efficaces et pérennes s’ils prennent en compte, dans le cadre d’une approche intégrée, les déterminants à multiples facettes de la santé et comprennent des interventions synergétiques qui :

- Renforcent la disponibilité et la qualité des services, et contribuent à améliorer d’autres aspects des Offres
- Renforcent les systèmes médicaux et de soins, et encouragent un environnement favorable dans le domaine des comportements de recherche de la santé sexuelle et de la reproduction
- Améliorent la connaissance en santé sexuelle et de la reproduction et favorisent la demande de services de santé sexuelle et de la reproduction

Le Modèle SEED peut contribuer à un large éventail de fonctions de planification de programme. Son utilisation peut aider les planificateurs à encourager une approche complète de l’appréciation, la conception, la mise en œuvre et l’évaluation de programme ; elle peut également souligner la nécessité de prendre en compte, effectivement et dans une perspective synergétique, des facteurs liés aux systèmes d’offre de services et de soutiens, culturels et locaux, ainsi que les dimensions des politiques publiques, de la bonne gouvernance. Le Modèle SEED peut également constituer un cadre de partenariats, dans la mesure où il est probable qu’aucune entité ne possède, à elle seule, la capacité ni la volonté de traiter toutes les composantes d’Offre, d’un Environnement favorable et de la Demande. La mise en place et en œuvre du modèle complet requiert d’ordinaire la collaboration de parties prenantes multiples, possédant une expertise complémentaire. Le Modèle SEED offre aux planificateurs de programme l’occasion de lancer une gamme d’interventions, à divers niveaux, de l’échelon national à celui de la communauté, en passant par les collectivités locales et les centres de soins et d’information.

A. Offre

Des services de qualité constituent le socle de tout bon programme de santé. La qualité est jugée être d’un bon niveau lorsque les infrastructures, équipements et matériels existants sont adéquats. En outre, la disponibilité de personnels bien formés, dûment qualifiés, motivés et bénéficiant d’un soutien adapté, dont la pratique est conforme aux normes établies et qui fournissent des services accessibles aux clients et aux communautés qu’ils servent, et acceptables par ceux-ci dans une perspective de responsabilité à l’égard des destinataires, est une condition critique à l’offre de soins de bonne qualité.¹

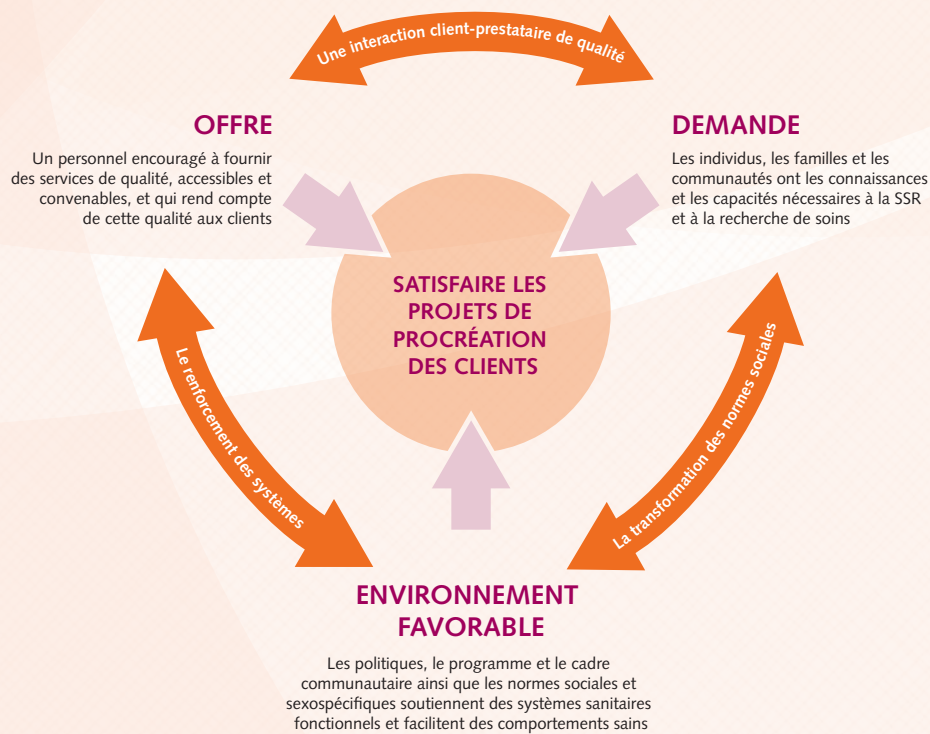
Pour atteindre un tel niveau de qualité et garantir à la fois une bonne sécurité clinique et l’inclusion d’une gamme complète de services de conseil, les programmes doivent être dotés de systèmes efficaces de formation, de supervision, de logistique et d’orientation des patients. Les responsables de programme peuvent revoir l’organisation du travail et l’intégration des services, et étudier des partenariats public-privé. Au niveau de l’établissement de soins et de services, ou des services locaux ou mobiles, il est possible qu’il soit nécessaire de mettre à niveau des infrastructures, et d’assurer la fiabilité et la durabilité des équipements, matériels et fournitures. Les effectifs doivent être suffisants et les collaborateurs doivent posséder la motivation requise pour fournir des services de qualité, et suffisamment autonomes (grâce au soutien de l’encadrement et à des infrastructures adaptées) pour gérer les services efficacement. Il est également indispensable que soient en place des systèmes administratifs, financiers et de gestion, et que les administrateurs soient focalisés sur une médecine factuelle et une prise de décisions fondée sur des données, afin d’améliorer la qualité des services, ainsi que de planifier et de gérer des programmes.

