

Analyse Situationnelle du Système de Prestation de Services de Planification Familiale au Sénégal

Rapport Final

**Ministère de la Santé
et de l'Action Sociale**

**Programme National de
Planification Familiale**

The Population Council

**Projet de Recherches
Opérationnelles et
d'Assistance Technique en
Afrique II**

Octobre 1995

**Projet de Recherches Opérationnelles
et d'Assistance Technique en Afrique II**

*Stratégies destinées à améliorer la prestation des services
de planification familiale*

**ANALYSE SITUATIONNELLE DU SYSTEME
DE PRESTATION DE SERVICES
DE PLANIFICATION FAMILIALE
AU SENEGAL**

Rapport Final

Octobre 1995

PERSONNES AYANT PARTICIPE A L'ETUDE

Mme Marième Diop, Sociologue, est la Directrice du Programme National de Planification Familiale au Sénégal

Mme Isseu Diop Touré, Docteur en Médecine et Spécialiste en Santé Publique, est Directeur Technique Clinique adjoint du PNPf et Chercheur Principal de l'Analyse Situationnelle

Mme Nafissatou J. Diop, Ph.D en Démographie est la Coordinatrice de l'étude d'Analyse Situationnelle

M. Diouratié Sanogo, Ph.D en Démographie est le Directeur adjoint du Projet de Recherches Opérationnelles et d'Assistance Technique en Afrique, The Population Council - Dakar

M. Aristide Aplogan, Docteur en Médecine et Spécialiste en Epidémiologie, est Consultant pour le Population Council

Comité technique

M. Cheikh Bamba Diop, Directeur Technique adjoint IEC du PNPf

Mme Binta MBow, Responsable de la Statistique et de la Documentation, PNPf

M. Amadou Ly, Health, Population, and Nutrition Officer, USAID Senegal

Mme Paulette Chaponnière, Conseiller Technique, MSH

M. Placide Tapsoba, Médecin Associé, The Population Council - Dakar

Comité scientifique

Colonel Lamine Cissé Sarr, Directeur de l'Hygiène et de la Santé Publique

Dr. Ousmane Faye, Conseiller Technique au PNPf

M. Abdou Issa Dieng, Conseiller Technique n°8, MSAS

Dr. Issakha Diallo, Chef de la Division des Soins de Santé Primaire

Dr. Mame Cor NDour, Médecin-Chef du Service de Lutte anti Parasitaire

Dr. Abdoulaye Gueye, Médecin-Chef de la Division de la Santé Maternelle et Infantile

REMERCIEMENTS

Cette recherche opérationnelle a été réalisée grâce à la parfaite entente et à l'esprit de collaboration entre les équipes du PNPF et du Population Council, qu'elles en soient sincèrement remerciées.

Sont également remerciés pour leur appui et leur contribution la direction de l'hygiène et de la Santé Publique, les régions médicales et nos principaux partenaires que sont :

- Management Sciences for Health (MSH)
- Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS)
- La clinique de gynéco-obstétrique de l'HALD
- Santé de la Famille (SANFAM)
- Association Sénégalaise pour le Bien-Etre Familial (ASBEF)

Nos remerciements s'adressent aussi :

- aux membres des comités scientifiques et techniques
- au personnel de collecte et de saisie des données
- au personnel d'appui

sans la disponibilité desquels, ce travail ne saurait être mené correctement à terme.

Il faut se féliciter du soutien de l'USAID qui s'est manifesté par l'appui technique que n'a cessé d'apporter au PNPF le personnel du bureau Santé particulièrement Mme Linda Lankenau et M. Amadou Ly.

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations	i
Résumé	ii
Liste des graphiques	iv
Liste des tableaux	vi
I. INTRODUCTION	
Présentation du programme de PF au Sénégal	1
Justification de l'étude	3
Objectifs de l'étude	3
II. METHODOLOGIE	
1. Cadre conceptuel	4
2. Activités de l'étude	8
3. Traitement et analyse des données	10
4. Diffusion et utilisation des résultats	10
III. DIFFICULTES ET LIMITES DE L'ETUDE	11
IV. RESULTATS	
1. Présentation globale de l'échantillon	13
1.1 Distribution de l'échantillon de l'étude	13
1.2 Profils des clientes SMI/PF	14
1.3 Profils des prestataires de service	17
2. Activités de PF dans les PPS	20
2.1 Intégration des services	20
2.2 Accessibilité aux services de PF	22
2.3 Performance dans les PPS	24
3. Capacité fonctionnelle des PPS	28
3.1 Infrastructure, matériel et équipement	28
3.2 Personnel du PPS: expérience et formation	30
3.3 Matériel et activités d'IEC	34
3.4 Stocks de contraceptifs et logistique	35
3.5 Statistiques et rapports	36
3.6 Gestion et supervision	37

4. Qualité des services	38
4.1 Interactions prestataires-clientes	38
4.2 Barrières à la contraception	40
4.3 Choix de la méthode	44
4.4 Information et conseils donnés aux clientes	47
4.5 Compétence technique des prestataires	49
4.6 Mécanismes pour encourager la continuité	55
5. Questions spéciales	56
5.1 Avortement	56
5.2 Sida	57
V. CONCLUSION	58
VI. RECOMMANDATIONS	61
Bibliographie	65
Annexes	66

LISTE DES ABREVIATIONS

PNPF: Programme National de Planification Familiale

PF: Planification Familiale

SMI: Santé Maternelle et Infantile

USAID: Agence des Etats-Unis pour le Développement International

FNUAP: Fonds des Nations Unis pour les Activités en matière de Population

ONG: Organisation Non Gouvernementale

ASBEF: Association Sénégalaise pour le Bien-Etre Familial

NCNW: National Council of Negro Women

AVSC International: Access to Voluntary and Safe Contraception

CEDPA: Centre pour le Développement des Activités an matière de Population

SANFAM: Santé de la Famille

CAP: Connaissance Attitude et Pratique

EDS: Enquête Démographique et de Santé

AS: Analyse Situationnelle

ASS: Analyse Situationnelle du Sénégal

PPS: Points de Prestation de Services

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

MST: Maladie Sexuellement Transmissible

SIDA: Syndrome d'Immuno Déficience Acquis

DIU: Dispositif Intra Utérin

CCV: Contraception Chirurgicale Volontaire

IEC: Information, Education, et Communication

ASC: Agent de Santé Communautaire

RESUME

La planification familiale est relativement récente au Sénégal avec l'apparition dans les années 70 de quelques initiatives, puis la mise en place de deux projets au début des années 80. La création du Programme National de Planification Familiale (PNPF) en 1991 sous la tutelle du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, vise comme but une meilleure coordination des interventions en matière de PF. Afin d'assister le PNPF dans la planification et l'évaluation de ses activités, une étude d'Analyse Situationnelle a été menée en 1994 dans le but d'évaluer la qualité et le fonctionnement des services de PF au Sénégal; elle permet de faire des suggestions en vue de l'adaptation stratégique du nouveau projet Survie de l'Enfant / Planification Familiale et de fournir au Ministère de la Santé et de l'Action Sociale des indicateurs de la qualité des services.

L'étude d'Analyse Situationnelle du Sénégal (ASS) se distingue des autres études jusqu'ici réalisées par l'exhaustivité de l'échantillon, puisque tous les Points de Prestation de Services de PF (PPS) fonctionnels ont été visités, par des questions expérimentales sur l'avortement, par une approche expérimentale sur les intentions des clientes PF en matière de reproduction, par la mesure du biais lié à la présence de l'observateur. L'information a été collectée à partir des sources suivantes:

- l'inventaire des installations disponibles et des services offerts dans les PPS;
- l'observation de l'interaction entre la cliente et le prestataire de services PF;
- les interviews avec les clientes PF;
- les interviews avec les prestataires de services PF;
- les interviews avec les clientes SMI fréquentant les PPS; et
- le questionnaire destiné aux responsables du programme.

Les principaux résultats sont estimés à travers la capacité fonctionnelle des PPS et la qualité des services. Concernant la *capacité fonctionnelle*, l'étude a montré que si l'infrastructure des PPS est assez satisfaisante, il y a une insuffisance de l'équipement médical puisque seulement 6 des PPS, localisés en milieu urbain, ont le matériel minimum nécessaire pour offrir des services de PF. Un travail assez important a déjà été effectué en matière de formation, cependant tout le personnel n'a pas reçu une formation en PF clinique, en counseling et en technique IEC. Les prestataires de services de PF sont en majorité des sages-femmes (53%), dont la durée depuis la dernière formation remonte en moyenne à 3 ans. Seulement un faible pourcentage des prestataires a reçu une formation en gestion. L'absence de matériels et d'activités IEC dans la majorité des PPS est la grande faiblesse du programme. Les services de PF sont disponibles 5 jours par semaine et au moins 4 services sont disponibles chaque jour. Mais le nombre d'heures durant lesquelles les services fonctionnent dans une journée est insuffisant puisque les prestations de service débutent dans la plupart des PPS avec un retard important par rapport à l'heure officielle et s'achèvent bien avant l'heure officielle d'arrêt. Il existe une gamme variée de contraceptifs, mais les injectables et le DIU ne sont disponibles que respectivement dans 63% et 78% des PPS. L'étude a aussi révélé la faiblesse du système de gestion. En effet, les ruptures de stocks sont fréquentes, le stockage des contraceptifs n'est pas fait selon la date de péremption. La supervision est quasi-inexistante, 33% des PPS ont eu une visite de supervision depuis plus de 7 mois et 18% n'ont pas été supervisés du tout. La mauvaise qualité des statistiques disponibles

dans les PPS ne permet pas une estimation fiable de la performance en termes de nombre annuel moyen de clientes. En effet, les PPS n'ont pas adopté un système de recueil continu et d'exploitation des données particulièrement à cause du manque de qualification du personnel et du manque d'organisation.

La *qualité des services* a été mesurée à partir du schéma proposé par Judith Bruce¹. Le temps d'attente des clientes pour recevoir les prestations de service est très long, alors que le temps des consultations est très court. Cependant la majorité des clientes semblent satisfaites après leur consultation. Le respect du choix de la cliente est assez bien appliqué et très peu de prestataires mettent en avant une méthode. Cependant une discussion permettant le choix approprié des méthodes contraceptives n'a pas lieu dans la plupart des cas. Le résultat est que très peu de clientes connaissent les effets secondaires de la méthode contraceptive qu'elles utilisent. Les examens para-cliniques ne semblent plus être un obstacle à l'utilisation de la contraception. Par contre on peut noter que des restrictions non médicales (sur l'âge, la parité, le consentement du conjoint et le mariage) sont imposées par quelques prestataires. La compétence technique des prestataires est assez moyenne, l'interrogatoire de la cliente est presque systématique mais le respect des règles d'asepsie peut être amélioré. Un pourcentage faible de prestataires connaissent les effets secondaires majeurs. L'intégration des services SMI/PF est insuffisante dans la mesure où durant les consultations, il est très peu fait mention des autres services. Le lieu de réapprovisionnement est spécifié à toutes les clientes et noté sur la carte de rendez-vous, cependant le nombre de cycle donné parfois aux anciennes utilisatrices de pilule n'encourage pas la continuité.

A la fin de l'étude, les résultats ont été présentés et utilisés de la manière suivante:

- un séminaire de diffusion durant 2 jours a regroupé 85 participants avec des représentants du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, de l'USAID, du FNUAP et des autres agences de collaboration intervenant dans le programme de la PF au Sénégal;
- les résultats de l'étude d'ASS ont été utilisés pour développer des indicateurs de qualité des services, développer des stratégies et identifier des thèmes de recherche opérationnelle lors du séminaire-atelier de 5 jours pour l'actualisation du projet Survie de l'Enfant et Planification Familiale;
- des journées de diffusion et d'utilisation des résultats ont eu lieu dans les régions afin de restituer les résultats spécifiques à chaque région. L'objectif visé est d'impliquer directement les responsables régionaux et de districts dans l'identification des forces et des faiblesses de leur programme et dans la recherche de solutions. Ces forces et ces faiblesses ainsi que les recommandations émises par les responsables du programme de PF dans chaque région ont donné lieu à dix rapports d'analyse de l'AS des Points de Prestation de Services au Sénégal. Les recommandations ont été intégrées dans les plans d'action régionaux et dans le plan d'action national pour l'année 1996.

¹ Bruce, J. "Eléments fondamentaux de la qualité des soins: un schéma simple". *Travaux et Documents* N 1, juin 1990. The Population Council Dakar.

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1	Répartition des PPS selon le type.....	13
Graphique 2	Répartition des clientes selon le motif de la visite.....	14
Graphique 3	Répartition des clientes PF selon la méthode contraceptive.....	17
Graphique 4	Proportion de clientes PF avec lesquelles le prestataire a abordé d'autres problèmes de santé.....	21
Graphique 5	Répartition de clientes SMI ayant reçu un message de PF lors de la visite au PPS.....	21
Graphique 6	Répartition des PPS selon le retard accusé à l'ouverture.....	22
Graphique 7	Caractéristiques des infrastructures des PPS.....	28
Graphique 8	Caractéristiques des salles de consultation.....	29
Graphique 9	Pourcentage des PPS ne disposant pas de l'équipement nécessaire pour fournir des services de PF.....	29
Graphique 10	Répartition des prestataires de services dans les PPS.....	31
Graphique 11	Personnel qui a fourni des services PF au cours des 3 derniers mois parmi ceux qui ont reçu une formation formelle selon la méthode.....	32
Graphique 12	Répartition des prestations de services selon le type de formation.....	32
Graphique 13	Répartition des prestataires de services formés selon le type de méthode.....	33
Graphique 14	Durée moyenne depuis la dernière formation pratique.....	33
Graphique 15	Matériel IEC disponible et activités IEC dans les PPS.....	34
Graphique 16	Pourcentage des PPS ayant eu une rupture de stock au cours des 6 derniers mois selon la méthode.....	36
Graphique 17	Durée depuis la dernière visite de supervision relative à la PF.....	37
Graphique 18	Temps d'attente des clientes de PF avant de recevoir les prestations.....	38

Graphique 19	Satisfaction de la cliente sur l'interaction avec le prestataire.....	40
Graphique 20	Satisfaction de la cliente de PF sur l'organisation des services.....	40
Graphique 21	Pourcentage de nouvelles clientes recevant leur méthode contraceptive préférée.....	45
Graphique 22	Proportion des prestataires ayant mis en avant une méthode contraceptive.....	45
Graphique 23	Motifs de la non-utilisation de la méthode préférée parmi les nouvelles clientes de PF.....	46
Graphique 24	Méthodes mentionnées par les prestataires aux nouvelles clientes durant la consultation.....	46
Graphique 25	Questions spontanément abordées par le prestataire au cours de la consultation avec les nouvelles et anciennes clientes.....	47
Graphique 26	Informations données aux clientes sur la nouvelle méthode acceptée.....	48
Graphique 27	Actes effectués par le prestataire durant l'examen pelvien.....	52
Graphique 28	Prise en charge des clientes avec problèmes par les prestataires.....	52
Graphique 29	Nombre de cycles de pilules données aux nouvelles et anciennes clientes.....	55
Graphique 30	Délai pour la prochaine visite de contrôle au PPS selon les utilisatrices de DIU.....	56
Graphique 31	Grossesses non désirées et issues chez les clientes de PF.....	57

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Répartition de l'échantillon de l'étude selon la région.....	6
Tableau 2	Caractéristiques socio-démographiques des clientes SMI/PF.....	15
Tableau 3	Indicateurs de fécondité chez les clientes SMI et PF.....	16
Tableau 4	Caractéristiques socio-démographiques des prestataires de services PF.....	19
Tableau 5	Coût moyen pour chaque méthode contraceptive selon le secteur.....	23
Tableau 6	Nombre de clientes PF durant une période de 12 mois selon la région.....	25
Tableau 7	Nombre de clientes durant la période de 12 mois par secteur et par localité.....	26
Tableau 8	Durée médiane des consultations selon le type de cliente et le type de secteur.....	39
Tableau 9	Procédures et tests jugés nécessaires par les prestataires avant d'offrir les méthodes.....	41
Tableau 10	Proportion des prestataires imposant des restrictions non médicales avant de fournir les méthodes contraceptives.....	42
Tableau 10bis	Ages et nombre d'enfants imposés par les prestataires faisant des restrictions non médicales avant de fournir les méthodes de PF.....	43
Tableau 11	Méthodes recommandées par les prestataires selon les objectifs de la cliente.....	44
Tableau 12	Connaissance de la contraception par les clientes PF.....	49
Tableau 13	Antécédents médicaux et examens des clientes PF lors de la première consultation.....	50
Tableau 14	Procédures jugées nécessaires par les prestataires avant de fournir la contraception.....	51
Tableau 15	Connaissance de la contraception par le personnel ayant fourni la méthode au cours des 3 derniers mois.....	53
Tableau 15bis	Connaissance de la contraception par le personnel ayant fourni	

la méthode au cours des 3 derniers mois.....54

I INTRODUCTION

1. Présentation du programme de PF au Sénégal

a) Rappel historique

La planification familiale est relativement récente au Sénégal avec l'apparition dans les années 70 de quelques initiatives, telles que la création de cliniques modèles. Mais c'est en 1981 que les bases d'un programme gouvernemental sont jetées avec la création du Projet Santé Familiale et Population couvrant six régions du pays et financé par l'USAID. En 1982, le Projet Bien-Etre Familial financé par le FNUAP fut créé à son tour pour intervenir dans les quatre autres régions.

De 1981 à 1990 la planification familiale (PF) fut caractérisée par la cohabitation de ces deux projets avec plusieurs ONG (ASBEF, NCNW, AVS, CEDPA, ETC...). Cette période se singularise par une absence de coordination des actions de planification familiale au Sénégal. En effet, les projets consolidaient des programmes verticaux de planification familiale, entretenant ainsi une disparité dans le type et dans la qualité des services, une diversification dans l'intégration des services de planification familiale, dans les procédures, les types de contraceptifs et leur promotion, la supervision et le suivi (5).

La mise en place d'une Politique Nationale de Population par le gouvernement du Sénégal a permis au Ministère de la Santé Publique, en 1991, de définir une politique relative au programme de PF. C'est ainsi que naquit le Programme National de Planification Familiale (PNPF).

Ces deux mesures gouvernementales font suite à un constat sur l'importance de l'impact que les tendances démographiques auront sur l'avenir du développement économique du Sénégal.

Dans le cadre du PNPF, contrairement à ce qui avait été fait pour les projets de planification familiale dans les années 80, l'USAID et le FNUAP ont travaillé en étroite collaboration pour une meilleure coordination de leurs interventions. La mise en place au sein du PNPF du Projet Survie de l'Enfant/Planification Familiale (SE/PF), financé par l'USAID et du Projet d'Appui au PNPF, financé par le FNUAP en est la meilleure illustration.

En effet, une unité de coordination nationale du PNPF directement rattachée au Cabinet du Ministre a été créée au sein du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale afin de concentrer davantage les activités relatives à la PF.

Outre les activités du secteur public, il existe actuellement au Sénégal deux ONGs intervenant dans la PF: l'ASBEF et SANFAM. L'ASBEF, affiliée à l'IPPF, a été créée en 1974 et dispose aujourd'hui de cinq cliniques dans le pays. En 1990, SANFAM a été créée avec comme objectif de promouvoir les activités SMI/PF dans le secteur privé et para-public. Actuellement cet organisme couvre

les activités de PF dans près de 50 structures.

En plus la Banque Mondiale, à travers le Projet de Développement des Ressources Humaines contribue largement à l'équipement des centres et à la formation du personnel. D'autres agences interviennent également pour appuyer le PNPF. Management Sciences for Health (MSH) qui est l'organisme d'exécution du Projet Survie de l'Enfant / Planification Familiale, The Population Council, Family Health International (FHI), AVSC International, Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health (JHPIEGO), The Futures Group, Africare et Tulane University sont actuellement les principales agences de soutien du PNPF. Chacune de ces agences intervient dans un domaine spécifique.

b) Les Objectifs généraux

Le PNPF s'est fixé les objectifs suivants:

- améliorer la qualité de la vie et favoriser l'instauration du bien-être familial;
- réduire la morbidité et la mortalité, en particulier celles de la mère et de l'enfant par la mise en oeuvre de programme de santé maternelle et infantile incluant la PF;
- réduire le taux de fécondité et le rythme de croissance démographique par l'adoption des mesures appropriées; et
- créer un environnement socio-culturel et juridique favorable à un changement de comportement des individus et des couples vers une bonne acceptation de la contraception moderne, mais surtout pour une fréquentation et une utilisation des services de SMI/PF.

c) Les principales stratégies

Les stratégies adoptées pour atteindre ces objectifs portent essentiellement sur les services cliniques et sur l'IEC:

- Les stratégies de prestation des services de PF reposent sur les principes suivants:
 - fournir des services de PF aux populations cibles prioritaires;
 - étendre l'accessibilité aux services de PF; et
 - poursuivre la paramédicalisation des services de PF.
- Les stratégies IEC comprennent les mesures suivantes:
 - l'élargissement et l'approfondissement de la recherche;
 - l'élargissement du domaine d'action;
 - l'harmonisation des activités;
 - l'optimalisation de la rentabilité des ressources; et

- le recours à une stratégie multimédia.