En outre, les services médicaux doivent être étroitement liés aux populations locales qu’ils desservent, et les prestataires doivent être responsables envers les communautés. Les populations locales peuvent s’avérer être de précieux partenaires pour définir et conserver des services de qualité, lorsque l’occasion leur est offerte de participer à la supervision et la gestion de services de santé.

B. Environnement favorable

Une multiplicité de facteurs socioculturels, économiques et politiques interconnectés influencent à la fois le fonctionnement et la pérennité des services de santé, ainsi que les normes et pratiques sociales dans le domaine de la santé. Un Environnement favorable pour la santé requiert des politiques équitables, des ressources adéquates, une bonne gouvernance, une bonne gestion et une responsabilité réelle,

1. Les prestataires de services peuvent être des médecins, sages-femmes, responsables cliniques, personnels infirmiers, formateurs homologues, pharmaciens, travailleurs de proximité ou travailleurs de la santé locaux. Les emplacements de service peuvent être des installations cliniques, des postes de santé et de proximité autre, pharmacies, points de vente de médicaments ou d’autres lieux utilisés pour assurer des services de santé sexuelle et de la reproduction (par exemple, les centres locaux de la médecine du travail, ou les consultations à domicile).



des normes sociales et culturelles propices, ainsi que l'égalité des genres. Lorsque ces besoins ne sont pas pris en compte lors de la conception et la mise en œuvre du programme, les investissements en interventions au niveau des Offres proposées ou de la Demande risquent de manquer d'efficacité à court terme et de pérennité au fil du temps.

Un leadership solide et effectif est crucial pour la création d'un environnement favorable à tous les échelons du système de santé, ainsi qu'au sein des communautés, afin de soutenir et de faire progresser les questions de santé sexuelle et de la reproduction. Ce leadership est indispensable à la promotion de politiques, de lignes directrices et d'approches factuelles, pour asseoir l'affectation des ressources humaines et financières en matière de santé sexuelle et de la reproduction, pour veiller à ce que le système de santé ait la capacité requise pour fournir des services de qualité, ainsi qu'afin de remettre en cause des normes sociales et de genre susceptibles d'affecter de manière négative la santé sexuelle et la reproduction des individus.

Le besoin de nouer un dialogue avec les autorités publiques et les populations locales, dans le but de déplacer le discours sur la santé sexuelle et de la reproduction de la sphère privée à la place publique est crucial à l'instauration d'un environnement favorable. Sont ainsi favorisées la discussion des questions de santé sexuelle et de reproduction, ainsi que la reconnaissance de leurs dimensions de santé publique et en termes de droits, chacun ayant intérêt à la garantie d'un bien-vivre sexuel et reproductif.

C. Demande

Nombreux sont les obstacles susceptibles d'empêcher les individus d'atteindre leur bien-être sexuel et reproductif, et la disponibilité de services n'en est que trop souvent le moindre. Les individus, les familles et les communautés doivent posséder les connaissances, la capacité et la motivation requises pour veiller à la santé sexuelle et de la reproduction, et encourager les personnes à se faire traiter. Les programmes doivent encourager une attitude positive à l'égard de la santé sexuelle et de la reproduction, prendre en compte les mythes et conceptions, mettre à disposition une information factuelle sur les questions et les risques de santé sexuelle et de la reproduction, et promouvoir les services disponibles.

Ceci requiert un éventail d'interventions de communication pour le changement social et comportemental (CCSC), de l'éducation à la santé initiale aux messages dans les médias, en passant par le conseil, la communication interpersonnelle, le soutien des pairs et de marketing social. Ces approches de communication pour le changement social et comportemental doivent mettre à la disposition des destinataires des informations claires, factuelles et non biaisées, destinées à accroître les connaissances, les compétences, la perception du risque et l'auto-efficacité de la population ; à encourager la communication au sein des couples, entre semblables et au sein des familles ; à promouvoir les valeurs et les attitudes favorisant les comportements sains ; et à inciter les individus à recourir à des soins et à profiter des services disponibles. Enfin, ces interventions doivent être

synergétiques et se renforcer mutuellement, afin que les individus et les familles reçoivent, quelles qu'en soient les sources et sous divers formats, des informations et des messages cohérents, critiques promouvant l'adoption définitive de comportements sains (Kincaid, 2000).

D. Synergies entre les composantes

Les interventions en relation avec l'une ou l'autre des trois composantes du programme (Offre, Environnement favorable et Demande) ne sont pas étanches ni isolées, ainsi que l'illustrent les flèches qui, dans le schéma (page 2), relient ces trois volets. Un investissement dans une composante aura un impact sur une autre. Les activités bien coordonnées et qui se renforceront mutuellement auront un impact optimal en termes de rendement. Le Modèle SEED souligne trois éléments de synergie entre les composants du programme—*Interaction Client-Prestataire de Qualité, Renforcement des Systèmes*, et *Transformation des Normes Sociales*.

Une interaction client-prestataire de qualité jette une passerelle entre offre et demande. Une interaction client-prestataire de qualité est au cœur même de services de qualité. Elle a lieu lorsqu'un client possédant les connaissances requises et autonome est en rapport avec un prestataire de services qualifié et motivé dans un centre de services équipé et bien géré, ou à l'occasion d'activités mobiles/de proximité.

Des investissements à la fois dans les composantes Offre et Demande contribuent à une interaction client-prestataire de qualité. Ainsi, côté Offre, les investissements en communication interpersonnelle, formation au conseil et aides/outils professionnels permettent aux prestataires de services de santé d'assurer un conseil centré sur le client susceptible d'influer positivement sur les connaissances et la demande de services des clients. Conçu en fonction des besoins des clients, ce conseil permet d'identifier les lacunes des clients et d'y remédier efficacement, ainsi que d'aider les clients à identifier leurs besoins en matière de santé, leurs intentions, et les mesures à adopter ou le traitement adéquat. De même, les investissements côté demande en interventions de communication en faveur du changement social et comportemental peuvent renforcer la sensibilisation du client aux questions de santé et aux services qui lui sont proposés, ainsi que ses connaissances dans ce domaine, et lui donner suffisamment d'assurance pour oser poser des questions et demander les services ou les produits dont il a besoin au cours des consultations. Ces investissements, qui se complètent et se renforcent mutuellement, augmentent les chances qu'une réponse soit apportée aux besoins des clients en matière de santé sexuelle et de la reproduction.

Le renforcement des systèmes établit un pont entre Offre et Environnement favorable. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a défini six facteurs essentiels dans tout système de santé : (1) offre de services de santé ; (2) personnels de santé ; (3) informations sanitaires ; (4) médicaments et technologies ; (5) financement des systèmes de santé ; et (6) direction et gouvernance des systèmes de santé (OMS, 2007a). Le renforcement des systèmes de santé demande des efforts de la part de l'ensemble des acteurs et de toutes les organisations (publiques et privée²) afin d'améliorer les interventions et les activités menées dans ces six domaines, améliorant ainsi la capacité des prestataires à fournir des services de santé pérennes et de qualité.