2. Justification de l'étude d'Analyse Situationnelle du Sénégal (ASS)

Le programme de PF du Sénégal se situe à une étape cruciale de son développement. Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale est en train de définir de nouvelles priorités afin de consacrer les ressources du programme à l'amélioration de la qualité des services offerts et à celle de l'efficacité des stratégies du programme national. La disponibilité de données de base fiables est importante pour une planification et une évaluation effective de cette deuxième phase du programme de PF du Sénégal.

Bien que les évaluations précédentes aient permis d'avoir des indications claires sur les domaines d'intervention en vue d'une amélioration (par exemple dans le système de fourniture de moyens logistiques), il n'existait jusqu'ici aucune étude fournissant des données exhaustives et comparables sur les composantes du système de prestation de services de PF qui permettent la conception d'interventions spécifiques. Seule une étude susceptible de fournir de telles informations sur le fonctionnement actuel des points de prestation de services de PF était nécessaire au démarrage des activités du projet Survie de l'Enfant / Planification Familiale.

Cette étude d'ASS est la première d'une série de deux études du genre programmées par le PNPF avec le Population Council. Sa réalisation coïncide avec le démarrage du Projet Survie de l'Enfant / Planification Familiale signé entre l'USAID et le Gouvernement du Sénégal. Les résultats de l'étude serviront pour l'évaluation du niveau de base des indicateurs clé de progrès du projet Survie de l'Enfant / Planification Familiale. Ils constitueront une base fiable pour la mesure de l'impact des activités du programme de PF sur plusieurs indices de qualité; fourniront des informations actuelles pouvant contribuer à formuler les interventions du projet Survie de l'Enfant / Planification Familiale; et enfin serviront pour l'identification des thèmes prioritaires en matière de recherches opérationnelles pour le PNPF.

3. Objectifs de l'étude

a) Objectif final

L'objectif final de l'étude est d'apporter une assistance au Ministère de la Santé et de l'Action Sociale dans l'amélioration des services de soins de santé de la reproduction.

b) Objectifs immédiats

Les objectifs immédiats de la présente étude sont :

1. évaluer la qualité et le fonctionnement des services de PF au

Sénégal;

2. faire des suggestions en vue de l'adaptation stratégique des activités du nouveau projet Survie de l'Enfant et de Planification Familiale;
3. fournir au Ministère de la Santé et de l'Action sociale des indicateurs de la qualité des services.

II METHODOLOGIE

1. Cadre Conceptuel

a) Présentation générale de l'Analyse Situationnelle

La gestion des programmes dans la plupart des pays en développement constitue de nos jours l'un des grands défis pour les responsables de la planification familiale. L'évaluation de différents projets a révélé que les principales faiblesses de la Planification Familiale se situent au niveau de la qualité des services, de la logistique contraceptive, de l'accessibilité et la gestion des services.

En effet, la bonne gestion des programmes nécessite une connaissance suffisante des différentes composantes du système de prestation des services de planification familiale que sont: le personnel, les infrastructures et leur équipement, et l'offre de services.

Les statistiques de services ne sont pas toujours disponibles ou fiables à cause de l'inexistence d'un bon système d'information à des fins de gestion (SIG). Du fait de cette insuffisance du système, les enquêtes spécialisées du type Connaissance Attitude Pratique (CAP) ou Enquête Démographique et de Santé (EDS) sont devenues les sources d'information les plus utilisées par les responsables de PF pour assurer le développement harmonieux de leur programme. Le type d'information obtenu par ces sources porte généralement sur la demande des services de PF et ne répond pas entièrement à l'attente des gestionnaires qui s'intéressent plus à l'offre des services dans leurs structures (4).

Le développement et l'évolution de la méthodologie des études d'Analyse Situationnelle viennent du besoin des responsables de programmes de planification familiale d'obtenir des informations sur la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services offerts par leurs programmes. D'une manière générale, une étude d'Analyse Situationnelle cherche à évaluer la capacité fonctionnelle qu'ont les centres de PF à offrir des services de qualité dans une zone géographique déterminée. C'est une étude diagnostique des forces et des faiblesses des composantes d'un programme de planification familiale et de la qualité des soins, à partir d'un échantillon représentatif des centres PF.

La première étude d'Analyse Situationnelle a été exécutée en 1989 au Kenya par le Population Council. Dès lors, cette méthodologie a été améliorée, adaptée et utilisée dans plusieurs pays d'Afrique, d'Amérique Latine, d'Asie et du

Moyen Orient. L'approche de l'Analyse Situationnelle permet de réunir "rapidement" des informations sur les différentes composantes du programme de PF et les problèmes qui lui sont liés. Dans le cadre de l'étude, les centres de PF sont appelés des "**points de prestation de services (PPS)**" de planification familiale. Ainsi, un PPS peut être un hôpital, un centre de santé, un poste de santé, une clinique, une maternité ou un centre PMI, du secteur public ou privé, localisé en zone urbaine, semi-urbaine ou rurale.

- **Echantillonnage**

Il existe quatre unités de sondage dans l'étude d'AS : le PPS, le personnel du PPS, les clientes du PPS et les décideurs et administrateurs de programmes de PF. Six sources de données sont rassemblées dans le cadre de l'étude. Pour chaque type de données, des instruments ont été mis au point. L'information a été collectée à partir des sources suivantes:

- l'inventaire des installations disponibles et des services offerts dans les PPS;
- l'observation de l'interaction entre la cliente et le prestataire de services PF;
- les interviews avec les clientes PF;
- les interviews avec les prestataires de services PF;
- les interviews avec les clientes SMI fréquentant les PPS; et
- le questionnaire destiné aux responsables² du programme de planification familiale.

L'information collectée porte sur les fournitures et les stocks de contraceptifs disponibles du PPS; le type d'installations aux PPS; la composition, l'expérience et la formation du personnel; la supervision et gestion; l'information, l'éducation et la communication (IEC); le système d'information à des fins de gestion (SIG) et la qualité des services offerts au client.

- b) Spécificités de l'Analyse Situationnelle du Sénégal (ASS)**

L'étude ASS se distingue de la plupart des études jusqu'ici réalisées par les particularités suivantes: la constitution de l'échantillon, les questions spéciales, la mesure du biais.

- **Constitution de l'échantillon**

- l'étude a porté sur tous les PPS PF fonctionnels au moment de l'enquête dans les 10 régions;
- tous les prestataires de services PF présents le jour de la visite de l'équipe d'enquête et ayant accepté de prendre part à l'étude ont été interviewés;

² Il s'agit des principaux responsables et décideurs du programme de PF: le Directeur du Programme, les Responsables de Régions et de Districts, d'ONGs intervenant dans la prestation des services de PF, etc...

- toutes les clientes qui ont été vues en consultation PF le jour de la visite de l'équipe d'enquête aux PPS devraient être interviewées;
- dans la mesure du possible un maximum de 5 clientes SMI ont été interrogées par PPS et
- Les responsables du programme de planification familiale devraient remplir un questionnaire qui leur était destiné.

Le tableau suivant présente une vue d'ensemble des activités de collecte de données de l'Analyse Situationnelle du Sénégal.

Tableau N°1: Répartition de l'échantillon de l'étude selon la région

Région	Nombre de Districts Sanitaires	Nombre de PPS	Nombre d'observations / d'interviews de clientes PF	Nombre de clientes SMI	Nombre d'interviews de Prestataires de Services PF
Dakar	8	69	468	237	154
Kaolack	4	13	105	63	29
Fatick	6	10	61	48	13
Ziguinchor	3	11	51	31	25
Kolda	3	10	53	49	15
Tambacounda	4	5	29	26	15
Thiès	7	20	141	100	44
Diourbel	4	12	52	73	17
Louga	3	8	50	57	14
Saint-Louis	5	21	113	153	35
Total	47	180	1123	837	361

Dans les dix régions du Sénégal, au total 180 points de prestation de services ont été visités. Ce qui a permis de réaliser 1.123 observations et interviews des clientes venues pour la planification familiale, 837 interviews de clientes venues pour des consultations autres que la PF et 361 interviews des prestataires de services.

• Questions spéciales

Cette étude s'est intéressée à des points spéciaux relatifs à l'avortement, l'allaitement, aux MST et au SIDA.

- Questions expérimentales sur l'avortement

L'un des aspects innovateurs de l'étude d'ASS est l'inclusion des questions relatives à l'avortement. Pendant longtemps, on a cru qu'une question directe adressée aux clientes sous la forme "avez-vous déjà eu un

avortement provoqué?" pourrait susciter des réponses inexactes qui aboutiraient à une sous-estimation du taux d'avortement. Dans cette étude d'AS, la moitié des clientes PF a répondu lors de leur interview à la question directe "avez-vous déjà eu un avortement provoqué?". L'autre moitié a été soumise à une série de questions commençant par "avez-vous, auparavant, eu une grossesse non désirée?". Dans la gamme des réponses possibles à cette série de questions figure la modalité "a fait un avortement provoqué". Cette méthodologie a comme objectif de voir si le pourcentage de clientes ayant eu un avortement provoqué est différent selon la manière de poser la question.

- **Approche expérimentale sur les intentions des clientes PF en matière de reproduction**

Pendant cette première étude d'Analyse Situationnelle, des clientes interviewées à la fin des prestations de services PF vont constituer un groupe expérimental qui sera suivi et interviewé de nouveau pendant la deuxième étude d'Analyse Situationnelle. La raison principale en est de vérifier si les clientes de PF ont été en mesure de réaliser leurs intentions en matière de reproduction, ceci étant un indicateur important du succès d'un programme de PF.

- **La mesure du biais lié à la présence de l'observateur**

Pour vérifier si la présence d'un observateur étranger à la consultation de la cliente n'introduit pas un biais dans le comportement du prestataire, les prestataires des PPS les plus fréquentés ont fait l'objet d'une observation par le même enquêteur deux à trois jours durant. Les mesures ont porté sur la qualité de la prestation (la durée des consultations, les mesures d'asepsie, la qualité de l'information, la tarification de la méthode).

2. Activités de l'étude

a) Phase préparatoire

La préparation de l'enquête comprend la création d'un comité technique et d'un comité scientifique, la révision des questionnaires de l'étude et une tournée préliminaire de prise de contact avec les autorités régionales afin d'identifier la première base de sondage que sont les PPS.

- **Les comités scientifique et technique** ont été mis sur pied pour suivre l'évolution des activités de l'ASS.

Le rôle de ces comités était de s'assurer de la qualité technique et scientifique de l'étude en:

- approuvant les principaux documents de l'étude d'AS tels que les questionnaires de collecte de données, le plan d'échantillonnage des PPS et le calendrier détaillé des activités de l'ASS, les rapports préliminaires et final de l'étude;

- assistant aux réunions importantes organisées dans le cadre de l'exécution des activités de l'ASS, l'analyse des résultats et la définition des grands axes de recommandations pour le PNPF;
- assurant le suivi de l'application des recommandations issues du séminaire de diffusion.

• **La révision des questionnaires** a été faite par les membres de ces comités au mois de mai et de juin. Il s'agissait d'adapter les questionnaires standards proposés par le Population Council aux spécificités du PNPF.

• **Une tournée préliminaire** a été effectuée au niveau des dix régions médicales du Sénégal. Elle avait pour but:

- d'informer les médecins-chefs de région de la tenue prochaine de l'enquête;
- de mettre à jour la liste des PPS de PF fonctionnels dans la région;
- de recueillir des informations sur le calendrier des services de PF de ces centres au cours de la semaine.

Ces informations ont permis plus tard d'élaborer le calendrier de tournée pour la collecte des données de l'étude d'ASS.

b) Organisation de la collecte des données

• Formation

Elle a duré 11 jours, du 11 juillet au 22 juillet 1994. La formation a été assurée par 7 personnes (le Chercheur Principal, Directeur Technique adjoint du PNPF, le Conseiller Technique du PNPF, le Directeur Technique adjoint IEC du PNPF, la Responsable de la Cellule Statistique, les 2 membres de l'équipe RO/AT du Population Council, Bureau de Dakar et la Coordinatrice de l'étude). Il s'agissait essentiellement de:

- former les enquêtrices à se familiariser et à maîtriser les questionnaires, y apporter des corrections et traduire en Ouoloff les questionnaires d'interviews destinés aux clientes;
- décrire le protocole de recherche (synthèse des données qualitatives, contrôle des questionnaires etc...);
- expliquer l'organisation pratique de l'enquête sur le terrain;
- faire les pré-tests des questionnaires et assurer une formation pratique des agents en les mettant en situation réelle dans huit centres de PF sélectionnés au hasard dans la région de Dakar.

• Profil et tâches du personnel de collecte

La collecte des données a été effectuée par 22 personnes réparties en 7

équipes. Chaque équipe est composée d'un superviseur (personnel de santé), d'un agent de santé (sage-femme) et d'une enquêtrice professionnelle.

La répartition des tâches durant la collecte a été ainsi faite.

Le Superviseur est chargé de faire l'inventaire des installations et en cas d'affluence d'assister l'enquêtrice pour les interviews des clientes. Il coordonne aussi le travail de l'équipe, informe les responsables des PPS, assure la logistique et le bon déroulement du travail.

L'agent de santé assure l'interview des prestataires de service et l'observation de la consultation. Selon sa disponibilité il aide à faire l'inventaire.

L'enquêtrice est responsable de l'interview des clientes PF et SMI à la sortie des consultations.

• **La tournée de collecte**

Elle a eu lieu du 01 août au 30 septembre 1994 dans les dix régions du Sénégal (voir le calendrier en annexe 3).

• **Le contrôle des questionnaires**

Le contrôle a été effectué à plusieurs niveaux:

- sur le terrain tous les jours par toute l'équipe d'enquête;
- le personnel d'encadrement tous les jours. Ce dernier est composé du chercheur principal, de 2 membres du comité technique et de la coordinatrice de l'étude;
- lors des réunions de mise en commun avec toutes les équipes tenue 1 fois par semaine;
- à mi-parcours de l'enquête et à la fin par les équipes elles-mêmes.

3. Traitement et analyse des données

La formation du personnel d'encadrement en EPI INFO (logiciel devant servir à la saisie et à l'analyse des données) s'est déroulée du 11 au 12 octobre. La révision des masques de saisie a été faite du 13 au 17 octobre 1994.

La formation des agents de saisie a été menée du 18 au 19 octobre et les agents de saisie spécialisés par questionnaire ont effectué la saisie du 20 octobre au 12 novembre 1994.

A l'origine le logiciel EPI INFO devait être utilisé pour l'analyse, mais vu la taille des fichiers, il a été nécessaire de travailler avec le logiciel SPSS pour WINDOWS.

4. Diffusion et utilisation des résultats

A la fin de l'étude, les résultats ont été présentés et utilisés de la manière suivante:

- un séminaire de diffusion de 2 jours a regroupé environ 85 participants avec des représentants du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, de l'USAID, du FNUAP et des autres agences de collaboration intervenant dans le programme de PF du Sénégal;

- un séminaire-atelier de 5 jours qui a regroupé une quarantaine de participants a été organisé par le projet Survie de l'Enfant / Planification Familiale. Cet atelier qui a regroupé les gestionnaires du Programme National de Planification Familiale et les représentants d'institutions gouvernementales a utilisé les résultats de l'étude d'ASS, ainsi que ceux d'autres études réalisées dans le pays au cours des dernières années, pour actualiser le projet Survie de l'Enfant / Planification Familiale;

- des journées de diffusion et d'utilisation des résultats devront être organisées dans les régions afin de restituer les résultats spécifiques à chaque région. L'objectif visé est d'impliquer directement les responsables régionaux et de districts dans l'identification des forces et des faiblesses de leur programme et dans la recherche de solutions. Ces forces et ces faiblesses ainsi que les recommandations émises par les responsables du programme de PF dans chaque région a donné lieu à dix rapports d'analyse de l'Analyse Situationnelle des Points de Prestation de Services au Sénégal. Les recommandations ont été intégrées dans les plans d'action régionaux et dans le plan d'action national pour l'année 1996.

III DIFFICULTES ET LIMITES DE L'ETUDE

1. Difficultés

Pour établir un calendrier de tournée, il fallait disposer d'informations exactes sur le nombre de centres que le programme touche, leur localisation et les jours de leurs activités en PF. Cette information n'étant pas disponible au niveau national, il a fallu aller au niveau de toutes les régions médicales. Les coordinatrices SMI/PF ont dans une large mesure pu donner l'information sur le nombre de centres fonctionnels dans leur zone de responsabilité. Cependant l'information sur les jours de PF de ces centres a été plus difficile à obtenir. Il a donc fallu procéder au recueil direct de l'information auprès des centres, en utilisant le téléphone ou en mettant à profit les missions du personnel du PNPf.

D'autre part, durant la collecte des données, l'existence de PPS offrant des services de PF ont été signalés aux équipes (5 PPS), ce qui a nécessité lorsque c'était possible un réaménagement du planning de tournée.

Pour la notification du calendrier de tournée aux différents responsables des régions, des districts et des PPS, une note de service du Ministre de la Santé et de l'Action Sociale devait leur parvenir. Cependant tel n'a pas été le cas.

Pour remédier à cette situation d'autres moyens ont été utilisés, notamment les contacts téléphoniques et des déplacements sur les lieux.

Les équipes ont rencontré des difficultés pour travailler dans certains districts, à cause de l'absence de documents officiels en provenance des responsables régionaux ou de districts.

Les inondations survenues dans la ville de St Louis à la fin du mois de septembre 1994 ont empêché les équipes de se rendre dans 3 PPS.

2. Limites de l'étude

Pour la mesure de l'accessibilité, les limites que comporte cette étude portent sur le fait qu'elle a été mesurée essentiellement à partir de clientes déjà présentes aux PPS le jour de la visite.

L'évaluation du coût des méthodes n'a porté que sur le prix des consultations et des méthodes contraceptives. Le coût supporté par la cliente en transport, temps de voyage, temps d'attente et visites fréquentes n'ont pas été pris en considération.

Les indices de satisfaction obtenus à partir de l'interview des clientes sur les lieux de consultation nous font penser que la meilleure manière de procéder serait d'interroger ces dernières en dehors des PPS.

Selon la méthodologie de l'ASS, toutes les clientes et tous les prestataires présents le jour de la visite devaient être interviewés. Ceci n'a pu être réalisé pour les raisons suivantes:

- refus de certains prestataires (50; soit 12%) et de quelques clientes de répondre à l'interview;
- dans certains centres où le taux de fréquentation est élevé, vu la brièveté des consultations contrastant avec la durée des interviews, certaines clientes n'ont pu être interviewées. Pour éviter cette situation, dans certains PPS, les équipes ont été renforcées.

Nous avons relevé d'autres limites ayant trait à des questions non exploitées:

- La méthodologie de l'enquête a pris en compte l'estimation du biais lié à la présence dans la salle de consultation d'une personne étrangère. Mais ceci n'a pas fait l'objet d'une analyse dans ce rapport;

- La compétence des prestataires n'a été analysée que du point de vue de la connaissance théorique. La compétence technique à fournir le service n'a pas été analysée bien que les données existent;

- Les questionnaires destinés aux responsables de programme n'ont pas été analysés car les informations qui devaient être recueillies n'ont été fournies que par une faible proportion de personne. Le mode d'administration qui a consisté

à les remettre aux intéressés en vue de les récupérer plus tard, n'a pas été efficace. Il est souhaitable que pour les études à venir, que ce questionnaire soit rempli au cours d'interviews avec les responsables.

IV RESULTATS

1 - PRESENTATION GLOBALE DE L'ECHANTILLON

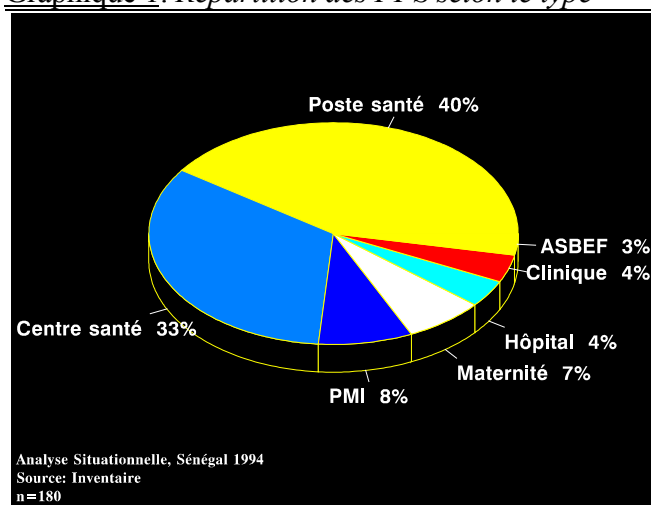
1.1 Distribution de l'Echantillon de l'Etude

Sur l'ensemble des PPS visités, la majorité (40%) des points de prestation de services visités sont des postes de santé. Néanmoins on note que 47% d'entre eux sont encore localisés dans la région de Dakar malgré l'effort consenti durant l'année 94 pour la formation des Infirmiers-chefs de poste en vue de l'extension de la PF en zone rurale.