Pour être pérennes, nombre d'interventions côté demande requièrent un renforcement des systèmes. Ainsi, des initiatives destinées à remédier aux carences des prestataires en termes de compétences, ainsi qu'en lien avec fournitures et équipements essentiels, ne sauraient être pérennes sans investissements complémentaires dans des systèmes de supervision, de logistique de matériels, de formation et autres similaires. Le renforcement des systèmes peut également impliquer la prise en compte de nouvelles méthodes d'offre de services, tels que le déplacement ou partage de tâches, les initiatives locales ou mobiles de proximité, et l'adoption de nouvelles technologies. De même, le renforcement de systèmes donne l'occasion d'identifier les domaines potentiels d'intégration de services pour lesquels des liens peuvent, à la fois, accroître l'efficacité des services et améliorer leur accessibilité et leur disponibilité. L'Approche d'EngenderHealth en matière d'intégration³ fait appel à un dispositif de renforcement des systèmes, destiné soit à aider les personnels et responsables des sites à incorporer à un service de base la gamme de composantes réaliste d'un service donné (par exemple, les différents niveaux de planning familial concernant les soins et traitement du VIH), soit à renforcer une composante de soins dans un modèle de services sous-utilisés (par exemple, le planning familial, dans le cadre de soins post-abortum ou de services de maternité).

Les méthodes systématiques employées pour obtenir la participation des principales parties prenantes, et notamment des populations locales, doivent également être renforcées afin de veiller à ce qu'elles contribuent de manière significative et continue à l'affectation des moyens et à la planification des programmes, ainsi qu'au travail de conception, de mise en œuvre et de suivi. Ceci repose sur le principe selon lequel les prestataires de services doivent être en mesure de rendre des comptes aux communautés qu'ils servent, et en vertu duquel il est dans l'intérêt de la population que soient mis en place des services pérennes de qualité et qu'il lui soit donné la possibilité d'y contribuer.

2. Le mot « privé » couvre à la fois les organisations à but non lucratif et non gouvernementales.

3. L'Approche d'EngenderHealth en matière d'intégration repose sur un processus en cinq étapes : (1) ouverture d'un dialogue avec les parties prenantes afin de dresser une liste de services intégrés ; (2) évaluation de la capacité d'intégration du service de base ; (3) mise en place ou renforcement de systèmes destinés à prendre en compte le niveau d'intégration choisi ; (4) identification et renforcement des ressources de soutien supplémentaires, telles que des partenaires ; et (5) suivi de la performance des services, et évaluation du potentiel d'intégration de fonctions de soins supplémentaires. Une focalisation sur les niveaux d'intégration pourrait rendre le processus d'intégration plus gérable et pratique, ce en subdivisant en éléments fonctionnels les différentes composantes du service qui sont à intégrer, et en les présentant sous forme de gamme progressive d'options de services susceptibles d'être adaptées à la capacité et aux ressources du service de base (Farrell, 2007).

La transformation des normes sociales lie Demande et Environnement favorable. Une norme sociale est une valeur, une conviction, une attitude ou un schéma comportemental auquel adhère la plupart des individus d'une communauté ou culture donnée ; et une communauté attend souvent des personnes qui la composent qu'elles se conforment à une telle norme sociale. Les normes sociales influencent de manière significative la santé sexuelle et de la reproduction dans la mesure où elles correspondent à des attentes de comportement potentiellement incompatibles avec le type de conduite nécessaire à une bonne santé et au bien-être individuels. Lorsque c'est le cas, un programme holistique doit mettre en œuvre des interventions contribuant à transformer les normes sociales préjudiciables qui empêchent les individus de

protéger leur santé sexuelle et de la reproduction, et/ou d'adopter un comportement de santé positif. Engager le dialogue sur les questions de santé sexuelle et de la reproduction avec la population requiert notamment un examen des obstacles socioculturels à la santé sexuelle et de la reproduction, tels que les rôles assignés aux femmes et les concepts de masculinité. La réalisation d'interventions côté demande, en se focalisant en parallèle sur l'adoption de normes sociales et de genre favorables, permet d'éveiller la population à l'importance des enjeux de santé sexuelle et de la reproduction. Elle renforce également leur sensibilisation dans ce domaine, ainsi que leurs capacités à atteindre un tel objectif et à recourir à des soins dans un environnement favorable.

PRINCIPES SOUS-JACENTS

Bien qu'ils ne soient pas intégrés visuellement au Modèle SEED, EngenderHealth souscrit aux quatre principes sous-jacents de bonne conception et mise en œuvre des programmes. Ils constituent le socle de l'approche d'EngenderHealth et sont décrits ci-après.

A. Fondamentaux des soins de santé

Les fondamentaux des soins sont les éléments essentiels de tous services de qualité, en particulier (mais pas seulement) dans un environnement clinique (Le Projet ACQUIRE, 2006). Les fondamentaux des soins incluent :

- Une prise de décisions et un choix informés et volontaires
- Une bonne sécurité clinique
- Un mécanisme permanent d'amélioration de la qualité et de l'assurance qualité reposant sur les droits des clients et les besoins des collaborateurs

Tous les clients sont en droit de faire des choix informés et volontaires, et de prendre des décisions sur la base d'informations exactes concernant les options de service disponibles, sans influence négative d'un prestataire. Ceci vaut pour la disponibilité des méthodes de planning familial et le choix entre celles-ci, ainsi que pour toutes décisions prises concernant les procédures cliniques en matière de santé sexuelle et de la reproduction (accouchement médicalisé, procédure de vasectomie ou dépistage du VIH, par exemple). La sécurité des procédures cliniques n'est possible que si les prestataires sont qualifiés et travaillent dans un centre de offre bien géré et dûment équipé ; si de telles procédures sont mises en œuvre sur la base de normes, lignes directrices et protocoles à

jour et factuels ; et lorsqu'il existe des procédures de prévention des infections. Enfin, les approches d'encadrement direct et d'amélioration de la qualité adoptées dans une perspective de facilitation contribuent à solutionner les problèmes et à donner aux personnels, comme aux populations locales, les moyens d'œuvrer activement au respect systématique et pérenne des normes de qualité. De telles approches en matière d'encadrement direct et d'amélioration de la qualité dans une perspective de facilitation aident par ailleurs les prestataires à passer du niveau de performance existant à celui recherché, ainsi qu'à adopter de meilleures pratiques destinées à renforcer la performance au gré de l'émergence de nouvelles données.

B. Programmation à base de données concrètes

La programmation à base de données concrètes consiste à faire un usage explicite des données et des preuves scientifiques lors de la conception et de la mise en œuvre du programme. Cette approche peut revêtir des formes diverses, au nombre desquelles :⁴

- Une recherche formative destinée à évaluer les besoins et à renseigner la conception d'un programme
- L'utilisation de données d'enquête (d'enquêtes démographiques et sanitaires, par exemple) pour définir la nécessité et l'ampleur d'un programme
- L'utilisation d'études et de modèles logiques publiés pour sélectionner et concevoir des initiatives d'intervention
- L'utilisation d'analyses de la littérature scientifique, ainsi que des directives et des normes internationales, dans le but de mettre à jour des politiques ou des protocoles de service
- L'incorporation d'informations factuelles et d'éléments de théorie

4. Exemples extraits de : Healthy Teen Network and ETR Associates, 2006.

comportementale aux interventions de communication concernant les changements sociaux et comportementaux

- L'utilisation des statistiques des offres de services fournis et autres données d'amélioration de la qualité
- Des études opérationnelles réalisées pendant la mise en œuvre et la montée en puissance des programmes
- Le suivi et l'évaluation des programmes
- L'utilisation de données pour la prise de décisions et la planification des programmes (l'utilisation des statistiques des offres de services fournis et des données démographiques à des fins prévisionnelles, par exemple)

Dans de nombreux cas, les programmes sont conçus et mis en œuvre sur la base de l'intuition, de l'idéologie ou d'une expérience antérieure, sans indication forte de l'efficacité des approches choisies. Autant que possible, un programme doit se baser sur des données probantes générées localement, qui sont susceptibles d'être complétées, lorsque les connaissances dans le domaine concerné ne sont pas suffisantes, par des données internationales concrètes. L'adoption d'une approche factuelle permet aux programmes de cibler les besoins prioritaires et d'utiliser les ressources efficacement, optimisant ainsi les chances de succès du programme en évitant d'avoir à toujours « réinventer la roue » et en profitant des expériences passées et des connaissances acquises concernant « ce qui marche bien ». Les données concrètes sont également essentielles aux activités de plaidoyer. Lorsqu'elles sont fondées sur des données scientifiques, de telles activités sont davantage susceptibles d'aboutir à des politiques et des programmes-eux-mêmes basés sur des faits-de meilleure qualité.

Les programmes ne doivent pas seulement utiliser des données concrètes, mais aussi, chaque fois que possible, contribuer à en générer. Le suivi et l'évaluation, les études opérationnelles, l'élaboration d'une documentation et la dissémination des résultats doivent être intégrés aux programmes dès le départ.