Les autres structures sanitaires qui offrent des services de PF sont les Centres de santé, les PMI, les Maternités, les Hôpitaux et les Cliniques.

La majorité des centres appartiennent au secteur public (73%). Dans les autres secteurs (privé et para-public), les PPS couverts par SANFAM représentent 24% et ceux couverts par l'ASBEF 3%.

Graphique 1: Répartition des PPS selon le type

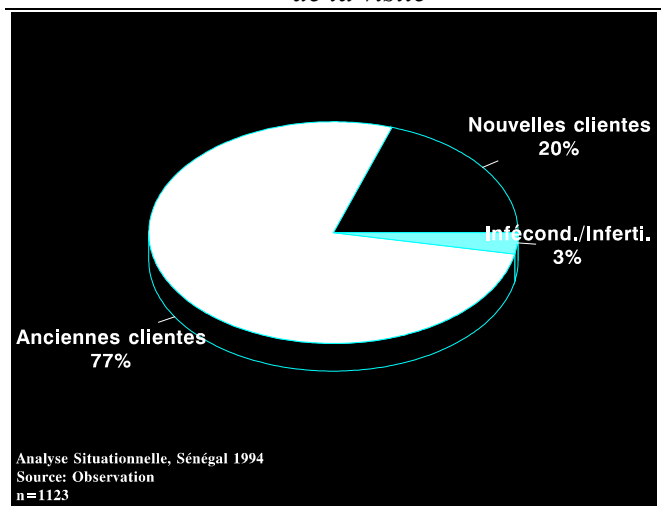


Les données de l'enquête montrent une inégalité dans la répartition des PPS, entre le milieu urbain (48%) et le milieu rural (27%). Cette inégalité dans la répartition géographique s'explique par la volonté stratégique qu'ont eu les Projets précédents de cibler en priorité le milieu urbain.

Les clientes PF interrogées le jour de l'enquête viennent en majorité du milieu urbain avec 66%, 26% du milieu semi-urbain et 8% du milieu rural.

La répartition selon le motif de la visite, comme l'indique le graphique 2, montre que l'échantillon est composé de nouvelles clientes, de clientes venues pour une visite de contrôle ou de réapprovisionnement et de clientes pour infécondité.

Graphique 2: Répartition des clientes selon le motif de la visite



1.2 Profil des clientes SMI et PF

a) Caractéristiques des clientes SMI et PF

L'âge des clientes varie entre 16 et 49 ans avec une moyenne de 30 ans. Les clientes SMI sont d'une manière générale plus jeune que les clientes PF. Elles sont âgées de 15 à 47 ans avec un âge moyen de 28 ans.

Les données ont montré que 86,5% des clientes PF et 92,5% des clientes SMI sont mariées. Le constat qui a été fait c'est que la majorité des clientes PF (59,6%) et des clientes SMI (62%) sont mariées sous régime monogamique.

La proportion des femmes scolarisées est de 52% pour les clientes PF et de 37,4% pour les clientes SMI. La quasi-totalité des clientes PF (94,5%) et des clientes SMI (95,9%) pratiquent la religion musulmane.

Tableau N°2: *Caractéristiques socio-démographiques des clientes SMI/PF*

Caractéristiques	Clientes PF (n= 1123)	Clientes SMI (n=837)
Age	Pourcentage	Pourcentage
< 20 ans	4,4	15,9
20-29 ans	46,3	50,7
30-39 ans	39,6	26,2
40 ans et +	9,7	7,2
Age médian	(29 ans)	(26 ans)
Situation matrimoniale		
Mariée monogame	59,6	62,0
Mariée polygamme	26,9	30,5
Non mariée	13,5	7,5
Scolarisation		
Scolarisée	52,0	37,4
Non scolarisée	48,0	62,6

Analyse Situationnelle, Sénégal 1994
Source: Interview clientes SMI et PF

b) Indicateurs de fécondité chez les clientes SMI et PF

Les données du Tableau 3 révèlent une fécondité plus élevée chez les clientes PF. La proportion des femmes ayant au moins quatre enfants est de 53% chez les clientes PF et de 35,3% chez les clientes SMI. Cependant, le nombre d'enfants vivants varie de 0 à 11 aussi bien pour les clientes SMI que pour les clientes PF. Environ une cliente SMI et PF sur trois allaitent et l'âge médian de leurs dernier-nés est de 24 mois.

Tableau N°3: Indicateurs de fécondité chez les clientes SMI et PF

Caractéristiques	Clientes PF	Clientes SMI
	Pourcentage	Pourcentage
Nombre d'enfants	(n=1123)	(n=837)
0	3,2	14,2
1-3	43,8	50,7
4-6	39,4	27,0
7 et +	13,6	8,3
Nombre médian	(3 enfants)	(2 enfants)
Allaitement	(n= 1123)	(n= 837)
Oui	33,4	34,8
Age dernier né	(n= 1123)	(n= 837)
< 6 mois	7,7	16,7
7-18 mois	28,2	23,2
19-24 mois	20,3	16,3
25 mois et +	43,8	43,8
Age médian	(24 mois)	(24 mois)
Désir d'enfant supplémentaire	(n= 1123)	(n= 837)
Oui	71,6	78,7
Non	26,1	18,9
Dieu/partenaire	2,3	2,4
Délai souhaité	(n= 802)	(n= 645)
≤ 1 an	8,9	7,6
2-3 ans	30,0	34,7
4-5 ans	27,2	27,8
+ de 5 ans	33,9	29,9

Analyse Situationnelle, Sénégal 1994
Source: Interview Clientes SMI et PF

L'analyse des données révèle un réel désir aussi bien d'espacer que de limiter les

naissances chez les clientes SMI et PF. En effet, 26,1% des clientes PF et 18,9% des clientes SMI ne désirent plus avoir d'enfants. Parmi les femmes qui désirent avoir des enfants, 61,1% des clientes PF et 77% des clientes SMI souhaitent attendre plus de 3 ans avant d'avoir le prochain enfant.

c) Opinion et utilisation de la contraception par les clientes SMI et PF

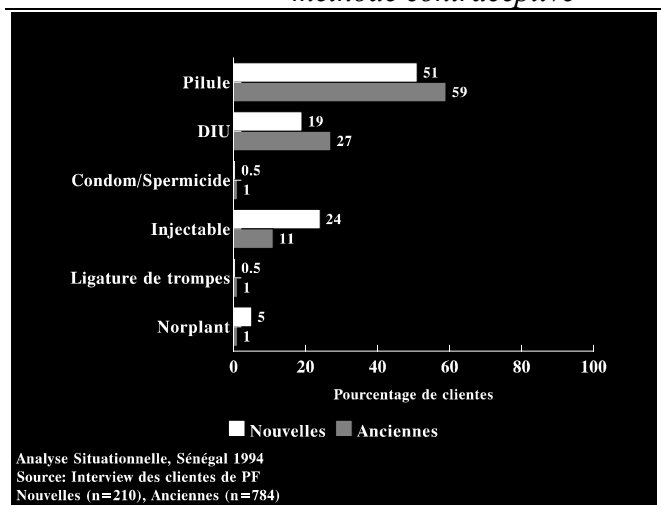
Plus des trois quarts des clientes SMI (82 %) approuvent l'utilisation d'une méthode contraceptive pour espacer ou éviter une grossesse. Cependant 44% seulement d'entre elles ont déclaré que leur conjoint approuve le fait qu'elles utilisent une méthode contraceptive. Le consentement du conjoint pourrait donc être un obstacle à l'utilisation de la contraception.

Si 24,1% des clientes SMI ont utilisé dans le passé une méthode contraceptive, seulement 4,8% en utilisent une au moment de l'enquête. Les méthodes contraceptives les plus utilisées actuellement par les clientes SMI sont : la pilule (50 %), la PF traditionnelle (15%) et le DIU (12,5%).

La majorité des clientes PF (89%) ont discuté de la PF avec leur conjoint ou partenaire et 97% d'entre elles ont déclaré que celui-ci sait qu'elles utilisent une méthode contraceptive.

Les données du Graphique 3 montrent que les méthodes contraceptives les plus acceptées par les nouvelles clientes sont dans l'ordre, la pilule (51%), l'injectable (24%) et le DIU (19%). Pour les méthodes les plus utilisées par les anciennes clientes la pilule occupe toujours la première position (59%), suivie du DIU (26%) et de l'injectable (11%). L'introduction récente du Norplant® dans cinq centres de PF du pays pourrait expliquer la faible utilisation de cette méthode par les clientes (5% pour les nouvelles et 1% pour les anciennes).

Graphique 3: Répartition des clientes PF selon la méthode contraceptive



Le fait que les injectables semblent ravir la deuxième place au DIU est un phénomène particulièrement intéressant à souligner.

1.3 Profil des Prestataires de Services

Conformément à la méthodologie de l'Analyse Situationnelle, tous les membres du personnel sanitaire offrant des services de planification familiale et présents le jour de la visite, devraient faire l'objet d'interviews. Ainsi sur 479 prestataires de services répertoriés à partir de l'inventaire, 411 étaient présents le jour de l'enquête et 361 ont accepté d'être interrogés. Cependant, tous les 180 PPS ont contribué à la constitution de l'échantillon des 361 prestataires qui représentent 75,4% de l'ensemble des 479 prestataires des services de PF.

Le Tableau 4 résume les principales caractéristiques socio-démographiques de cet échantillon de prestataires. Ces données montrent que le personnel de PF est presque entièrement féminin (91,7%) ; que ce personnel féminin est relativement jeune, que trois sur quatre sont mariées, et qu'une femme sur quatre est mère d'au moins 4 enfants vivants.

Les données révèlent également que ces prestataires qu'ils soient du sexe féminin ou masculin n'utilisent pas tous une méthode de contraception. Environ 47% des prestataires femmes en âge de reproduction et 37% des prestataires hommes (ou leurs partenaires) n'utilisaient aucune méthode contraceptive au moment de l'étude. En plus, parmi celles qui utilisaient la PF, une prestataire femme sur quatre utilisait la planification familiale naturelle. L'examen des données montre que la PF naturelle est presque exclusivement utilisée par les prestataires de services de sexe féminin mariées.

Les facteurs déterminants de l'utilisation ou de la non utilisation d'une méthode de contraception par les prestataires sont encore mal connus. Toutefois, l'analyse bivariée des données de cette étude montre que l'utilisation de la PF est une fonction croissante de l'âge et du nombre d'enfants vivants. Une analyse secondaire devrait permettre d'approfondir cette question sur les facteurs déterminants.

Tableau N°4: *Caractéristiques socio-démographiques des prestataires de services PF*

Caractéristiques	Pourcentage de Prestataires	
	Femmes	Hommes
Age	(n=331)	(n=30)
Moins de 30 ans	11,2	6,7
30 - 39 ans	52,2	56,6
40 - 49 ans	29,9	26,7
50 ans et +	5,1	10,0
Ne sait pas/pas de réponse	0,6	-
Age minimum/maximum	(17/60)	(27/55)
Age médian	(35)	(37)
Situation matrimoniale	(n=330)	(n=30)
Mariée polygame	50,1	83,3
Mariée monogame	26,7	13,3
Célibataire	15,5	3,3
Divorcée/veuf(ve)/séparée	7,9	-
Pratique contraceptive (Femmes 15 - 49 ans)	(n=311)	(n=30)
Oui	53,1	63,3
Méthode utilisée par le prestataire ou son partenaire	(n=169)	(n=19)
Pilule	20,7	36,8
Diu	25,4	10,5
Préservatif/spermicide	11,3	15,8
Injectables	9,5	26,3
Norplant	1,8	-
Ligature des trompes	5,3	-
Méthode naturelle	25,9	10,5
Nombre d'enfants	(n=331)	(n=30)
Pas d'enfant	18,4	10,0
1 - 3	42,9	46,7
4 - 7	34,8	30,0
7 et plus	3,9	13,3
Nombre minimum/maximum	(0/13)	(0/19)
Nombre médian	(3)	(3)
Répartition par Sexe (n=361)	91,7	8,3
Désir d'enfant	(n=330)	(n=30)
Non	46,4	43,3
Oui	47,9	53,3
Partenaire/Dieu	5,7	3,4

2 - ACTIVITES DE PF DANS LES PPS

Les activités de PF dans les PPS comportent non seulement la fourniture de méthodes contraceptives, mais aussi toutes les activités d'IEC. Elles englobent également son intégration aux autres services de santé et l'amélioration de l'accès à ces services. Ces activités seront évaluées du point de vue de l'intégration des services, de l'accessibilité à ces services et de la performance dans les PPS.

2.1 Intégration des services

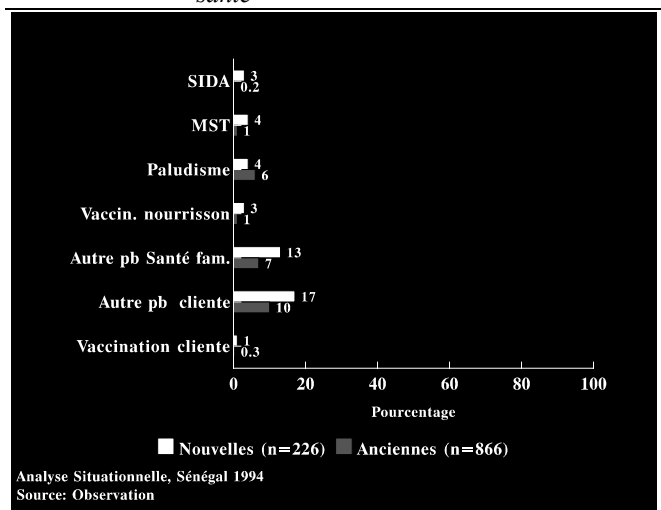
Une des stratégies du PNPF est d'intégrer la PF dans les activités de soins de santé de base de toutes les structures sanitaires publiques de la pyramide sanitaire (PNPF, 1990). Cette intégration devrait se traduire par la disponibilité au sein de la même structure de santé de plusieurs services tous les jours. Ainsi, l'analyse de l'intégration des services a porté sur l'examen des différents types d'activités menées dans les PPS, sur le nombre de jours dans la semaine où les services sont offerts et enfin sur le nombre de services au sein d'un même PPS.

Les données recueillies à partir de l'inventaire des PPS visités montrent que la PF est offerte avec les consultations pré et post-natales, les services de vaccination, les accouchements, les consultations nourrissons, les services curatifs et les causeries éducatives en matière de santé dans la plupart des PPS.

Les données révèlent qu'en moyenne les soins prénatals et post-natals et la PF sont offerts 4 à 5 jours par semaine, la vaccination et la consultation nourrisson 2 à 3 jours par semaine. La disponibilité de ces services est jugée satisfaisante car les données de l'inventaire des PPS indiquent qu'en moyenne 4 services sont disponibles chaque jour de la semaine du lundi au vendredi. Cependant sur le plan administratif, s'il est prévu 40 heures de services par semaine, les PPS du secteur public et para-public ne sont ouverts en moyenne que 20 à 25 heures et ceux de l'ASBEF en moyenne 35 heures.

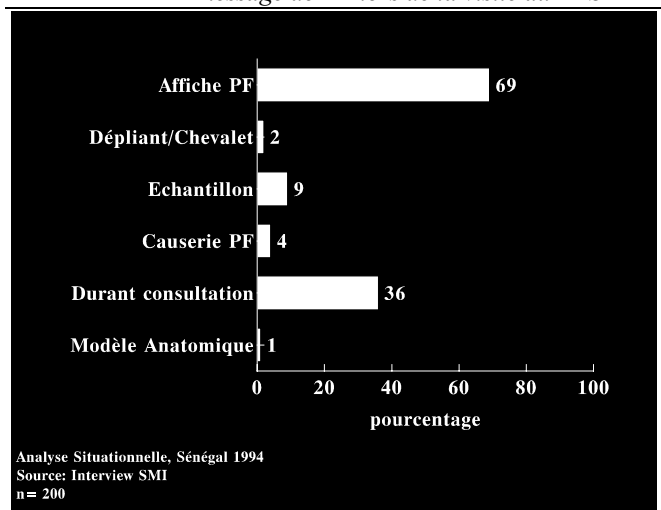
L'observation de l'interaction prestataires-clientes PF révèle que pendant la consultation PF les autres problèmes de santé sont rarement abordés. Les statistiques montrent que les prestataires abordent plus souvent les problèmes de santé autres que la PF plutôt avec les nouvelles clientes qu'avec les anciennes clientes.

Graphique 4: Proportion de clientes PF avec lesquelles le prestataire a abordé d'autres problèmes de santé



Le niveau d'intégration des services a été évalué également à partir de la proportion des clientes SMI qui ont reçu un message PF lors de la visite aux PPS. Seulement 24% d'entre elles ont vu ou entendu un message sur la planification familiale. La majorité de ces femmes ont vu des affiches de PF (69%), tandis que seules 36% d'entre elles ont reçu un message de PF.

Graphique 5: Proportion des clientes SMI ayant reçu un message de PF lors de la visite au PPS



L'on peut conclure, sur la base de ces données, que l'intégration des activités n'est pas encore une réalité systématique.

2.2 Accessibilité aux services de PF

L'accessibilité aux services de PF est estimée dans l'étude par le temps mis par les clientes pour se rendre aux PPS, le retard accusé à l'ouverture des PPS par rapport à l'heure officielle, la durée hebdomadaire de disponibilité des services de PF et les coûts de consultation et de cession des contraceptifs.

a) L'accessibilité géographique

Selon les données d'interview, le temps mis par les clientes PF pour se rendre aux PPS varie d'une minute à trois heures avec comme moyenne et médiane 30 minutes. Ces résultats suggèrent que les services de PF sont géographiquement accessibles aux clientes interviewées dans le cadre de l'étude. Toutefois, cet échantillon n'est pas nécessairement représentatif de la population des femmes en âge de reproduction.

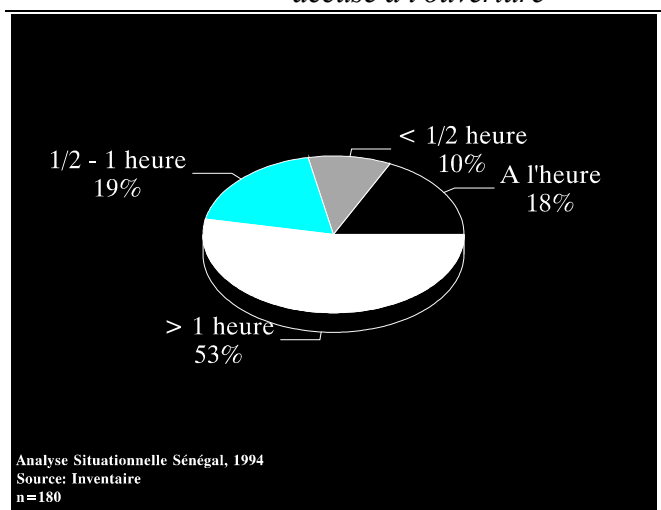
b) Heure d'ouverture et durée des services

Seulement 18% des PPS ont débuté les prestations de service de PF à l'heure. Dans 53% des PPS, les prestations de service de PF ont débuté avec plus d'une heure de retard par rapport à l'heure officielle d'ouverture des formations sanitaires.

Ce retard est observé dans 50% des Hôpitaux régionaux, 56% des Centres de santé, 51% des Postes de santé, 43% des Cliniques, 20% des Centres de l'ASBEF, 69% des Maternités et 53% des PMI. Ce retard de plus d'une heure accusé à l'ouverture par 53% des PPS pourrait être un facteur limitant l'accès des populations aux services de PF.

Les données de l'inventaire ont révélé que les prestations de services de PF sont disponibles en général de 9 heures à 13 heures au lieu de 07h30 à 16h00 qui sont les horaires fixés par l'Administration. Des efforts restent donc à faire notamment dans les PPS du secteur public pour le respect de la réglementation en matière d'horaire.

Graphique 6: Répartition des PPS selon le retard accusé à l'ouverture



c) Coût des services

Les coûts de consultation (prix des tickets de consultation) calculés à partir des données de l'inventaire varient de 0 à 500 francs CFA dans le secteur public, de 100 à 200 francs à l'ASBEF, de 0 à 500 francs dans le secteur para-public et de 0 à 5000 francs dans le secteur privé. Les coûts moyens de consultation dans ces différents secteurs sont respectivement de 181 francs, 125 francs, 218 francs et 1.127 francs. Les coûts de consultation les plus bas sont observés dans les PPS de l'ASBEF suivis de ceux du secteur public, tandis que les tarifs les plus élevés sont pratiqués par le secteur privé (Tableau 5).