C. Équité entre les genres

Les besoins des femmes en matière de santé sexuelle et de la reproduction diffèrent nettement, et de manière significative, de ceux des hommes. Ces différences sont ancrées dans leurs rôles biologiques et socialisés propres dans les domaines de la reproduction (grossesse) et de l'éducation des enfants. Les normes de genre dans une société donnée, ainsi que les dynamiques de

pouvoir entre femmes et hommes peuvent donc créer des « contraintes différentielles, en termes de réponse à ces besoins [en matière de santé sexuelle et de la reproduction] » (Doyal, 2000). Ainsi, l'absence de pouvoir de décision des femmes, ajoutée à un contrôle limité des ressources financières, a pour effet d'accroître le risque pour la santé sexuelle et de la reproduction et de limiter l'accès des femmes aux services.⁵ De la même manière, les normes socioculturelles qui définissent la masculinité peuvent dissuader les hommes à chercher à obtenir des services préventifs et curatifs dans le domaine de la santé sexuelle et de la reproduction.

Une approche équitable passe par la reconnaissance des contraintes différentes auxquelles sont confrontés les hommes et les femmes, mais également des différences, en termes de niveaux de ressources et de prise en compte de leurs problèmes de santé. Il est donc important d'évaluer les interventions en matière de santé sexuelle et de la reproduction à travers le « gender lens⁶ », et de déterminer dans quelle mesure les conditions d'un accès et d'une participation équitables, ainsi que d'une protection adéquate contre les violences et la discrimination, sont réunies. Pour ce faire, il pourrait s'avérer utile de traiter les femmes et les hommes différemment, afin d'œuvrer à un résultat égal pour les deux sexes en termes de santé sexuelle et de la reproduction améliorée (Simpson et al., 2005). Le Modèle SEED prend donc en compte la nécessité de bousculer et de faire évoluer des normes sociales préjudiciables, parmi lesquelles l'absence d'équité fondée sur le genre, de manière à ce que les programmes conçus puissent promouvoir une évolution positive des mentalités quant aux rôles assignés à chacun des deux genres, ce dans la perspective d'une meilleure santé sexuelle et de la reproduction, tant pour les hommes que pour les femmes.

D. Implication des parties prenantes⁷

L'implication des parties prenantes est un processus participatif d'intégration des acteurs ayant un rôle à jouer en lien aux activités et objectifs d'un programme donné, et possédant des intérêts à cet égard et/ou qui sont affectés par ceux-ci. Une telle participation peut passer par un continuum d'activités, au nombre desquelles le dialogue et la consultation, la collaboration en matière d'identification de problèmes et de solutions, les partenariats de mise en œuvre et d'évaluation, le développement du potentiel et l'habilitation (ou autonomisation) de la population. Les parties prenantes peuvent différer d'un niveau à l'autre : ainsi, à l'échelon national, il pourra s'agir

5. Entre autres exemples spécifiques, contentons-nous de mentionner : l'absence de pouvoir de décision concernant le choix du partenaire sexuel et le moment des rapports ; l'absence de pouvoir décisionnel quant au nombre d'enfants ; l'impossibilité de négocier l'utilisation du préservatif masculin ; le manque de mobilité, dans certains environnements, qui empêche d'obtenir des informations et des services ; les violences fondées sur le genre ; et les déséquilibres, en termes de pouvoir, ancrés dans les différences de genre, entre prestataires masculins et clientes.
6. Le recours au « gender lens » implique d'analyser une situation du point de vue du genre, et donc de déterminer en quoi l'expérience et la situation des femmes peut différer de celle des hommes. Concrètement, le « gender lens » est, dans bien des cas, appliqué au niveau opérationnel par le développement et l'emploi d'outils et de listes de contrôle destinés à intégrer systématiquement la dimension du genre à la conception et à la mise en œuvre des programmes.
7. Bien que l'implication des parties prenantes et celles des populations locales puisse impliquer des approches similaires destinées à catalyser à la fois l'appropriation du programme par la population et les initiatives menées, l'implication des parties prenantes est une notion plus générale, qui prend en compte les parties prenantes à de multiples niveaux, depuis l'échelon local jusqu'à l'entité nationale, alors que le concept d'« implication de la population locale » vise plus étroitement les parties prenantes au sein de communautés spécifiques sur le terrain.

de parlementaires et de hauts fonctionnaires ; à celui de la circonscription, des responsables de circonscription, et, dans le domaine de la santé, de représentants, au niveau de la circonscription, de grandes institutions, d'organisations de la société civile et d'ONG ; à celui de la communauté, de fonctionnaires et d'agents publics locaux, de responsables de programme et de prestataires, de chefs traditionnels et religieux, de comités et de groupes sanitaires locaux, de représentants de la population locale (y compris des groupes marginalisés), de représentants de clients et de bénéficiaires du projet.

L'implication des parties prenantes est une dimension essentielle

au succès et à la pérennité d'un programme. Grâce à elle, les décideurs, les acteurs chargés de la mise en œuvre du programme et les bénéficiaires ciblés travaillent main dans la main à la conception, l'exécution et la supervision du programme. Ceci accroît les chances que chaque intervention prenne en compte de manière adéquate les besoins et préférences des populations locales en matière de santé sexuelle et de la reproduction. En outre, en incluant les personnes les mieux placées pour mettre en œuvre le programme et le défendre dans la durée, l'implication des parties prenantes est un facteur de pérennité du programme, et de son appropriation par la population.

UTILISATION DU MODELE SEED

Le Modèle SEED tire parti des réflexions fruites de plusieurs décennies d'expérience en matière de programmes de planning familial/de santé sexuelle et de la reproduction, à la fois par EngenderHealth et d'autres organisations techniques. Le Modèle SEED prend explicitement en compte la complexité inhérente à tout effort d'amélioration des résultats de santé, et y apporte des réponses, témoignant d'une prise de conscience croissante, au niveau planétaire, de la nécessité du recours à une approche de programmation holistique en matière de santé sexuelle et de la reproduction. Ainsi, une série d'études consacrées, en 2008, par le périodique *Lancet* à la prévention du VIH a-t-elle mis en lumière la nécessité de recourir, dans une perspective synergétique, à des approches biomédicales, comportementales et structurelles pour répondre au VIH (Bertozi et al., 2008 ; Coates, Richter, et Caceras, 2008 ; Gupta et al., 2008 ; Merson et al., 2008 ; Padian et al., 2008 ; Piot et al., 2008). Il est également important de comprendre que le besoin même d'aborder les programmes de santé sexuelle et de la reproduction de manière holistique rend l'évaluation des effets d'une telle approche globale plus complexe, et notamment les effets spécifiques de chacune de ses composantes individuelles.

Le Modèle SEED se distingue des autres modèles et approches⁸ par une égale représentation des composantes Offre, Environnement favorable et Demande. Le Modèle SEED repose sur la reconnaissance de l'interdépendance de ces trois dimensions, mais également du fait que celles-ci se renforcent les unes les autres. Il souligne par ailleurs l'importance d'analyser similairement chaque aspect de la programmation à la lumière des changements que le programme souhaite apporter en termes de santé sexuelle et de

reproduction. Néanmoins, dans nombre de situations, le travail d'analyse initial et l'étude formative réalisés permettent parfois d'identifier quelles questions nécessitent une focalisation accrue sur l'une ou l'autre des composantes de SEED. De ce fait, lors de la phase finale de conception d'un programme de santé sexuelle et de la reproduction, il est possible que les interventions ne soient pas réparties de manière uniforme entre les composantes Offre, Environnement favorable et Demande. De même, des programmes de santé sexuelle et de la reproduction ciblés auront-ils des objectifs plus spécifiques qu'une simple « amélioration de la santé sexuelle et de la reproduction ». Un programme de planning familial peut ainsi avoir pour objectif d'aider les personnes concernées à « concrétiser leurs intentions de reproduction » ; un programme VIH aura pour but d' « améliorer la santé des personnes vivant avec le VIH et le SIDA », et un programme de santé maternelle pourrait plus volontiers cibler « les statistiques de grossesses saines ». Une fois le Modèle SEED adapté à un objectif spécifique du programme, il peut également contribuer à la conceptualisation et au développement d'un cadre logique pour ce même programme, permettant la mise en place d'une feuille de route énonçant les objectifs fixés, les activités à mener, les résultats à obtenir, et les conséquences et un impact spécifiques au programme.

Enfin, le Modèle SEED peut faciliter le travail des personnes participant à la conception et à la mise en œuvre de programmes de santé sexuelle et de la reproduction, en mettant à leur disposition des outils de conception d'une approche globale de leur activité, renforçant par là-même les chances de réussite et de pérennité du programme.