Les coûts par contraceptif (prix de cession) également calculés à partir des données de l'inventaire varient de 0 à 500 francs pour la pilule, de 0 à 2500 francs pour le DIU et de 0 à 2000 francs pour l'injectable. Les coûts moyens de cession de ces différentes méthodes contraceptives sont respectivement de 100 francs pour la pilule, 445 francs pour le DIU et 313 francs pour l'injectable. Le Norplant® est gratuit dans les PPS du secteur public; seule l'ASBEF en fait payer la pose à un prix de 1500 francs. Les données du Tableau 5 montrent aussi que dans le secteur public les pilules coûtent environ 90 francs, les méthodes "barrières" moins de 20 francs, l'injectable moins de 300 francs et le DIU moins de 400 francs.

Tableau N°5: *Coût moyen pour chaque méthode contraceptive selon le secteur*

	Secteur Public	ASBEF	Secteur Para-public	Secteur Privé
	Francs	Francs	Francs	Francs
Néogynon	72 (n=85)	100 (n=2)	157 (n=14)	50 (n=2)
Lofemenal	85 (n=129)	125 (n=4)	141 (n=33)	118 (n=11)
Ovrette	87 (n=123)	125 (n=4)	142 (n=32)	118 (n=11)
Préservatif	13 (n=122)	22 (n=4)	14 (n=33)	9 (n=11)
Spermicide	20 (n=115)	22 (n=4)	19 (n=26)	3 (n=10)
Injectable	288 (n=99)	NA	426 (n=23)	250(n=2)
DIU	380 (n=103)	750 (n=4)	552 (n=29)	750(n=8)
Norplant 0 (n=3)	1500 (n=1)	0 (n=2)	NA	
Ligature trompes	1667 (n=3)	NA	0 (n=1)	NA

Analyse Situationnelle, Sénégal 1994
Source: Inventaire, NA = Non Applicable

Cette tarification des contraceptifs pourrait être un facteur limitant l'accès des populations défavorisées aux services de PF. Normalement les produits contraceptifs sont subventionnés par les bailleurs de fonds et devraient être gratuits dans le secteur public tel que préconisé par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.

2.3 Performance dans les PPS

La performance a été évaluée dans cette enquête à partir du nombre total de clientes sur une période de 12 mois consécutifs. Une période de référence de 24 mois a été retenue dans l'enquête pour recueillir ces statistiques de service. Dans un premier temps, il s'agissait de vérifier la disponibilité des statistiques de PF sur une période de 12 mois consécutifs dans la période de référence. Ensuite, un dénombrement des nouvelles acceptantes et des visites de contrôle a été fait dans chaque PPS. Pour le dénombrement de ces acceptantes, ce sont les registres qui ont été dépouillés. Cependant une exception a été faite pour 2 cliniques de l'ASBEF (Dakar et Kaolack) à cause du volume d'activités de ces centres. En effet, comme le dépouillement des registres aurait nécessité plusieurs jours, ce sont les rapports sur une période de 12 mois consécutifs qui ont été exploités.

Les données issues de l'inventaire des PPS montrent que la tenue des statistiques sur les activités de PF n'est pas systématique dans tous les PPS. Sur les 180 PPS, seulement 125 (69,4 %) disposent de statistiques sur une période de 12 mois consécutifs.

Pour les 31 % de PPS restant, les données sont disponibles sur des périodes variées:

- 8 PPS ne disposent d'aucune statistique ;
- 7 PPS ont des statistiques entre 1 et 3 mois ;
- 16 PPS en ont de 3 à 6 mois et
- 24 en ont sur une période allant de 6 à 11 mois.

Parmi les facteurs qui peuvent influencer sur la disponibilité des statistiques, figurent la localité, le type de formation sanitaire et la région.

- La distribution selon la localité montre que 75%, 70% et 58% des PPS respectivement en milieu semi-urbain, urbain, et rural disposent de statistiques sur une période de 12 mois consécutifs;
- Lorsque l'on prend en compte la disponibilité des statistiques durant 12 mois consécutifs selon la formation sanitaire, on peut voir que plus de la moitié des hôpitaux n'en disposent pas, suivis en cela par les cliniques. Les postes de santé et les PMI viennent ensuite avec 33 % des PPS, les centres de santé et les maternités avec 24 % des PPS;

- La région de Saint-Louis possède le record de disponibilité des statistiques sur 12 mois (81%), suivie par les régions de Kaolack et Kolda (76 %) et de Dakar (72 %). Dans les autres régions, c'est environ 60 % des PPS qui disposent de données sur 12 mois consécutifs.

Au Tableau 6, on peut voir que la région de Dakar a le nombre moyen de nouvelles clientes le plus élevé, suivie de Saint-Louis et de Thiès. Cependant la moitié des PPS de Dakar ont enregistré seulement 146 nouvelles clientes, ce qui est inférieur au nombre de nouvelles clientes que la moitié des PPS de Saint-Louis ont eu durant 12 mois.

Tableau N°6: *Nombre de clientes de PF durant une période de 12 mois selon la région*

Régions	Nouvelles clientes		Anciennes clientes	
	Nombre médian	Nombre moyen	Nombre médian	Nombre moyen
Dakar (n=48)	146	1382	479	1219
Thiès (n=10)	128	233	679	1351
Saint-Louis (n=16)	185	234	649	1133
Kaolack (n= 10)	134	199	1313	2192
Fatick (n= 6)	133	150	910	1288
Ziguinchor (n= 6)	77	112	229	479
Kolda (n= 9)	58	151	98	566
Tambacounda (n= 2)	152	161	428	428
Louga (n= 9)	109	104	408	414
Diourbel (n= 7)	93	182	100	705

Analyse Situationnelle, Sénégal 1994
Source: Inventaire, n= nombre de PPS

La région de Kaolack enregistre le nombre moyen d'anciennes clientes le plus élevé suivie de Thiès et de Dakar.

On constate que c'est la région de Louga qui a le plus faible nombre de nouvelles et d'anciennes confondues.

Les statistiques recueillies pour l'ASBEF montrent un nombre très élevé de nouvelles clientes et d'anciennes clientes. Les données du secteur public montrent que les anciennes clientes sont nombreuses, alors que les nouvelles sont en nombre assez réduit (Tableau 7).

Selon la localité, c'est dans le milieu urbain que l'on enregistre le plus grand nombre d'activités de PF. Ce constat vient confirmer le fait que dans le passé, les stratégies d'intervention du Programme ont surtout porté sur le milieu urbain.

Tableau N°7: *Nombre de clientes durant une période de 12 mois par secteur et par localité*

Secteurs	Nouvelles clientes		Anciennes clientes	
	Nombre médian	Nombre moyen	Nombre médian	Nombre moyen
Public (n= 85)	121	207	567	1178
ASBEF (n= 3)	1309	2914	4180	4526
Para-public (n= 24)	145	183	493	793
Privé (n= 6)	100	120	351	598
Localités				
Urbaine (n= 56)	176	412	817	1728
Semi-urbaine (n=34)	122	185	474	922
Rurale (n= 28)	61	62	99	254

Analyse Situationnelle, Sénégal 1994
Source: Inventaire, n= nombre de PPS

Les faibles records qui ont été relevés dans la région de Dakar, nous pousse à nous interroger d'une manière générale sur la fiabilité des données enregistrées. Les données qualitatives recueillies durant l'enquête ont mis en évidence le sous-enregistrement des clientes dans la majorité des PPS. L'évaluation du programme en 1990 avait déjà souligné le manque de rigueur de la part du personnel pour l'enregistrement et l'exploitation des statistiques.

Ainsi, on peut se demander si les données recueillies durant l'étude reflètent bien la réalité car elles semblent largement sous-estimées. Pourtant le recueil et l'analyse de données statistiques fiables doivent permettre d'évaluer les activités et l'état d'avancement du programme, de déterminer les besoins et d'établir des priorités d'action. Il serait donc souhaitable que le personnel soit formé en Système d'Information Sanitaire à des fins de Gestion (SIG) et sensibilisé sur l'importance de l'enregistrement et de l'exploitation des statistiques.

3 - CAPACITE FONCTIONNELLE DES PPS

L'objectif de cette section est de déterminer la capacité fonctionnelle des PPS à fournir des services de qualité aux clientes PF. Cette évaluation portera sur la disponibilité des infrastructures, matériels et équipements, l'expérience et la formation du personnel, la disponibilité du matériel et des activités d'IEC, la disponibilité des contraceptifs, la tenue des statistiques et rapports d'activités dans les PPS, et la gestion et supervision.

3.1 Infrastructure, Matériel et Equipement

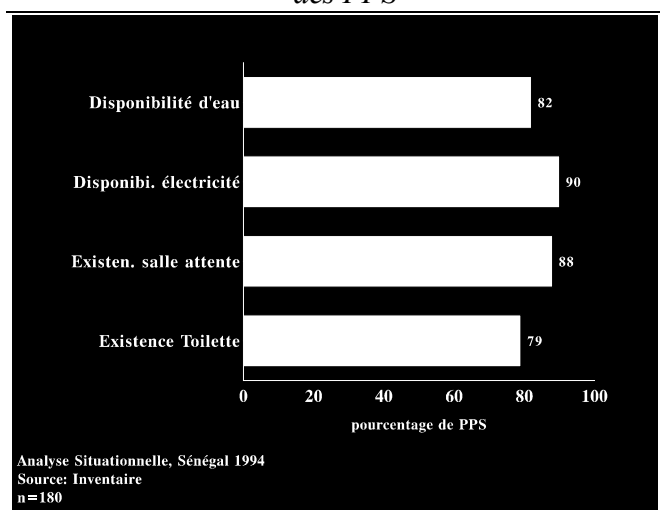
a) Infrastructure

Les normes des services de planification familiale au Sénégal prévoient que l'infrastructure d'un PPS soit constituée d'une salle d'attente, d'une salle de consultation, d'une salle pour stérilisation, d'une salle de soins, d'un magasin et de 2 salles de toilette.

Dans le cadre de cette étude, les infrastructures ont été évaluées sur la base de l'existence d'une salle d'attente, d'une salle de consultation, d'une salle de toilette et de la disponibilité de l'eau et de l'électricité.

Environ 88 % des PPS possèdent une salle d'attente protégée du soleil et des intempéries à 91 %. Elles sont pourvues de bancs pour les clientes mais ceux-ci sont en nombre insuffisant au moment des grandes affluences. En effet, 33% des PPS n'avaient pas suffisamment de places assises le jour de la visite. Les toilettes sont disponibles dans 79 % des PPS. La disponibilité en eau et en électricité est respectivement de 82% et 90%.

Graphique 7: *Caractéristiques des infrastructures des PPS*

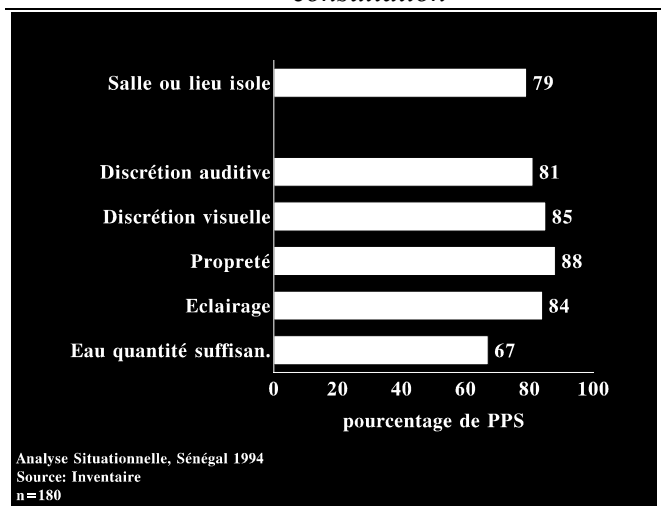


La consultation se déroule dans des salles et des lieux isolés dans 79 % des PPS, ce qui assure une discrétion auditive et visuelle dans plus de 80 % des PPS.

Environ 3 PPS sur 4 ont des locaux propres et disposent de sources d'éclairage.

C'est en milieu rural que l'infrastructure fait le plus défaut puisque plus de 30% des PPS n'ont ni eau ni électricité comparé à ceux du milieu urbain (5 %). Les salles d'attente et les toilettes sont inexistantes dans respectivement 17% et 27% des PPS ruraux comparé à 2% et 8% des PPS urbains.

Graphique 8: *Caractéristiques des salles de consultation*

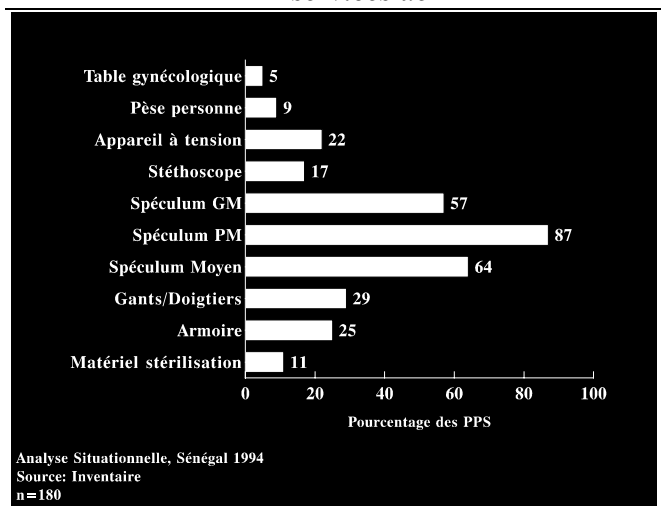


b) Equipement

Dans chaque salle de consultation un minimum d'équipements est nécessaire pour que les prestations de service puissent être faites.

Graphique 9: *Pourcentage de PPS ne disposant pas de l'équipement minimum nécessaire pour fournir des services de PF*

L'évaluation de l'équipement des infrastructures a été faite sur



la base d'une liste standard³ établie par le PNPF durant l'analyse des données.

Les tables gynécologiques et les pèse-personnes sont absents dans moins de 10% des PPS. Par contre 25% des PPS n'ont pas d'armoire.

Plusieurs PPS ne peuvent pratiquer des examens physiques et gynécologiques selon les normes requises car les appareils à tension, les stéthoscopes, les gants et les spéculums de différentes tailles font cruellement défaut. Dans 11 % des PPS, il n'existe aucun matériel de stérilisation. En particulier, c'est dans les centres de santé et dans les postes de santé que cette insuffisance est le plus marquée. Par rapport à la localité géographique, il n'existe aucun matériel de stérilisation dans 8 PPS en zone semi-urbaine, 8 en zone rurale et 4 en zone urbaine.

Pour évaluer le minimum d'équipement nécessaire pour délivrer des services de PF clinique, un indice a été calculé afin de mesurer le pourcentage de PPS ayant le minimum d'équipement et de matériel nécessaire, tel que listé à la Graphique 9. Cela permet de voir que 110 PPS disposent d'environ 70% du matériel requis. Seulement 6 PPS du milieu urbain ont tout le matériel requis (100%).

Pour estimer la disponibilité du matériel servant à la pose et au retrait du DIU, l'on a calculé le pourcentage de PPS ayant au moins 2 kits complets. Il s'avère que seulement 20 PPS possèdent au moins ces deux kits pour offrir les services de DIU. Quatorze PPS ont moins de 50% du matériel de DIU requis.

La disponibilité du matériel de DIU varie selon la localité. Sur les 23 PPS offrant des services de DIU en milieu rural, seulement 3 ont au moins 2 kits complets de DIU. Quatorze PPS du milieu urbain sur 87 offrant les services du DIU et 3 PPS du milieu semi-urbain sur 40 ont au moins 2 kits complets.

Parmi les 20 PPS disposant d'au moins 2 kits complets, figurent 1 Hôpital, 7 Centres de Santé, 6 Postes de Santé, 2 Cliniques, 2 Centres ASBEF, 1 Maternité et 1 PMI.

Ainsi l'équipement de la majorité des PPS est loin des normes requises puisque le Programme souhaiterait qu'au moins 5 kits soient disponibles dans les structures. Ce qui suppose que beaucoup d'efforts devront être faits afin que chaque PPS dispose du minimum d'équipement et de matériel nécessaire pour fournir des services de PF.

³ Au moins 1 élément de l'équipement listé au Graphique 9, sauf pour les spéculums = 6 éléments de chaque type et les gants/doigtiers=10 éléments.

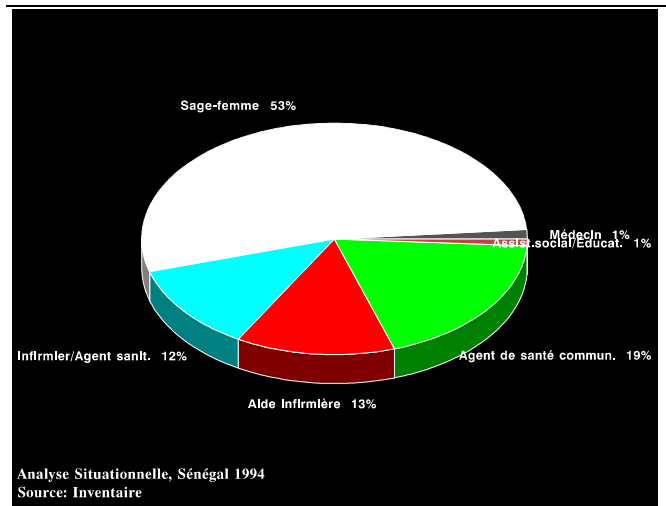
3.2 Expérience et formation des prestataires de services PF dans les PPS

a) Nombre et type de personnel

Le dénombrement fait à partir du questionnaire d'inventaire montre que les services PF sont assurés par 479 prestataires avec une moyenne de 2,7 par PPS. En dehors de quelques PPS de l'ASBEF et des PMI où l'on observe en général plus de trois prestataires, dans les hôpitaux régionaux, centres de santé, postes de santé, cliniques privées et maternités, 2 prestataires s'occupent le plus fréquemment des services PF.

La répartition de ce personnel selon la catégorie socio-professionnelle révèle une prédominance des sages-femmes suivis des agents de santé communautaires et des aides infirmières. Les autres catégories professionnelles sont faiblement impliquées.

Graphique 10: Répartition des prestataires de services dans les PPS



Il est apparent que l'implication de chacune de ces différentes catégories socio-professionnelles dans la prestation des services est fonction du type de formation sanitaire ou du niveau de la

pyramide sanitaire. Cependant, le tableau statistique révèle qu'il y a en moyenne au moins une sage-femme dans chaque PPS quel que soit le type de formation sanitaire. Par contre, on peut noter que les médecins ne sont pas directement impliqués dans la prestation quotidienne des services PF car on en a recensé seulement 6 sur 479 prestataires. Et pourtant ils ont la responsabilité de la supervision des activités dans leur zone de responsabilité, et ils sont selon les déclarations de la politique PF les seuls autorisés à offrir toute la gamme des services PF disponibles au Sénégal.

b) Expérience et formation du personnel

- *Expérience*

A la question suivante : "Depuis combien de temps dispensez-vous des services de planification familiale?", la moitié des prestataires ont donné une durée d'expérience qui était au moins égale à 5 ans dans l'offre des services PF. Les plus longues expériences enregistrées dans la prestation des services PF varient de 15 à 26 ans chez 6 des prestataires. Cependant, 11,6% d'entre eux étaient encore à leur première année de prestation de services PF.

Le pourcentage du personnel qui a offert des services PF au cours des trois derniers mois précédant la date de l'étude, indique que la plupart des 361 prestataires interrogés ont eu à fournir des services PF relatifs à au moins l'une des 5 méthodes contraceptives suivantes : la pilule (40 à 88% des prestataires selon le type de pilule), le condom (76%), le spermicide (65%), le DIU (58%) et les injectables (56%). Les méthodes de longue durée, c'est-à-dire les implants Norplant et la CCV, ne sont pas encore vulgarisées à l'ensemble du pays.

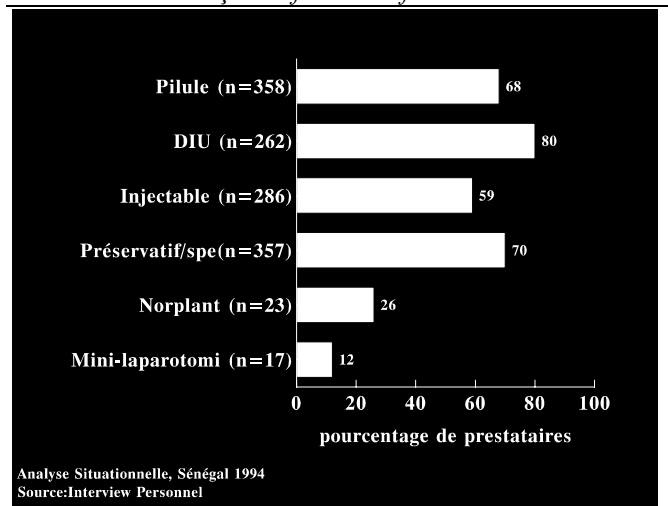
Le Graphique 11 montre que tout le personnel formé n'a pas eu à fournir toutes ces méthodes contraceptives au cours des trois derniers mois: pilule (32%), DIU (27%) et injectables (48%).