8. Au nombre des autres approches ou modèles à considérer figurent : les cadres systémiques destinés à encadrer l'Approche conceptuelle globale en matière de programmes de santé sexuelle et de la reproduction (*Strategic Approach to Strengthening Sexual and Reproductive Health Policies and Programs*) de l'OMS (OMS, 2007b) ; les Cadres sanitaires destinés au renforcement de systèmes de santé centrés sur la personne (Management Sciences for Health's *Framework for People-Centered Health Systems Strengthening*), in *Health Systems in Action* (MSH, 2010) ; le consensus des Nations Unies sur le modèle de santé maternelle, du nouveau né et de l'enfant (*The United Nations Global Consensus on Maternal, Newborn and Child Health model*), présenté dans *Investing in Our Common Future* (Ban, 2010) ; les neuf éléments d'une organisation de travail, présentés dans un numéro de *Population Reports* (Setty, 2004) ; et le modèle écologique, qui trouve son origine dans Bronfenbrenner, 1979.

RÉFÉRENCES

Le Projet ACQUIRE. 2006. *The fundamentals of care: Ensuring quality in facility-based services—A resource package*. New York : Le Projet ACQUIRE/EngenderHealth.

Le Projet ACQUIRE. 2007. *The ACQUIRE Project's Program Model for FP/RH Service Delivery: More services to more people in more places*. New York : Le Projet ACQUIRE/EngenderHealth.

Ban, K.-M. 2010. *Investing in our common future: Joint action plan for women's and children's health. Draft for consultation*. New York : Nations Unies.

Bertozzi, S. M., Laga, M., Bautista-Arredondo, S., et Coutinho, A. 2008. Making HIV prevention programmes work. *Lancet* 372(9641):831–844.

Bronfenbrenner, U. 1979. *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA : Harvard University Press.

Coates, T. J., Richter, L., et Caceres, C. 2008. Behavioral strategies to reduce HIV transmission: How to make them work better. *Lancet* 372(9639):669–684.

Doyal, L. 2000. Gender equity in health: Debates and dilemmas. *Social Science and Medicine* 51(6):931–939, p. 932.

Farrell, B. L. 2007. *Family planning–integrated HIV services: A framework for integrating family planning and antiretroviral therapy services*. New York : EngenderHealth/Le Projet ACQUIRE.

Gupta, G. R., Parkhurst, J. O., Ogden, J. A., et al. 2008. Structural approaches to HIV prevention. *Lancet* 372(9640):674–775.

Healthy Teen Network et ETR Associates. 2006. *Frequently asked questions about science-based approaches*. Baltimore, MD : Healthy Teen Network.

Kincaid, D. L. 2000. Social networks, ideation, and contraceptive behavior in Bangladesh: A longitudinal analysis. *Social Science and Medicine* 50(2):215–231.

Management Sciences for Health (MSH). 2010. *Health systems in action: An e-handbook for leaders and managers*. Cambridge, MA.

Merson, M., O'Malley, J., Serwadda, D., et Apisuk, C. 2008. The history and challenge of HIV prevention. *Lancet* 372(9637):475–488.

Nations Unies. 1995. *Population and Development, Vol. 1: Programme of action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo, 5-13 September 1994*, paragraphe 7.2. New York : Department of Economic and Social Information and Policy Analysis.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). 1975. *Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals*. Genève : Technical Report Series No. 572.

OMS. 2007a. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Genève.

OMS. 2007b. *Strategic approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programs*. Genève.

Padian, N. S., et al. 2008. Biomedical interventions to prevent HIV: Evidence, challenges and the way forward. *Lancet* 372(9638):585–599.

Piot, P., Bartos, M., Larson, H., et al. 2008. Coming to terms with complexity: A call to action for HIV prevention. *Lancet* 372(9641):845–859.

Setty, V. 2004. Organizing work better. *Population Reports*, series Q, no. 2. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/The INFO Project. Accès: <http://info.k4health.org/pr/q02/>.

Simpson, S., Mahoney, M., Harris, E., et al. 2005. Equity-focused health impact assessment: A tool to assist policy makers in addressing health inequalities. *Environmental Impact Assessment Review* 25(7–8):772–782.

EngenderHealth

440 Ninth Avenue, 13th floor

New York, NY 10001

1-800-564-2872

info@engenderhealth.org

www.engenderhealth.org

© 2011 EngenderHealth.