- *Formation*

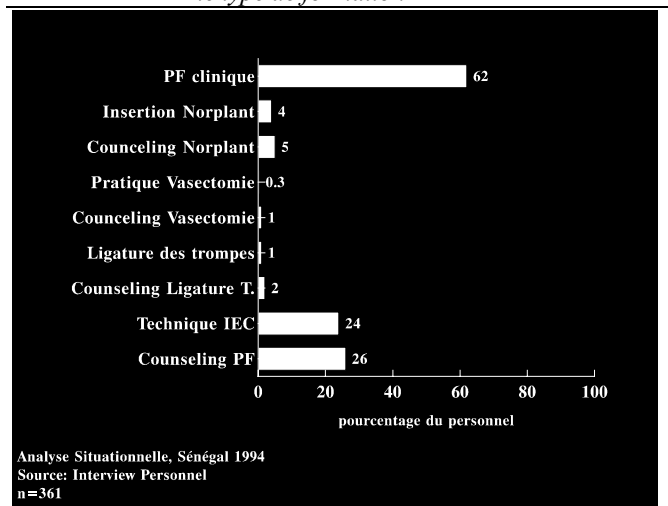
L'information recueillie auprès des prestataires de services PF fait ressortir un besoin pressant en matière de formation. A la question suivante : "Pensez-vous que la formation que vous avez reçue en PF est suffisante pour vous permettre de fournir des services de PF ?", environ trois prestataires de service sur quatre ont répondu "NON" estimant que la formation reçue était insuffisante pour leur permettre de délivrer des services de PF adéquats. Ce constat est confirmé par la distribution du personnel selon le type de formation. Ces données montrent qu'il reste beaucoup à faire dans tous les domaines de formation.

L'essentiel de la formation a porté sur la PF clinique, le counseling PF et la technique IEC. Environ 62%, 26% et 24% du personnel a reçu respectivement ce type de formation. La formation en contraception chirurgicale volontaire est quasi inexistante.

Graphique 11: *Personnel qui a fourni des services PF au cours des 3 derniers mois parmi ceux qui ont reçu une formation formelle selon la méthode*



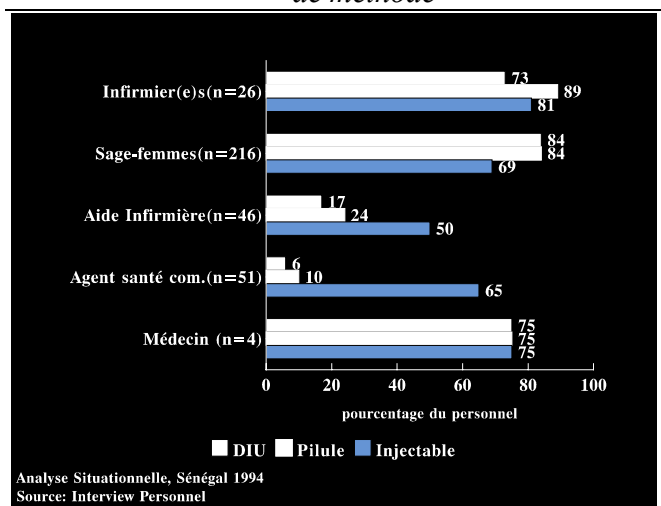
Graphique 12: *Répartition des prestataires de services selon le type de formation*



La formation reçue peut être théorique ou pratique. Certains prestataires, en majorité les agents de santé communautaire et les aides-infirmières, n'ont reçu qu'une formation "sur le tas" au sein de leur structure. La répartition des prestataires de service PF formés selon la méthode contraceptive montre que la plupart des infirmiers et médecins ont reçu une formation formelle en pilule, DIU et injectables. Ce type de formation est absent chez les aides-infirmières et les agents de santé communautaires. La

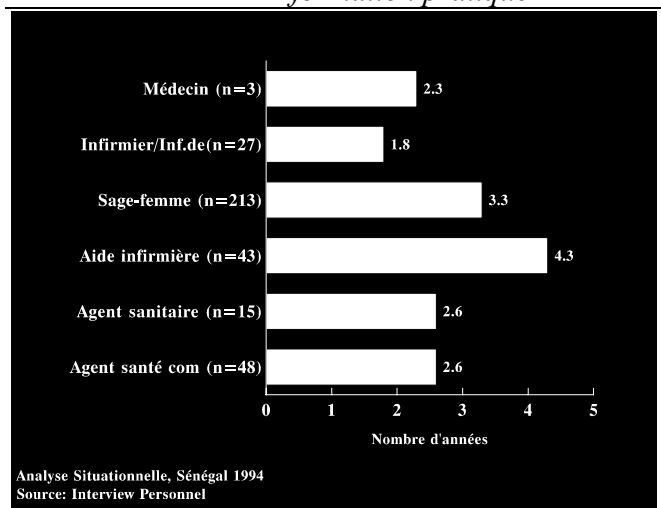
majorité des sages-femmes (environ 80%) ont eu une formation formelle sur la pilule et le DIU, alors que 31,5% ne l'ont pas reçu pour les injectables. Par conséquent, une formation complémentaire en injectables est souhaitable pour cette catégorie de personnel.

Graphique 13: Répartition des prestataires de services formés selon le type de méthode



Les questions sur la date de la dernière formation montrent que la formation théorique et pratique de la plupart des catégories socio-professionnelles est assez récente (1 à 2 ans). Cependant, pour les sages-femmes et les aides-infirmières, la durée depuis la dernière formation est plus longue (en moyenne supérieure à trois ans).

Graphique 14: Durée moyenne depuis la dernière formation pratique



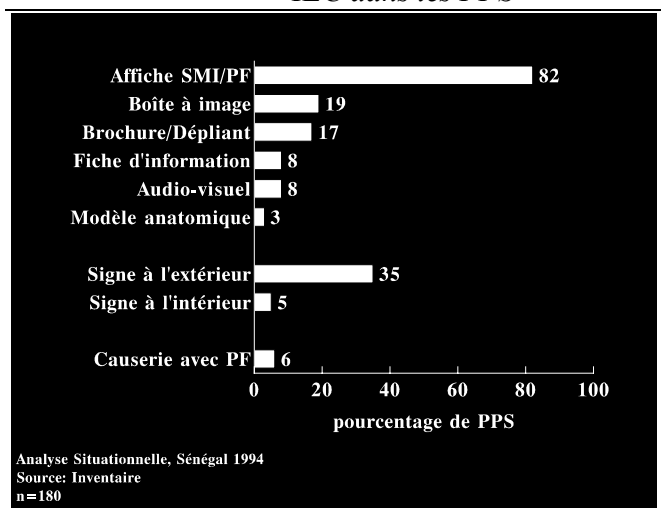
3.3 Activités et Matériel d'IEC

Les activités et le matériel IEC sont une composante essentielle pour la réussite du programme de PF au Sénégal, car c'est un élément important pour la connaissance des méthodes contraceptives modernes par la population cible.

L'inventaire du matériel IEC disponible dans les PPS visités. Les données collectées montrent que l'affiche SMI/PF est le matériel IEC le plus utilisé dans les PPS : sur l'ensemble des PPS environ 4 sur 5 en disposaient.

Les boîtes à images et les brochures/dépliants sont disponibles seulement dans un PPS sur cinq. Les autres types de matériel IEC comme la fiche d'information, l'équipement audio-visuel et le modèle anatomique sont quasi inexistant dans la plupart des PPS.

Graphique 15: Matériel IEC disponible et activités IEC dans les PPS



Il est aussi intéressant de noter que la plupart des PPS (6 sur 10) n'ont pas de panneaux indiquant l'existence de services PF. Cette situation varie selon le type de formation sanitaire. Ainsi la proportion de PPS n'ayant pas de signe visible indiquant l'existence d'un service de PF est dans l'ordre : les cliniques (71%), les postes de santé (68%), les centres de santé (56%), les hôpitaux (55%) et les PMI (47%).

Des divergences d'opinion existent sur l'opportunité de mettre des panneaux indiquant un point de prestation de services PF. La justification avancée par ceux qui sont contre, est que les femmes souhaitent garder l'anonymat, ce qui serait d'ailleurs l'une des principales raisons pour ne pas fréquenter le PPS le plus proche de chez soi. Il se pose alors la question de savoir si la non existence de panneaux peut contribuer à l'augmentation du taux de fréquentation. Dans l'étude, sur 36% des femmes ne fréquentent pas le PPS le plus proche de chez elles, seulement 3% ont avancé comme principale raison le désir de garder l'anonymat. Cette question devrait faire l'objet d'une recherche opérationnelle qui permettrait au programme d'arrêter une stratégie définitive.

Les statistiques révèlent également que les activités IEC sont pratiquement inexistantes dans les PPS. Sur les 180 PPS visités seulement 8% ont mené des

causeries sur la santé et 6% des PPS visités ont mené des causeries sur la PF le jour de la visite. Cette situation pourrait s'expliquer en partie par l'absence de matériel IEC dans la plupart des PPS et par la non-intégration de l'IEC dans les activités cliniques mais également par le faible pourcentage de prestataires formés en IEC (24%).

3.4 Stock de contraceptifs et logistique

a) Disponibilité des contraceptifs

Les pilules, les préservatifs et les spermicides sont disponibles dans tous les PPS tandis que les injectables et les DIU ne le sont que dans 63% et 78% respectivement des PPS.

Certaines structures tels les PPS de l'ASBEF (financés par l'IPPF), n'offrent pas la méthode injectable. Cette méthode n'est disponible que dans 18% des PPS du secteur privé. La non disponibilité de certains contraceptifs dans tous les PPS est un facteur limitant l'accès des populations à la contraception de leur choix. Le PNPf et ses partenaires devraient donc s'atteler à mettre à la disposition des clientes toute la gamme de méthodes contraceptives.

b) Conditions de stockage

Dans 79% des PPS les produits contraceptifs sont stockés à l'abri du soleil, de la pluie, des animaux nuisibles, de l'humidité et de la chaleur. Toutefois, dans 51% des PPS le stockage des contraceptifs n'est pas fait selon la date de péremption ce qui pourrait nuire à la qualité de la gestion des stocks.

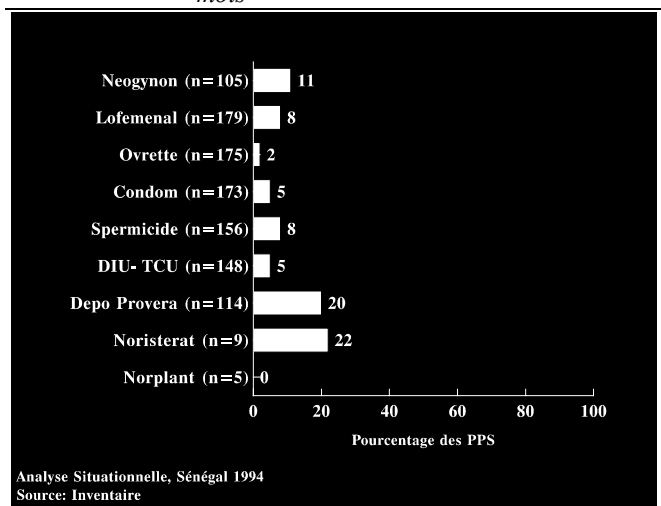
Seulement 89 PPS (49,4%) ont un inventaire écrit des produits contraceptifs reçus. Les supports utilisés par ces PPS pour l'inventaire sont les fiches de stocks (60,7%), les cahiers ou feuilles libres (23,6%) et les registres de stocks (15,7%), d'où la nécessité d'harmoniser et de standardiser ces types de supports.

Parmi les PPS visités, 67% ont déclaré avoir un système de commande de nouvelles provisions de contraceptifs; 66,7% font leur commande quand le stock de contraceptifs atteint un seuil d'alerte et 3,9% quand le stock est épuisé. Des informations plus précises sur ce qu'était réellement ce seuil d'alerte n'ont pu être recueillies avec précision. Les prestataires ont des méthodes personnelles pour déterminer ce seuil d'alerte; cela peut être un nombre de boîtes quelconque ou une impression visuelle. Il y a une nécessité de définir une stratégie unique de gestion des stocks.

c) Approvisionnement

La fréquence d'approvisionnement en contraceptifs est trimestrielle dans 34% des PPS, mensuelle dans 25% des PPS et irrégulière dans 22%. Dans 19% des PPS, cette fréquence est soit hebdomadaire, bimensuelle, semestrielle ou soit

Graphique 16: *Pourcentage de PPS ayant eu une rupture de stock par méthode au cours des 6 derniers mois*



annuelle.

Il ressort de ces résultats que certains PPS présentent des insuffisances dans le système de gestion et de la logistique des contraceptifs. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que des ruptures de stocks de contraceptifs soient observées. Au cours des six derniers mois précédant l'enquête, 20% des PPS ont eu une rupture de stocks en injectables, 10% en Néogynon, Lofemenal et Spermicide. Il faut cependant signaler que le Noristérat n'est pas fourni par le PNPF. La durée médiane des ruptures de stocks est de 2 mois pour le Depo-provera et le DIU, et de 1 mois et demi pour les Pilules. La fréquence des ruptures de stocks de contraceptifs est identique en milieux urbain et rural.

3.5 Statistiques et rapports d'activités

La quasi-totalité des PPS (96%) disposent d'une fiche de consultation unique et individuelle pour chaque cliente PF. Ces fiches sont en bon état dans 100% de ces PPS et bien ordonnées dans 86% d'entre eux. Dans 70% des PPS une seule personne est chargée de classer les fiches de consultation. Un registre journalier des activités de PF est disponible dans 96% des PPS. Ces registres sont en bon état dans 79% des PPS et bien remplis dans 66% d'entre eux. Ces résultats montrent que les supports pour la collecte des données statistiques sont disponibles dans pratiquement tous les PPS et que des lacunes dans la tenue de ces supports existent dans environ 20% d'entre eux.

Dans la majorité des PPS (94%), il existe des rapports des statistiques mensuelles des activités de PF. Mais seulement 65% de ces PPS ont déclaré avoir envoyé un à un superviseur le dernier mois précédant l'enquête. Parmi ces PPS, 70% ont eu un "feedback" sur ce rapport. L'absence de "feedback" sur la qualité et l'utilisation des rapports d'activités pourrait être un facteur démotivant pour les prestataires de PF.

En ce qui concerne l'utilisation que les prestataires font des supports de données, 84% les utilisent pour l'envoi de rapports, 73% pour le suivi de l'expérience médicale des clientes, 42% pour déterminer la performance du PPS, 29% pour la prévision des commandes de contraceptifs et 13% pour le suivi à domicile des clientes qui ne reviennent pas aux rendez-vous.

3.6 Gestion et Supervision

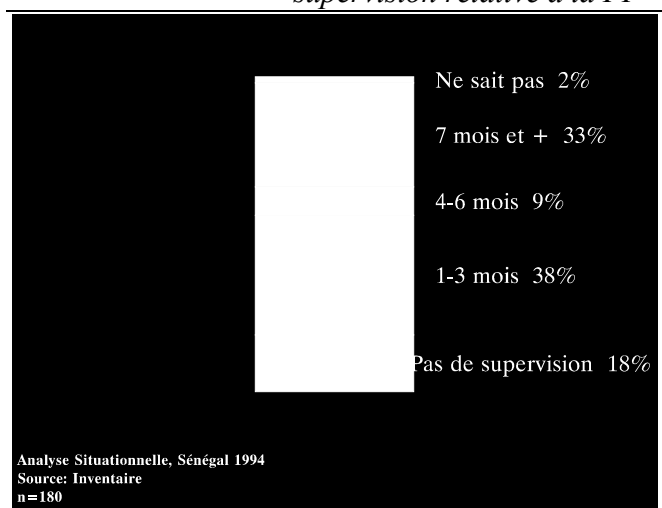
a) Gestion

La gestion des activités de PF dans les PPS présente d'importantes insuffisances. En effet, seulement 6% des PPS disposent des documents écrits décrivant les attributions et les responsabilités des membres du personnel, 8% d'un chronogramme des activités et 2% d'un objectif à atteindre quant au nombre de clientes PF.

b) Supervision

La fréquence de supervision des activités de PF est faible dans la plupart des PPS. Selon les normes du PNPf chaque PPS devrait recevoir au moins une visite de supervision par trimestre. Malheureusement, seulement 38% des PPS ont bénéficié d'une visite de supervision au cours du dernier trimestre précédant l'enquête. Pour 33% des PPS la dernière visite de supervision remonte à au moins 7 mois et 18% n'ont reçu aucune visite de supervision.

Graphique 17: *Durée depuis la dernière visite de supervision relative à la PF*



Dans la majorité des PPS, il n'existe pas de système de supervision des activités. C'est ainsi que 48 % des PPS signalent l'inexistence d'un système de supervision technique pour la PF clinique, 62 % pour la logistique, 48 % pour le système d'information sanitaire, 77 % pour l'IEC et 66 % pour l'administration et les finances.

Il faut toutefois signaler que 27 % des PPS déclarent organiser des réunions du personnel pour discuter des activités de PF. Ces 48 PPS ont organisé en moyenne deux réunions au cours du dernier trimestre précédant l'enquête.

Le counseling durant les consultations n'est réellement pas suffisant pour guider le choix de la cliente. On peut mettre cela en parallèle avec le temps court qui est consacré aux consultations et qui ne permet pas une bonne communication.

4 - QUALITE DES SERVICES

Les responsables de programmes sont d'une manière générale d'accord sur le fait que l'offre de services PF de qualité contribue à l'acceptation des programmes de PF. C'est seulement dans l'évaluation de ce concept de qualité que les avis sont souvent partagés. Dans cette étude l'évaluation de la qualité des services est faite à partir des éléments suivants: l'interaction prestataires-clientes, les barrières à la contraception, le choix des méthodes, les informations et conseils donnés aux clientes, la compétence technique des prestataires et les mécanismes pour encourager la continuité.

4.1 Interactions Prestataires-Clientes

Cet élément de la qualité des services porte principalement sur le contenu des échanges entre le prestataire et la cliente. Il permet de mesurer la dimension humaine des services ainsi que la perception par les clientes des services de PF. L'évaluation de cette composante de la qualité est faite à partir d'indicateurs; la satisfaction chez la cliente; la durée de la consultation; et le pourcentage de clientes qui ont reçu l'information souhaitée.

Les données issues de l'observation montrent que d'une manière générale le temps consacré aux consultations des clientes PF est très court. La durée médiane pour une première visite est de 12 minutes et de 10 minutes pour une cliente venue pour infécondité. Par contre, pour les visites de contrôle et de réapprovisionnement, 5 minutes sont consacrées en moyenne à chaque cliente. Le minimum constaté est de 1 minute pour les anciennes clientes (Tableau 9).

Quand ces données sont mises en parallèle avec le temps d'attente des clientes PF, le problème de la qualité des services dans les PPS se pose. En effet, si l'on se réfère au Graphique 18, il apparaît qu'en moyenne les clientes PF attendent entre une demi heure et 2 heures voire même plus pour recevoir les services de PF. Moins de la moitié des clientes (42%) déclarent avoir attendu moins d'une demi heure.

Graphique 18: Temps d'attente des clientes de PF

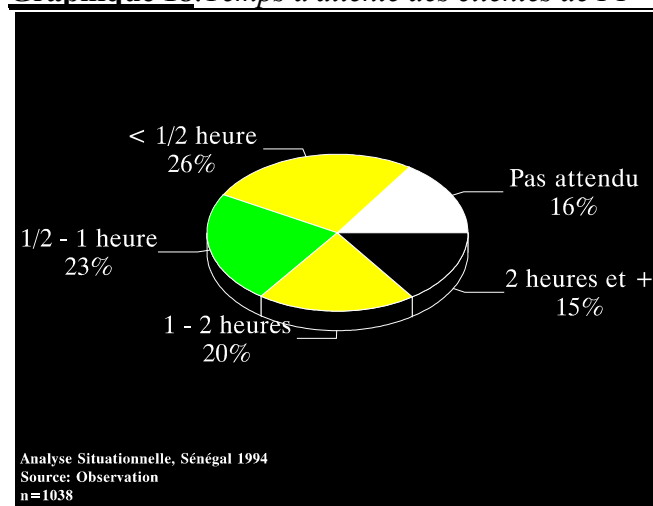


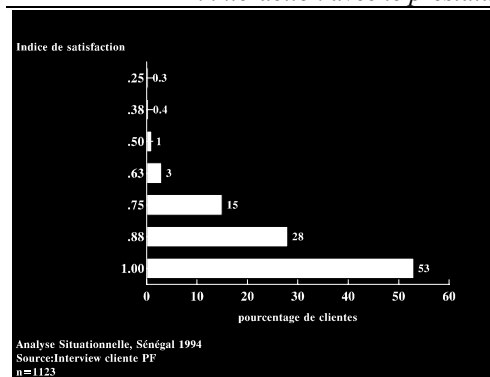
Tableau N°8: *Durée médiane des consultations selon le type de cliente et le type de secteur*

	Durée en minutes		
	Valeur médiane	Valeurs extrêmes minimum	Valeurs extrêmes maximum
CARACTERISTIQUES			
Première visite (n=227)	12	1	40
Visite suivi (n=866)	5	1	31
Infécondité/Infertilité (n=31)	10	2	34
TYPES DE SECTEUR			
Public			
Première visite (n=164)	12	1	40
Visite suivi (n=41)	5	1	31
Infécondité/Infertilité (n=24)	9	2	34
ASBEF/IPPF			
Première visite (n=23)	15	3	28
Visite suivi (n=41)	7	2	20
Infécondité/Infertilité (n=3)	15	10	20
Para-Public			
Première visite (n=36)	10	3	32
Visite de suivi (n=137)	5	1	22
Privé			
Visite de suivi (n=21)	6	4	10

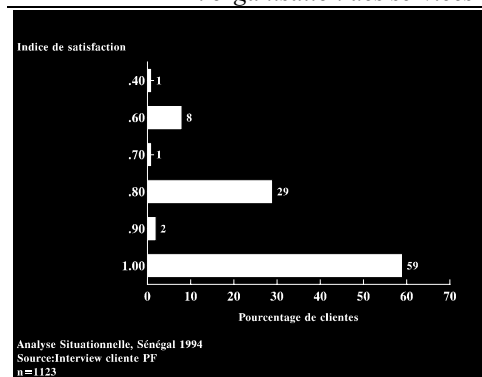
Analyse Situationnelle, Sénégal 1994
Source : Inventaire

L'indice de satisfaction des clientes PF a été établi à partir des questions figurant dans l'interview de la cliente sur l'interaction avec le prestataire et l'organisation du PPS fréquenté. Le pourcentage de femmes ayant obtenu un indice maximum de 1 est plus élevé quand il porte sur l'organisation des services (59%) que sur l'interaction (53%) (Graphiques 19 et 20).

Graphique 19: *Satisfaction de la cliente sur l'interaction avec le prestataire*



Graphique 20: *Satisfaction de la cliente sur l'organisation des services*



Il apparaît que parmi les raisons pour lesquelles les femmes n'ont pas été entièrement satisfaites de l'organisation des services, le temps d'attente obtient le pourcentage le plus élevé de réponses négatives (28%).

Toutefois, dans l'ensemble, les indices de satisfaction obtenus sont satisfaisants. Les clientes ont d'ailleurs dans leur grande majorité déclaré avoir reçu l'information et les services souhaités (95,8%).

4.2 Barrières à la contraception

a) Bilans para-cliniques préliminaires

Les normes des services en vigueur au Sénégal exigent que le prestataire de services procède à un interrogatoire complet et effectue un examen physique complet avant de délivrer une méthode contraceptive. Si aucune contre-indication n'est identifiée, la méthode contraceptive doit être fournie à la cliente sans délai. Ainsi le bilan paraclinique préliminaire à la prescription de la contraception ne devrait plus être systématique depuis 1990.

Mais à partir de l'interview du personnel, il apparaît que près du quart des prestataires pensent qu'il est nécessaire de faire des examens para-cliniques avant de délivrer des méthodes contraceptives. Les tests les plus exigés pour la prescription de la pilule sont les suivants: l'analyse d'urines, le Test d'Emmel et le frottis cervico-vaginal; tandis que pour le DIU, ce sont le dépistage des MST et un frottis cervico-vaginal. Par contre le Norplant® et les Injectables sont les méthodes pour lesquelles les prestataires exigent le moins d'examens.

Tableau N°9: *Tests jugés nécessaires par les prestataires avant d'offrir les méthodes*

	Pilule	DIU	Injectable	Norplant
Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	
Analyse d'urine	15	9	10	0.3
Dosage hémoglobine	8	4	5	0
Test d'Emmel	19	8	9	2
Dépistage MST	8	14	7	1
Frottis cervico-vaginal	12	31	9	3

Analyse Situationnelle, Sénégal 1994
Source: Interview Personnel, n= 361

b) Préjugés des prestataires

Des critères d'éligibilité pour avoir accès à la contraception sont quelques fois fixés par les prestataires. On retrouve en général des critères relatifs à l'âge, la parité, le statut matrimonial et le consentement du conjoint.

- L'âge

Une restriction sur l'âge a été signalée par plus de 80% des prestataires de services. Le nombre de prestataires ayant déclaré avoir une restriction sur l'âge est encore plus important quand il s'agit de la pilule. Les préservatifs et les spermicides sont les méthodes pour lesquelles ils ont signalé le moins de restrictions suivi du Norplant®.

Tableau N°10: *Proportion des prestataires imposant des restrictions non médicales avant de fournir les méthodes contraceptives*

	Age maxi	Age mini	Nombre enfant	Allaitement maternel	Pas marié	Consentement conjoint
	%	%	%	%	%	%
Pilule progestative	83	74	27	3	6	21
Pilule combinée	80	70	24	57	6	22
Préservatif	3	7	1	2	1	17
Spermicide	2	4	2	1	1	8
DIU	24	30	55	2	10	22
Injectable	26	41	28	4	5	14
Norplant 7	7	4	1	2	5	
Ligature de trompes	9	13	15	0.3	4	12
Vasectomie	0.3	0.3	0.3	0	0	0.3

Analyse Situationnelle, Sénégal 1994
Source: Interview Personnel, n= 361

Pour les prestataires qui déclarent avoir des restrictions sur l'âge, les limites imposés pour la pilule sont 37 ans et 17 ans. Ces bornes sont plus élevées quand il s'agit du DIU, des Injectables et du Norplant® (Tableau 10bis). Les prestataires estiment que pour obtenir la CCV, il faut avoir au moins 30 ans.

- La parité

Plus de 50% des prestataires exigent de la cliente un nombre minimum d'enfants avant de lui fournir la contraception. Cette limite est plus importante pour le DIU.

Tableau N°10bis: *Âges et nombre d'enfants médians imposés par les prestataires avant de fournir les méthodes de PF*

	Age maximum	Age minimum	Nombre d'enfants minimum
Pilule progestative	36 ans (n=301)	17 ans (n=269)	1 enfant (n=99)
Pilule combinée	37 ans (n=288)	17 ans (n=253)	1 enfant (n=86)
Préservatif	40 ans (n=10)	16 ans (n=26)	1 enfant (n=5)
Spermicide	36 ans (n=6)	16 ans (n=15)	1 enfant (n=8)
DIU	43 ans (n=87)	19 ans (n=108)	1 enfant (n=200)
Injectable	40 ans (n=93)	25 ans (n=147)	3 enfants (n=100)
Norplant	40 ans (n=24)	20 ans (n=26)	1 enfant (n=15)
Ligature de trompes	42 ans (n=34)	35 ans (n=47)	5 enfants (n=56)
Vasectomie	45 ans (n=1)	30 ans (n=1)	7 enfants (n=1)

Analyse Situationnelle, Sénégal 1994
 Source: Interview du personnel
 n= nombre de prestataires imposant la restriction

La parité exigée augmente avec le degré de réversibilité de la méthode. C'est ainsi qu'avec les injectables, les prestataires exigent un minimum de 3 enfants.

Pour toutes les autres méthodes réversibles, c'est un minimum de 1 enfant qui est requis.

- Le Statut matrimonial et le consentement du conjoint

Le mariage est exigé par environ 10% des prestataires. Par contre le consentement du conjoint est exigé par une proportion plus importante de prestataires. Le DIU et la pilule sont les méthodes pour lesquelles le consentement du conjoint est le plus requis.

4.3 Choix des Méthodes

Plusieurs méthodes contraceptives sont disponibles au Sénégal, parmi lesquelles on trouve les méthodes barrières, les méthodes hormonales et les méthodes chirurgicales et le DIU. Il est recommandé aux prestataires de services de présenter toute la gamme afin que la cliente puisse effectuer son choix. Le respect du choix de la cliente est l'un des aspects les plus importants de la qualité des services. Il apparaît que selon les objectifs de la cliente, certaines méthodes sont plus recommandées par les prestataires.

a) Méthodes recommandées selon les objectifs de la cliente

Pour l'espace des naissances, plus de 3 prestataires interrogés sur 4 prescrivent la pilule ou le DIU. Les autres méthodes ne sont pas très recommandés dans ce cadre.

Tableau N°11: *Méthodes recommandées par les prestataires selon les objectifs de la cliente*

Méthode contraceptive	Pour espacer naissances	Pour limiter naissances	Recommande jamais
	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
Pilule	82	1	0.3
Condom	43	1	2
Spermicide	45	2	8
Ligature trompes	0.3	76	8
Vasectomie	2	14	5
DIU	72	9	1
Injectable	48	16	7
Norplant	21	7	2

Analyse Situationnelle, Sénégal 1994
Source: Inventaire, n = nombre de PPS

Dans les cas où les femmes ne souhaiteraient plus avoir d'enfant, c'est la ligature des trompes qui est fortement recommandée, suivie de l'injectable et de la vasectomie. Il est important de noter que l'injectable tient la deuxième place pour la limitation des naissances, ce qui montre encore une fois la perception

qu'on les prestataires pour cette méthode.

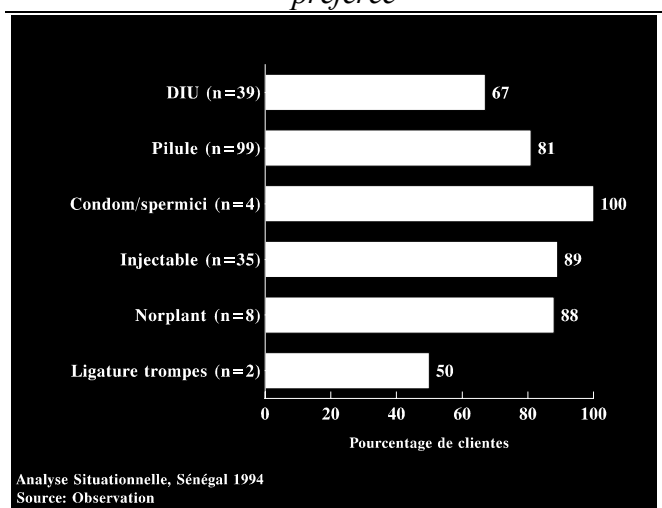
Environ 8% des prestataires signalent ne jamais recommander certaines méthodes: les spermicides, la ligature des trompes et les injectables sont les plus citées.

b) Le choix de la cliente

Les clientes se présentant au centre pour la première fois ont en majorité une préférence pour une méthode donnée (53%). Plus de la moitié d'entre elles préfèrent la pilule. Dans 81% des cas ce choix est respecté.

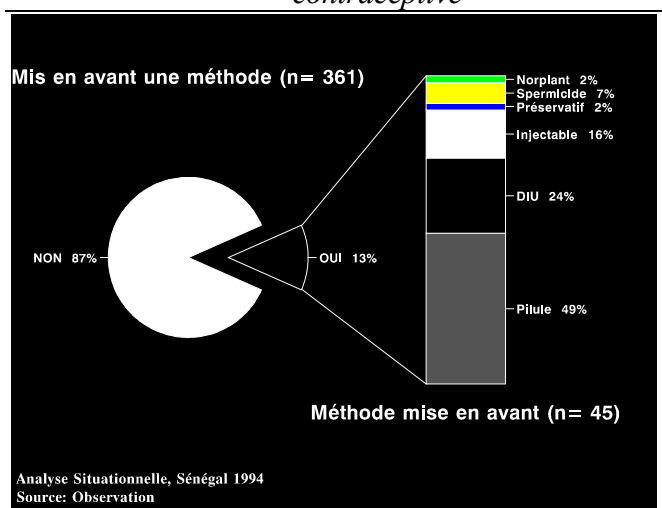
En dehors du condom et des spermicides, la pilule et l'injectable sont les méthodes pour lesquelles les clientes obtiennent le plus satisfaction à leur désir (81%), alors que les clientes montrant une préférence pour le DIU ne l'obtiennent qu'à 67%.

Graphique 21: *Pourcentage de nouvelles clientes recevant leur méthode préférée*



Un nombre assez réduit de prestataires ont mis en avant une méthode contraceptive (13%). Parmi ceux-ci c'est également la pilule, suivie du DIU puis de l'injectable qui sont les méthodes proposées. Les autres méthodes n'ont été mises en avant que par 11% des prestataires. La ligature des trompes n'est pas du tout proposée aux nouvelles clientes.

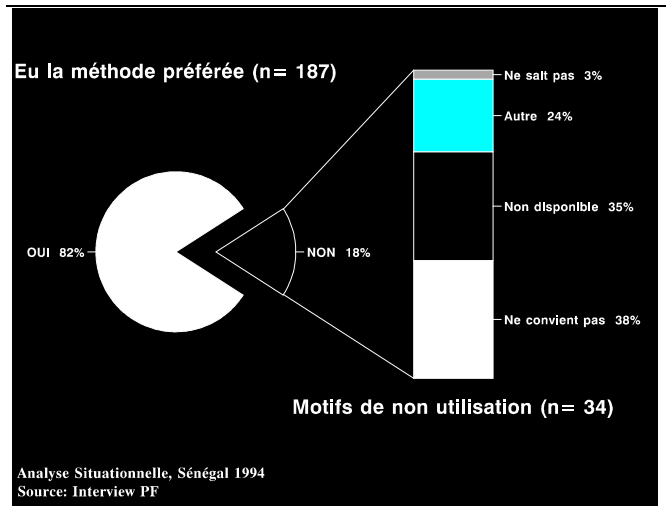
Graphique 22: *Proportion des prestataires ayant mis en avant une méthode contraceptive*



L'interview des clientes PF a montré que les raisons pour la non-utilisation de la méthode préférée par la cliente sont la contre-indication (38%), la non-disponibilité de la méthode (35%), la rubrique autre (24%) et ne sait pas (3%).

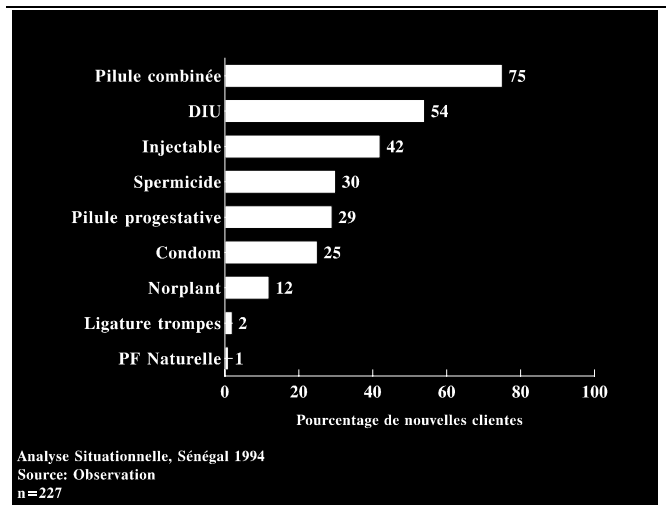
L'enquête a permis de révéler qu'une discussion permettant un choix approprié des méthodes contraceptives par les clientes n'a pas lieu dans la plupart des cas.

Graphique 23: *Motifs de la non utilisation de la méthode préférée parmi les nouvelles clientes de PF*



Ainsi, les prestataires ne jugent pas utile de faire une présentation exhaustive de toutes les méthodes pour éclairer le choix de la cliente. Seulement 56% des nouvelles clientes ayant accepté une méthode contraceptive ont reçu une information sur les autres méthodes. C'est la pilule qui est la méthode le plus souvent mentionnée, le DIU n'est mentionné que par la moitié des prestataires. Il apparaît encore une fois que la ligature des trompes n'est que peu présentée aux clientes.

Graphique 24: *Méthodes mentionnées par les prestataires aux nouvelles clientes durant la consultation*



Le counseling durant les consultations n'est réellement pas suffisant pour guider le choix de la cliente. On peut mettre cela en parallèle avec le temps court qui est consacré aux consultations et qui ne permet sûrement pas de s'attarder à communiquer.

4.4 Informations et Conseils donnés aux Clientes

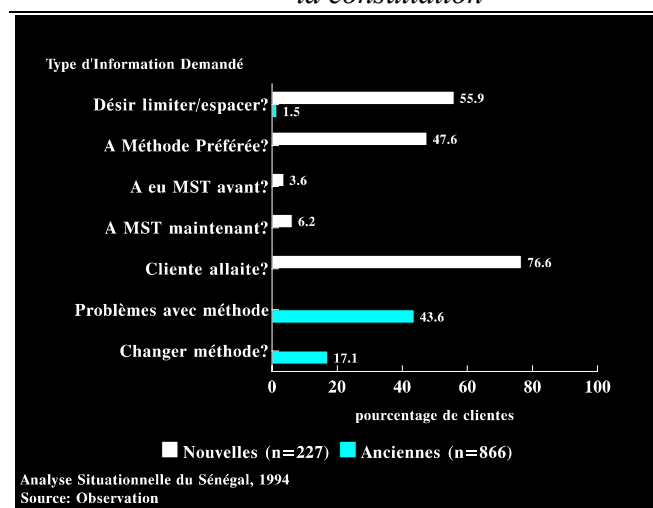
La dimension de la qualité des services mesurée par l'information échangée avec la cliente a été évaluée à partir de l'information relative aux questions spontanément abordées par les prestataires au cours de la consultation avec les clientes, l'information donnée aux clientes par les prestataires sur la nouvelle méthode acceptée, et enfin l'information retenue sur la méthode acceptée par les clientes.

Les questions spontanément abordées par les prestataires au cours de la consultation permettent au prestataire de rassembler toute l'information nécessaire pour comprendre les besoins de la cliente en matière de contraception. Cette information est relative aux antécédents médicaux, attitudes, préférences, expérience contraceptive, santé reproductive, et intention en matière de fécondité. Le Graphique 25 résume cette situation par rapport aux nouvelles et anciennes clientes consultées le jour de la visite. Elle fait ressortir les points suivants :

- Les prestataires n'ont demandé qu'à 56% des nouvelles clientes PF leur intention en matière de reproduction;
- La question relative à la présence de symptômes de MST n'est presque jamais posée aux nouvelles clientes (6% seulement). En plus, l'information sur la prévention des MST/SIDA leur est très faiblement transmise (2,2% seulement) : les données de l'observation révèlent que les prestataires ont présenté le préservatif comme une méthode contraceptive qui protège contre les MST ou le SIDA seulement à 5 nouvelles clientes PF sur 227;
- La préférence pour une méthode contraceptive particulière a été abordée dans 48% des cas par les prestataires et dans 35% des cas par les clientes elles mêmes.

Par rapport aux anciennes clientes, le counseling est loin d'être parfait. Les données montrent que dans plus de la moitié des cas (environ 56%), l'on n'a pas demandé si les clientes avaient des problèmes avec leurs méthodes. Parmi celles qui en ont eu, la question sur la possibilité de changement de méthode n'a été posée qu'à 7% des clientes.

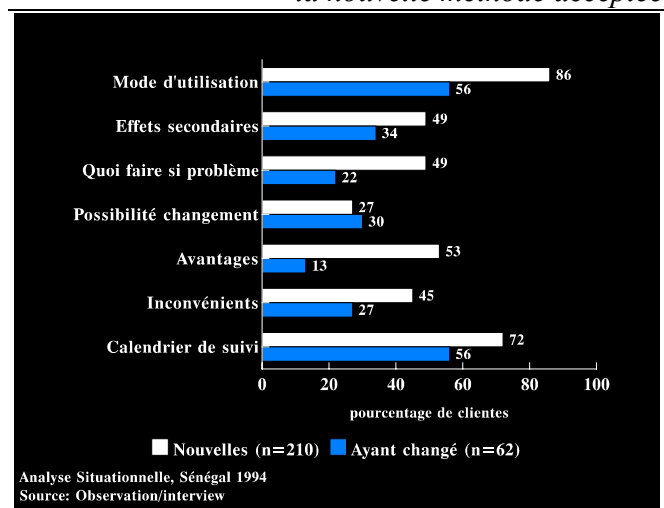
Graphique 25: Questions spontanément abordées par le prestataire au cours de la consultation



L'information donnée aux clientes par les prestataires doit porter sur la gamme de toutes les méthodes disponibles, leurs contre-indications, avantages et inconvénients. Plus haut, le Graphique 24 a montré que d'une manière générale la gamme de toutes les méthodes contraceptives a été mentionnée à l'ensemble des nouvelles clientes. Cependant, du point de vue de la cliente prise individuellement, cette énumération n'a pas été complète. Ainsi, la pilule combinée n'a été mentionnée qu'à 75% des nouvelles clientes, le DIU à 54% d'entre elles et les injectables seulement à 42%. Les implants Norplant® et la ligature des trompes ont été rarement mentionnés, ce qui pourrait s'expliquer par l'offre limitée de ces méthodes dans les PPS.

L'information sur la nouvelle méthode acceptée n'est pas donnée de façon uniforme à toutes les clientes. Les prestataires donnent plus d'information sur la méthode acceptée aux nouvelles clientes qu'aux clientes qui changent de méthodes. Le mode d'utilisation de la méthode et le calendrier de suivi sont les informations les plus fréquemment données aux clientes. Par contre un pourcentage important de nouvelles clientes (plus de la moitié) n'ont reçu aucune information sur les

Graphique 26: Informations données aux clientes sur la nouvelle méthode acceptée



inconvénients de la méthode acceptée, les effets secondaires, les précautions à prendre et les possibilités de changement en cas de problèmes.

La comparaison de ces résultats avec les données de l'interview de la cliente révèle que les clientes retiennent très peu l'information qui leur ait fournie sur la méthode acceptée. Ce qui peut faire penser que l'explication n'est pas toujours bien comprise par les clientes. Cette situation d'ensemble varie selon la méthode contraceptive utilisée et le type d'information donné. Ainsi, des indicateurs ont été élaborés pour résumer dans une seule mesure le niveau de connaissance de la méthode. Le Tableau 12 indique d'une manière générale un faible niveau de connaissance de la méthode contraceptive acceptée par la cliente (par rapport au score maximum de 1). C'est surtout la connaissance des problèmes mineurs et majeurs (signes d'alarmes) qui est faible. Par ailleurs la connaissance du mode d'utilisation de la pilule est également très faible alors que son efficacité en est fortement dépendante, contrairement aux autres méthodes qui impliquent moins l'intervention de la cliente.

Tableau N°12: Connaissance de la contraception par les clientes de PF

INDICATEURS	SCORES		CLIENTES AYANT OBTENU LE SCORE
	VALEUR MOYENNE	ECART DE 1 TYPE	
Pilule (n=606)			POURCENTAGE
Mode d'utilisation	0,78	0,23	44,1
Problème mineur	0,16	0,27	3,8
Problème majeur	0,12	0,20	0,5
DIU (n=270)			
Mode d'utilisation	0,63	0,26	72,6
Problème mineur	0,20	0,24	1,1
Problème majeur	0,26	0,26	2,2
Suivi	0,63	0,26	12,4
INJECTABLES (n=156)			
Mode d'utilisation	0,48	0,51	48
Problème mineur	0,18	0,24	1,3
Problème majeur	0,22	0,30	5,1
Suivi	0,84	0,20	71,9
NORPLANT® (n=25)			
Mode d'utilisation	0,48	0,51	48
Problème mineur	0,15	0,15	60
Problème majeur	0,22	0,23	0
Suivi	0,33	0,24	21

Analyse Situationnelle, Sénégal 1994
Source: Inventaire, n = nombre de PPS

4.5 Compétence technique des prestataires

La compétence technique des prestataires est évaluée à partir des données de l'observation de l'interaction "Cliente-Prestataire". Cette compétence se rapporte principalement au respect des protocoles, des mesures d'asepsie lors de l'examen pelvien, de l'application du DIU, des injectables et des implants Norplant®, et à la connaissance théorique.

Lors de la consultation, les prestataires s'informent sur la date des dernières règles chez 94% des clientes PF. La recherche est moins systématique

pour les autres antécédents médicaux tels que les douleurs pelviennes, les leucorrhées et les saignements vaginaux. Les prestataires recherchent plus souvent les antécédents de douleurs pelviennes chez les nouvelles clientes que les anciennes, et encore plus chez les clientes venues pour stérilité/infécondité.

Tableau N°13: *Antécédents médicaux et examens des clientes PF lors de la première consultation*

	Nouvelles clientes n= 227	Anciennes clientes n= 866	Clientes Infécondité n= 31
	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
Date dernière règle	94	95	93
Douleurs pelviennes	39	29	67
Leucorrhées	13	13	47
Saignement vaginaux	8	9	7
Tension artérielle	91	89	70
Pesée	90	82	63
Examen pelvien	72	49	73
Examen mammaire	69	33	53
Demande de frottis	10	5	30
Bilan sanguin	-	-	37
Test MST fait	-	-	27
Référence test MST	-	-	30

Analyse Situationnelle, Sénégal 1994
Source: Observation

Les antécédents de leucorrhées et de saignements vaginaux sont recherchés chez respectivement 13% et environ 9% des clientes venues pour la contraception tandis que chez celles qui sont venues pour infertilité ou infécondité ces antécédents sont recherchés dans respectivement 47% et 7% des cas.

La prise de la tension artérielle et du poids des clientes est effectuée chez près de 9 clientes PF sur 10 ; ceci peut contribuer à la détection de certaines contre-indications à l'utilisation des méthodes hormonales.

Les prestataires pratiquent les examens pelvien et mammaire le plus souvent chez les nouvelles clientes que chez les anciennes. Cette attitude des prestataires réduit les possibilités d'identification des contre-indications médicales éventuelles à l'utilisation de la contraception chez les nouvelles clientes.

Le pourcentage de prestataires qui jugent nécessaire, avant la prescription de la pilule, de procéder à l'interrogatoire sur les antécédents médicaux, la prise de la tension artérielle, la prise de poids, l'examen mammaire et l'examen pelvien est plus élevé que si l'on se réfère aux autres méthodes.

Pour les utilisatrices de Norplant®, un faible pourcentage de prestataires mènent un interrogatoire et pratiquent un examen physique.

Tableau N°14: *Procédures jugées nécessaires par les prestataires avant d'offrir les méthodes*

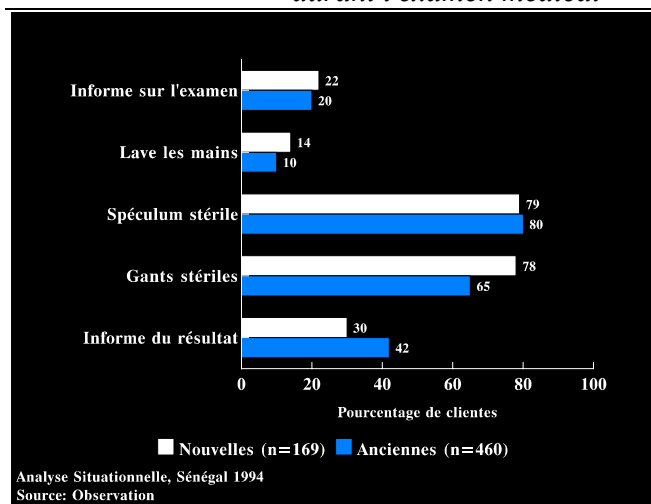
	Pilule	DIU	Injectable	Norplant
Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	
Antécédant médical	63	46	42	5
Tension artérielle	76	52	50	5
Prise de poids	71	49	47	5
Examen mammaire	59	41	40	4
Examen pelvien	67	56	45	5

Analyse Situationnelle, Sénégal 1994
Source: Interview Personnel, n= 361

La demande d'examens para-cliniques n'est habituellement pas justifiée dans le cadre de la prescription des contraceptifs sauf dans les cas où l'examen clinique a mis en évidence une pathologie nécessitant des examens complémentaires. Pour 10% des nouvelles clientes et 5% des anciennes, les prestataires ont demandé des frottis cervico-vaginaux, les informations disponibles dans l'enquête ne permettent pas de conclure si ces demandes d'examens paracliniques sont justifiées ou non. La demande d'examens paracliniques (frottis cervico-vaginal, bilan sanguin et tests de dépistage des MST) est relativement plus fréquente chez les clientes venues pour infécondité ou infertilité (environ une cliente sur trois).

Durant l'examen pelvien des clientes PF, les conditions d'asepsie ne sont pas remplies dans tous les PPS. En effet, les prestataires ne se sont lavés les mains avant l'examen que pour environ 15% des clientes et du matériel stérile (spéculums et gants) n'est utilisé que pour environ 80% des clientes. Par ailleurs près de 80% des clientes examinées n'ont pas été informées avant l'examen pelvien de ce qui allait être fait et les résultats de l'examen ne sont communiqués qu'à 30% des nouvelles clientes et 42% des anciennes. Il apparaît donc clairement que des efforts restent à faire dans le cadre de la prévention des infections et de la communication inter-personnelle.

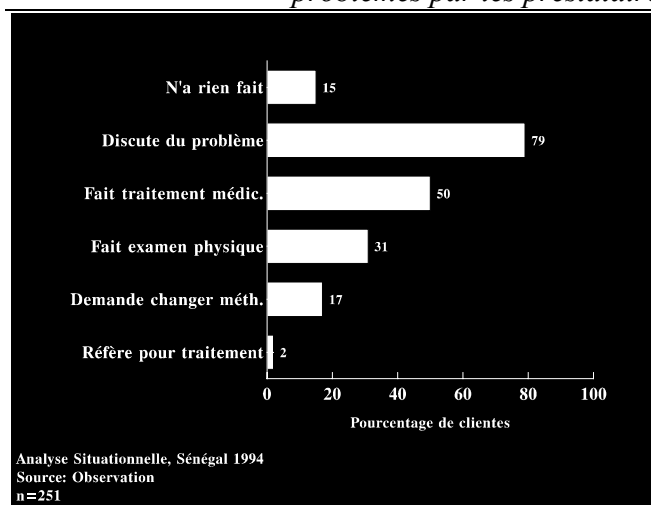
Graphique 27: Actes effectués par le prestataire durant l'examen médical



Il apparaît donc clairement que des efforts restent à faire dans le cadre de la prévention des infections et de la communication inter-personnelle.

La prise en charge par les prestataires des clientes ayant eu des problèmes avec les méthodes reste un élément essentiel pour la continuité. Or il ressort des données de l'étude que pour 15% de ces clientes les prestataires n'ont rien fait. Ils ont cependant discuté du problème avec 79% des clientes, donné un traitement médical à 50% d'entre elles et demandé à 17% de changer de méthode (Graphique 28). La prise en charge correcte des clientes ayant des problèmes avec les méthodes de PF n'est donc pas encore effective dans tous les PPS au Sénégal et les sessions de formation ou de recyclage des prestataires devraient mettre l'accent sur cet aspect de la prestation des services de PF.

Graphique 28: Prise en charge des clientes avec problèmes par les prestataires



Les Tableaux 15 et 15bis donnent le niveau de connaissance des prestataires pour les méthodes fournies au cours des trois derniers mois. Selon

le mode de calcul de l'indicateur utilisé, la connaissance du mode d'utilisation des méthodes est assez satisfaisante (très voisin du maximum de 1) et similaire quelle que soit la catégorie du prestataire. La méconnaissance des effets majeurs est l'élément qui nécessite une attention particulière à cause du faible score enregistré chez pratiquement tous les prestataires, quelle que soit la méthode.

Tableau N°15: *Connaissance de la contraception par le personnel ayant fourni la méthode au cours des 3 derniers mois*

INDICATEURS	SCORES		PERSONNEL AYANT OBTENU LE SCORE de 1(%)
	valeur moyenne	écart type	
<u>SAGE FEMME</u> (n=210)			
<u>Pilule</u> (n=210)			
Mode utilisation	.96	.12	88,1
Problème mineur	.96	.15	92,4
Problème majeur	.34	.27	4,8
<u>DIU</u> (n=183)			
Mode utilisation	.99	.07	99,5
Problème mineur	.84	.26	71
Problème majeur	.64	.25	19,7
Suivi	.73	.30	50,5
<u>Injectables</u> (n=146)			
Mode utilisation	.93	.25	93,2
Problème mineur	.85	.23	63,7
Problème majeur	.45	.34	18,5
Suivi	.90	.30	90,4
<u>Infirmier</u> (n=24)			
<u>Pilule</u> (n=24)			
Mode utilisation	.94	.13	83,3
Problème mineur	.98	.10	95,8
Problème majeur	.31	.26	4,2
<u>Injectables</u> (n=14)			
Mode utilisation	1.00	.00	100
Problème mineur	.88	.17	64,3
Problème majeur	.43	.39	21,4
Suivi	.93	.27	92,9

Analyse Situationnelle, Sénégal 1994
Source: Interview Personnel

Tableau N°15bis: *Connaissance de la contraception par le personnel ayant fourni la méthode au cours des 3 derniers mois*

INDICATEURS	SCORES		PERSONNEL AYANT OBTENU LE SCORE 1(%)
	valeur moyenne	écart type	
<u>AIDE INFIRMIERE</u>(n=23)			
<u>Pilule</u> (n=23)			
Mode utilisation	.97	.10	91,3
Problème mineur	.94	.23	91,3
Problème majeur	.28	.24	4,3
<u>DIU</u> (n=7)			
Mode utilisation	.86	.38	85,7
Problème mineur	.93	.19	85,7
problème majeur	.46	.34	14,3
Suivi	.74	.31	54,3
<u>Injectables</u> (n=8)			
Mode utilisation	1.00	.00	100
Problème mineur	.75	.24	37,5
Problème majeur	.44	.42	25
Suivi	1.00	.00	100
ASC (n=41)			
<u>Pilule</u> (n=41)			
Mode utilisation	.95	.14	87,8
Problème mineur	.90	.20	80,5
Problème majeur	.18	.17	0
<u>Injectables</u> (n=22)			
Mode utilisation	.96	.21	95,5
Problème mineur	.77	.30	54,5
Problème majeur	.34	.24	68,2
Suivi	.82	.40	81,8

Analyse Situationnelle, Sénégal 1994
Source: Interview Personnel

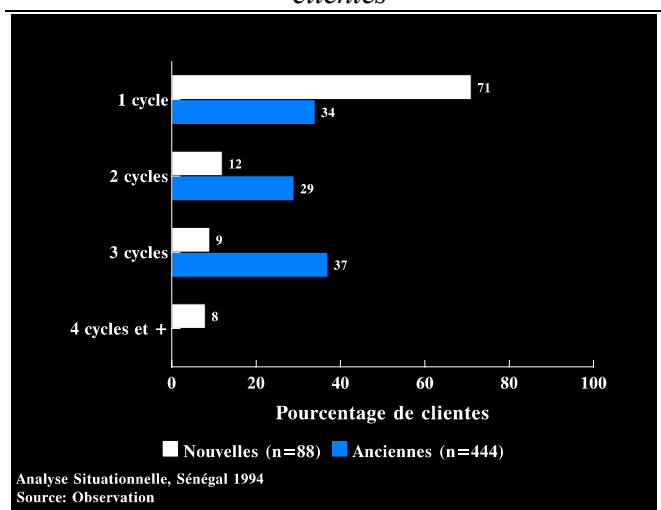
4.6 Mécanismes pour Encourager la Continuité

Durant les consultations, la majorité (70%) des clientes ont obtenu leur méthode le jour de la visite. En cas de non-disponibilité de la méthode désirée par la cliente 76% des prestataires ont déclaré lors de l'interview qu'ils la réfèrent vers un autre centre. Mais durant l'interaction prestataire-cliente, seulement 2% des nouvelles clientes ont été référées vers une autre structure pour recevoir la méthode contraceptive préférée.

La date de la prochaine visite est mentionnée à toutes les clientes de PF (99%). Le moyen le plus fréquemment utilisé pour reporter la date de la visite est la fiche d'identification (85 %) et la carte de rendez-vous. Le même point de prestation de service est le lieu de réapprovisionnement indiqué pour presque toutes les clientes (95%).

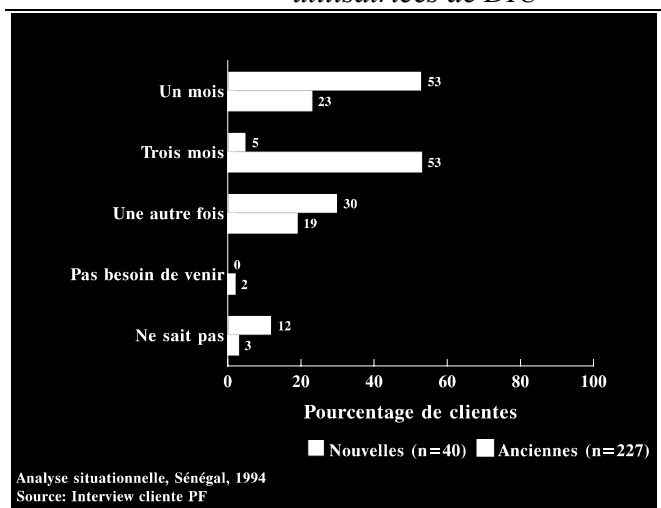
Pour les nouvelles acceptantes, un cycle de pilule est généralement donné ce qui est conforme aux normes du programme. Il faut noter que ces normes ne sont pas toujours respectées puisque 29% des nouvelles clientes ont reçu plus d'un cycle de pilule. En outre, 34% des anciennes clientes vont être obligées de revenir au bout d'un mois pour se réapprovisionner, et 29 % au bout de 2 mois, ce qui n'encourage pas la continuité.

Graphique 29: *Nombre de cycles de pilule donnés aux nouvelles et anciennes clientes*



A partir de l'interview de la cliente PF, il apparaît que pour la visite de contrôle, selon les recommandations du programme prévu un mois après la pose du DIU, seulement 53% des nouvelles utilisatrices de DIU doivent revenir à cette période. Les anciennes clientes ont également affirmé en majorité qu'elles devront revenir 3 mois après pour une visite de contrôle. Le pourcentage de nouvelles clientes qui ne savent pas quand elles doivent revenir pour une visite de contrôle est relativement important.

Graphique 30: Délai pour la prochaine visite de contrôle au PPS selon les utilisatrices de DIU



Il n'est pas systématiquement mentionné aux clientes qu'elles peuvent revenir au centre en cas de besoin, même en dehors du calendrier de suivi. Cette mention est cependant souvent faite aux utilisatrices de Norplant®.

Un autre moyen de vérifier si la continuité est encouragée au niveau des PPS, est de voir si le suivi à domicile est une préoccupation pour les responsables. Seuls 13% des PPS ont signalé que les supports peuvent servir à suivre les clientes qui ne reviennent pas au PPS.

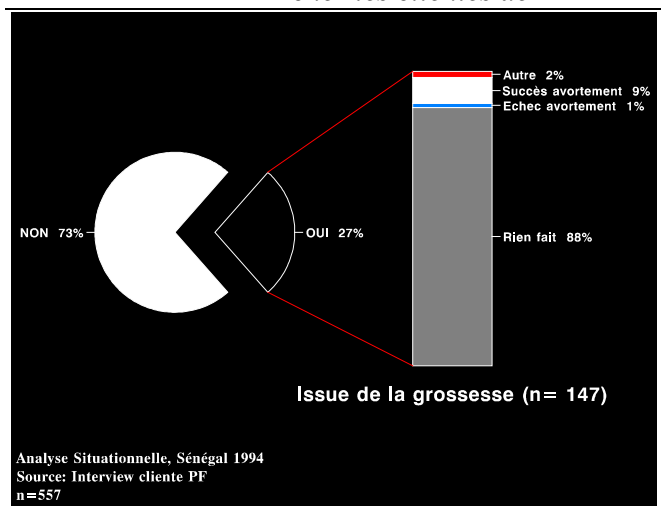
V - QUESTIONS SPECIALES

5.1 AVORTEMENT

La question sur l'avortement a été abordée de deux manières différentes. Parmi les 1.123 clientes de planification familiale interrogées, 557 clientes ont eu à répondre de manière indirecte à la question sur l'avortement.

Au total 27% des femmes ont reconnu avoir eu une grossesse non désirée. Parmi ces femmes 88% ont normalement poursuivi leur grossesse, 9% ont réussi à y mettre fin et 1,4% ont reconnu

Graphique 31: Grossesses non désirées et issues chez les clientes de PF



avoir essayé d'y mettre fin sans succès.

Les nouvelles clientes ont un pourcentage de grossesse non désirée plus important (33%) que les anciennes (26%). Le taux d'avortement provoqué est également plus élevé chez les nouvelles (14%) que chez les anciennes (9%).

Les principales raisons pour lesquelles les grossesses n'étaient pas désirées par les nouvelles et les anciennes clientes sont respectivement les grossesses rapprochées (66% et 58%) et les raisons de santé (25% et 32%).

Au total sur 710 femmes qui ont eu une grossesse, seulement 25 femmes (3.5%) ont essayé et réussi à mettre fin à une grossesse non désirée.

Les prestataires de PF pensent en majorité (56%) que certaines femmes de la localité où ils servent ont recours à l'avortement pour réguler leur fécondité. Quarante vingt trois (83%) pour cent ont déclaré avoir reçu des femmes demandant des conseils pour mettre un terme à une grossesse non désirée. Cinquante sept (57%) pour cent des prestataires ont été sollicités pour des soins suite à un avortement provoqué. Bien que le niveau du taux d'avortement soit faible, ces statistiques indiquent que la demande pour les services d'avortement est une réalité pratique.

5.2 SIDA

A la question "Avez-vous jamais entendu parler du SIDA?" presque toutes les clientes SMI/PF ont répondu par l'affirmative; et 3 clientes sur 4 d'entre elles accepteraient de recevoir d'un prestataire de service de santé des conseils relatifs au SIDA.

Quant aux prestataires, ils ont une connaissance parfaite du SIDA. Cependant 88% d'entre eux accepteraient de donner des informations et du counseling concernant le VIH/SIDA à des clientes de PF, et seulement 78% seraient prêts à dispenser des services de PF à une cliente porteuse du virus VIH ou atteinte du SIDA.

La connaissance générale des moyens de prévention du SIDA est assez élevée parmi les prestataires de service PF (89%). Par contre les moyens de se prémunir dans la pratique courante sont un peu moins connus (81%).

V CONCLUSION

L'étude a permis d'évaluer la qualité et le fonctionnement des services de PF en mettant en évidence des points forts et des points faibles.

Ces principaux points sont repris dans les thèmes suivants: la capacité fonctionnelle et la qualité des services.

1. La capacité fonctionnelle

L'inventaire et l'observation des installations et des services offerts dans le PPS permet de tirer les conclusions suivantes:

L'infrastructure peut être estimée satisfaisante du point de vue disponibilité et fonctionnalité, cependant on note un manque d'eau et d'électricité dans les PPS du milieu rural.

La disponibilité du matériel d'équipement n'est pas satisfaisante, car le matériel minimum indispensable pour fournir des services de PF manque dans la plupart des PPS.

Les services de PF sont disponibles en moyenne 4 jours par semaine et au moins 4 types de soins SMI sont disponibles chaque jour. Mais le nombre d'heures durant lesquelles les services fonctionnent dans une journée est insuffisant.

L'intégration des services SMI/PF est insuffisante dans la mesure où durant les consultations, il est très peu fait mention des autres services.

Les prestations de service débutent avec un retard important par rapport à l'heure officielle.

Il y a une grande disparité dans les prix des contraceptifs et ceux-ci sont souvent vendus dans le secteur public alors qu'ils doivent être délivrés gratuitement puisque subventionné.

Il existe une gamme variée de contraceptifs, mais tous les PPS n'offrent pas toutes les méthodes (le Norplant®, les injectables et le DIU).

La gestion et l'approvisionnement des produits contraceptifs ne sont pas adéquats. En effet le stockage n'est pas fait selon la date de péremption; il y a une absence d'un système de commande unifié; la supervision est quasi-inexistante; des ruptures de stocks ont été notées.

La gestion des activités de PF au sein des PPS présente d'importantes insuffisances. Il y a une absence de documents écrits décrivant la description des tâches du personnel, le chronogramme d'activités et les objectifs en matière de PF.

L'absence du matériel et des activités IEC dans la plupart des PPS est l'une des plus grandes faiblesses du programme.

Une revue des formations pratiques et théoriques reçue par les prestataires de services de PF indique qu'un travail assez important a déjà été effectué. Cependant tout le personnel n'a pas reçu une formation en PF clinique, counseling, et technique IEC. Seulement un faible pourcentage a reçu une formation en gestion.

L'analyse des statistiques PF des PPS a permis de constater que les statistiques PF sont peu fiables et souvent incomplètes ce qui entraîne une quasi impossibilité d'estimer avec ces statistiques la performance réelle des PPS. Les principales raisons tiennent au manque de qualification du personnel et au manque d'organisation dans les PPS pour la bonne conduite du recueil et de la synthèse des données.

2. La qualité des services

L'observation de la consultation et les interviews des clientes ont permis d'évaluer la qualité des services PF offerts dans les PPS. De cette évaluation on peut tirer les conclusions suivantes:

Le temps d'attente des clientes est très long, alors que le temps que les prestataires leur consacrent est très court. Cependant la majorité des clientes semblent satisfaites après leur consultation.

Le bilan médical ne semble plus être systématique pour l'utilisation de la contraception. Par contre on peut noter que des restrictions liées aux préjugés des prestataires et à l'inexistence d'un document des normes sont imposées.

Le respect du choix de la cliente est assez bien appliqué et très peu de prestataires mettent en avant une méthode. Cependant un counseling permettant le choix approprié des méthodes contraceptives et une bonne connaissance par les clientes des méthodes qu'elles utilisent n'a pas lieu dans la plupart des cas. Le résultat est que très peu de clientes connaissent les effets secondaires de la méthode contraceptive qu'elles utilisent.

Concernant la compétence technique des prestataires, l'interrogatoire de la cliente est presque systématique mais les règles d'asepsie ne sont pas toujours respectées. Un effort doit également être fait pour la prise en charge des clientes revenant à cause des effets secondaires. Cela se comprend dans la mesure où un faible pourcentage de prestataires connaissent ces effets secondaires.

Un deuxième objectif de l'étude était de fournir au Ministère de la Santé et de l'Action Sociale des indicateurs de la qualité des services. Ces indicateurs ne peuvent être définis qu'à partir d'une analyse secondaire des données qui sera faite ultérieurement.

Cependant l'étude a servi de support documentaire dans l'atelier d'actualisation du projet Survie de l'Enfant / Planification Familiale. Au cours de cet atelier des indicateurs de la qualité des services et de la gestion ont été définis.

A partir des résultats, des recommandations ont été dégagées qui permettront au nouveau Projet Survie de l'Enfant / Planification Familiale de définir des stratégies pour les cinq années à venir.

VI RECOMMANDATIONS

1. POUR L'AMELIORATION DES SERVICES

Problèmes	Recommandations
Les données de l'étude révèlent que les médecins ne sont pas directement impliqués dans la prestation de services PF	Former tous les médecins et assurer leur meilleure implication dans la gestion des activités de PF à tous les niveaux
Tout le personnel n'a pas reçu une formation en PF clinique, en counseling, en technique IEC	Cibler la formation de tout le personnel dans ces domaines prioritaires
Seulement un faible pourcentage a reçu une formation en gestion	Compléter la formation dans ce domaine
La durée de la dernière formation au moment de l'enquête des sages femmes est relativement longue	Il est souhaitable qu'une norme standard relative à la périodicité des recyclages soit définie et appliquée
Un manque d'eau et d'électricité dans 30 % des PPS du milieu rural	Améliorer l'infrastructure en milieu rural, surtout la disponibilité de l'eau
Il y a une insuffisance du matériel minimum nécessaire dans les PPS (table gynécologique, speculum, appareil à tension, gants, kits insertion DIU)	Mettre à la disposition de l'ensemble des PPS (100 %) l'équipement minimum nécessaire
Le stockage n'est pas fait selon la date de péremption	Utiliser le système FEFO (First Expiration First Out=premier expiré, premier sorti)
Le gouvernement autorise toute la gamme des méthodes contraceptives. Mais il existe des restrictions au niveau de l'offre. On peut citer en exemple la restriction sur les injectables dans les PPS de l'ASBEF	Que les PPS puissent offrir l'ensemble des méthodes autorisées
Absence d'un système de commande unifié	Définir un seuil d'alerte convenable pour éviter les ruptures de stocks. Adopter un système logistique performant standard
Insuffisance de la planification des activités PF et de gestion du personnel: Un faible pourcentage de PPS disposent d'une description de tâches pour le personnel (6%), d'un chronogramme d'activité (8%), et d'objectif en matière de PF (2%)	Planifier de manière annuelle et systématique les activités dans tous les PPS

Problèmes	Recommandations
Supervision quasi-inexistante	Elaborer un guide de supervision, et établir une supervision trimestrielle régulière pour l'ensemble des PPS
Absence et faible utilisation du matériel IEC	Doter tous les PPS de plus de matériel IEC adapté et en favoriser l'utilisation par la formation
Absence d'activités IEC aux PPS (causeries de PF dans seulement 6% des PPS)	Intégrer l'IEC dans les activités de tous les PPS de PF, et former le personnel en technique IEC
Le niveau de performance des PPS soulève le problème de la fiabilité des données statistiques disponibles dans les formations sanitaires. Les conclusions des supervisions effectuées sur le terrain et d'évaluation antérieures ont révélé une incompréhension de la terminologie du SIS et de la méthodologie de recueil et de synthèse des données	Former les prestataires à l'utilisation du SIG, et en assurer un suivi régulier. Améliorer la composante PF du SIG (terminologie, méthodologie de collecte, méthodologie de synthèse des données)
Les données collectées révèlent que l'offre des services est limitée dans le temps de 9 heures à 13 heures en général, soit 50% du temps réglementaire	Faire respecter les horaires de travail dans la fourniture des services
Il existe une disparité dans le prix des contraceptifs	Intégrer les produits contraceptifs dans le système de recouvrement des coûts; fixer les prix de manière officielle et standardisée et les porter à la connaissance des utilisateurs
Examen para-clinique subsistant; et restriction non-médicales imposées par certains prestataires	Faire appliquer strictement les standards par l'ensemble du personnel
<p>Faible niveau de connaissance des effets secondaires des méthodes contraceptives par les prestataires</p> <p>Les clientes ne reçoivent pas toutes les informations relatives aux méthodes qu'elles utilisent</p> <p>Les clientes ont un faible niveau de connaissance des effets secondaires des méthodes contraceptives qu'elles utilisent. Insuffisance de la communication inter-personnelle</p>	<p>Former le personnel en counseling (BERCER) et en PF clinique</p> <p>Sensibiliser sur la nécessité du counseling</p>

Problèmes	Recommandations
Les données de l'enquête ont révélé une faible intégration des services SMI/PF. Aussi des efforts doivent être entrepris pour réussir cette intégration des services	Mettre l'accent sur un curricula commun de formation et sur une réorganisation des services
L'étude a montré que les rapports mensuels des PPS ne sont pas toujours envoyés à qui de droit	Les responsabilités du national, du régional et du district dans la gestion et la supervision des activités du programme doivent être clairement définis

2. POUR LA RECHERCHE OPERATIONNELLE

L'Analyse Situationnelle a permis de soulever certaines questions qui devraient faire l'objet d'une recherche opérationnelle:

1. Les données montrent que 60 % des PPS n'ont pas de panneau indiquant l'existence de service de PF. La non signalisation des services de PF par un panneau pose-t-elle un problème d'accès aux services?
2. La différence de performance des PPS du secteur public et de l'ASBEF soulève beaucoup de questions à explorer.
3. Le faible niveau d'intégration de la SMI et de la PF a été souligné. Pourtant l'intégration des services a toujours été une stratégie des projets. Une étude sur le circuit de la cliente entre les services SMI et PF peut mieux aider à améliorer cette intégration.
4. Il est apparu que les prestataires de services pratiquent beaucoup plus la PF naturelle. Une étude sur les facteurs déterminants l'utilisation des méthodes modernes de planification familiale par les prestataires de services PF et les conséquences sur la qualité des services s'avère nécessaire.
5. La faiblesse de l'IEC dans le programme nécessite une étude sur les différentes approches IEC en PF au niveau des différents groupes cibles.
6. Si le taux d'avortement qu'a révélé l'enquête n'est pas très élevé, les prestataires de services ont en majorité reconnu avoir reçu des femmes cherchant des conseils pour se faire avorter ou des femmes venant se faire soigner à la suite d'un avortement. Une étude sur l'ampleur des avortements s'avère utile.

BIBLIOGRAPHIE

1. Association Ivoirienne pour le Bien-Etre Familial (AIBEF) Analyse Situationnelle du Programme d'Extension des Services de Planification Familiale en Côte d'Ivoire - The Population Council, Septembre 1992
2. Bruce Judith. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework". Studies in Family Planning, 21 (2) 1990; 61-91.
3. Cerulli Annamaria, Diouratié Sanogo, Gil Cusack, Bill Emmet et Paulette Chaponnière. Activités pour la Survie de l'Enfant et la Planification Familiale au Sénégal : Revue de la Littérature et Recommandations pour la Recherche et les Programmes Futurs - Dakar : The Population Council et Management Sciences for Health Projet Survie de l'Enfant/Planification Familiale au Sénégal (USAID). Janvier 1995.
4. Fisher Andrew, Robert Miller, Ian Askew, Barbara Mensch, Anrudh Jain et Dale Huntington. The Situation Analysis Approach To Assessing The supply Side of Family Planning Programs. APHA Conference, September 1994, Washington D.C.
5. Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP). Mission de Revue du Programme et de Développement de stratégies en Matière de Population au Sénégal. Rapport final. Volume I et II. Dakar, FNUAP 1991.
6. Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale Programme National de Planification Familiale au Sénégal Direction de la Santé Publique. Dakar, Décembre 1990.
7. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Politique et Normes des Services de Planification Familiale au Sénégal - Thiès, 19-23 Décembre 1994.
8. Ministère de la Santé du Bénin. Analyse Situationnelle du Programme de Planification Familiale au Bénin - Rapport Préliminaire. The Population Council, Mai 1994.

Annexe 1:

DEFINITIONS OPERATIONNELLES DES TERMES

● Nouvelles clientes / anciennes clientes

La définition de "nouvelle cliente" fait référence à une cliente se présentant pour la première fois dans un centre de planification familiale. Alors que l'ancienne cliente est celle qui se rend pour la deuxième fois ou plus dans le même PPS.

● Prestataires de services

Est considéré comme prestataire de services toute personne offrant des services de PF, cliniques ou IEC, au sein d'un PPS.

● Responsables de programmes

Ce sont tous les principaux responsables et décideurs du programme de PF. Cela comprend le Directeur du PNPf, les responsables de régions et de districts, les responsables d'ONG.

● Qualité des services

La qualité des services fournis au niveau des PPS est évaluée dans cette étude à partir du schéma proposé par Bruce. Ce modèle comprend le choix des services disponibles, les informations fournies aux clientes, les qualifications des prestataires, la connaissance et le suivi des procédures par le prestataire, la prise en charge des clientes, les relations inter-personnelles (compréhension du passé et des désirs de la cliente concernant la reproduction, compétence inter-personnelle du prestataire, intimité, temps consacré à l'interaction, sentiments de la cliente) et les mécanismes de renouvellement des contacts et du suivi.

● Capacité de fonctionnement

Ce sont les forces et faiblesses des différents sous-systèmes administratifs et de gestion utilisés dans la prestation des services de SMI/PF. La capacité de fonctionnement comprend le nombre de services disponibles, les infrastructures et les équipements disponibles dans chaque PPS, le matériel d'IEC et les activités menées au niveau des cliniques, du personnel, la gestion, la supervision, les moyens logistiques et les équipements et les systèmes d'information.

● Performance

La performance est évaluée à partir du nombre de clientes servies, du nombre de nouvelles acceptantes et d'anciennes utilisatrices de services de PF par type de services, du nombre de consultations fournies en SMI et du nombre de cas référés.

Annexe 2:

HYPOTHESES OU BASES DE CALCUL DES INDICATEURS

CALCUL DU MATERIEL MINIMUM NECESSAIRE

1. Indicateur du matériel minimum

Dans chaque PPS, il a été estimé qu'un minimum d'équipements était nécessaire pour offrir des services de PF.

Il faut au moins 1 élément de l'équipement listé au Graphique 9, sauf pour les **Spéculums** = 6 éléments de chaque type et les **Gants/Doigtiers** = 10 éléments.

CALCUL DES INDICATEURS

2. Indicateur de satisfaction de la cliente

Deux indicateurs ont été utilisés ici:

- Interaction

Base de calcul: L'interaction a été évaluée à partir de 6 questions. Chaque question étant regroupée en 3 modalités:

- 1 modalité négative = 0
- 1 modalité modérée = 0,5
- 1 modalité positive = 1

- Organisation

Base de calcul: L'organisation a été évaluée à partir de 5 questions. Chaque question étant regroupée en 2 modalités:

- 1 modalité négative = 0
- 1 modalité positive = 1

Le principe de calcul de l'indicateur de satisfaction est de prendre la moyenne de toutes les réponses.

3. Indicateur de connaissances spécifiques du prestataire

Principe du calcul: Pour tous les indicateurs qui sont calculés à partir de plusieurs questions, c'est la moyenne de toutes les réponses qui est considérée.

● **Pilule** : 3 indicateurs ont été créés.

- L'indicateur du mode d'utilisation: l'hypothèse comprend 3 questions. Les bonnes réponses = 1, les mauvaises réponses = 0.

- L'indicateur de connaissance des problèmes mineurs: l'hypothèse comprend 4 problèmes mineurs. La connaissance d'au moins 2 problèmes mineurs = 1, inférieur à 2 = 0.

- L'indicateur de connaissance des problèmes majeurs: l'hypothèse comprend 7 problèmes majeurs. La connaissance d'au moins 4 problèmes majeurs = 1, inférieur à 4 = 0.

● **DIU** : 4 indicateurs de connaissance ont été créés.

- L'indicateur de connaissance du mode d'utilisation: l'hypothèse comprend 2 questions. Les bonnes réponses = 1, les mauvaises réponses = 0.

- L'indicateur de connaissance des problèmes mineurs: l'hypothèse comprend 4 problèmes mineurs. La connaissance d'au moins 2 problèmes mineurs = 1, inférieur à 2 = 0.

- L'indicateur de connaissance des problèmes majeurs: l'hypothèse comprend 7 problèmes majeurs. La connaissance d'au moins 4 problèmes majeurs = 1, inférieur à 4 = 0.

- L'indicateur de suivi: l'hypothèse comprend 2 questions. Les bonnes réponses = 1, les mauvaises réponses = 0.

● **Injectable** : 4 indicateurs de connaissance ont été créés.

- L'indicateur du mode d'utilisation: l'hypothèse comprend 1 question. La bonne réponse = 1, les mauvaises réponses = 0.

- L'indicateur de connaissance des problèmes mineurs: l'hypothèse comprend 7 problèmes mineurs. La connaissance d'au moins 4 problèmes mineurs = 1, inférieur à 4 = 0.

- L'indicateur de connaissance des problèmes majeurs: l'hypothèse comprend 4 problèmes majeurs. La connaissance d'au moins 2 problèmes majeurs = 1, inférieur à 2 = 0.

- L'indicateur de suivi: l'hypothèse comprend 1 question. La bonne réponse = 1, les mauvaises réponses = 0.

● **SIDA**

- L'indicateur du mode de prévention: l'hypothèse comprend 4 réponses. 2 réponses = 1, inférieur à 2 réponses = 0.

- L'indicateur de réduction de la transmission dans la pratique clinique: l'hypothèse comprend 3 réponses. 2 réponses = 1, inférieur à 2 réponses = 0.

4. Indicateurs de connaissances spécifiques par la cliente de la méthode utilisée

Principe du calcul: Pour tous les indicateurs qui sont calculés à partir de plusieurs questions, c'est la moyenne de toutes les réponses qui est considérée.

● **Pilule** : 3 indicateurs ont été créés.

- L'indicateur du mode d'utilisation: l'hypothèse comprend 3 questions. Les bonnes réponses = 1, les mauvaises réponses = 0.

- L'indicateur de connaissance des problèmes mineurs: l'hypothèse comprend 4 problèmes mineurs. La connaissance d'au moins 2 problèmes mineurs = 1, inférieur à 2 = 0.

- L'indicateur de connaissance des problèmes majeurs: l'hypothèse comprend 7 problèmes majeurs. La connaissance d'au moins 4 problèmes majeurs = 1, inférieur à 4 = 0.

● **DIU** : 4 indicateurs de connaissance ont été créés.

- L'indicateur de connaissance du mode d'utilisation: l'hypothèse comprend 2 questions. Les bonnes réponses = 1, les mauvaises réponses = 0.

- L'indicateur de connaissance des problèmes mineurs: l'hypothèse comprend 4 problèmes mineurs. La connaissance d'au moins 2 problèmes mineurs = 1, inférieur à 2 = 0.

- L'indicateur de connaissance des problèmes majeurs: l'hypothèse comprend 7 problèmes majeurs. La connaissance d'au moins 4 problèmes majeurs = 1, inférieur à 4 = 0.

- L'indicateur de suivi: l'hypothèse comprend 2 questions. Les bonnes réponses = 1, les mauvaises réponses = 0.

● **Injectable** : 3 indicateurs de connaissance ont été créés.

- L'indicateur de connaissance des problèmes mineurs: l'hypothèse comprend 7 problèmes mineurs. La connaissance d'au moins 4 problèmes mineurs = 1, inférieur à 4 = 0.

- L'indicateur de connaissance des problèmes majeurs: l'hypothèse comprend 4 problèmes majeurs. La connaissance d'au moins 2 problèmes majeurs = 1, inférieur à 2 = 0.

- L'indicateur de suivi: l'hypothèse comprend 2 questions. Les bonnes réponses = 1, les mauvaises réponses = 0.

Norplant® : 4 indicateurs de connaissance ont été créés.

- L'indicateur du mode d'utilisation: l'hypothèse comprend 1 question. La bonne réponse = 1, les mauvaises réponses = 0.

- L'indicateur de connaissance des problèmes mineurs: l'hypothèse comprend 7 problèmes mineurs. La connaissance d'au moins 4 problèmes mineurs = 1, inférieur à 4 = 0.

- L'indicateur de connaissance des problèmes majeurs: l'hypothèse comprend 4 problèmes majeurs. La connaissance d'au moins 2 problèmes majeurs = 1, inférieur à 2 = 0.

- L'indicateur de suivi: l'hypothèse comprend 3 questions. Les bonnes réponses = 1, les mauvaises réponses = 0.

Annexe 3:

PLANNING DE TOURNEE

REGION	Calendrier
1. Thiès	01/08/94 au 03/08/94
2. Dakar	04/08/94 au 26/08/94
3. Ziguinchor	27/08/94 au 05/09/94
4. Tambacounda	27/08/94 au 02/09/94
5. Kolda	03/09/94 au 10/09/94
6. Diourbel	12/09/94 au 27/09/94
7. Kaolack	28/09/94 au 02/09/94
8. Fatick	02/09/94 au 08/09/94
9. Louga	12/09/94 au 27/09/94
10. St Louis	12/09/94 au 23/09/94