



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

QUALITÉ DES SOINS DANS LES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ AU SÉNÉGAL

Études Analytiques des EDS 55



Juillet 2015

Cette publication a été produite pour United States Agency for International Development. Elle a été préparée par Shireen Assaf, Wenjuan Wang, et Lindsay Mallick d'ICF International.

Études Analytiques des EDS, No. 55

**Qualité des soins dans les services de planification
familiale dans les établissements de santé au Sénégal**

Shireen Assaf

Wenjuan Wang

Lindsay Mallick

ICF International

Rockville, Maryland, USA

Juillet 2015

Auteur correspondant : Shireen Assaf, International Health and Development, ICF International, 530 Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850, USA; phone: 301-407-6500; fax: 301-407-6501; email: Shireen.Assaf@icfi.com

Remerciements : Les auteurs sont reconnaissants à Francis Okello Ogojo, Jose Miguel Guzman et Paul Ametepi pour leurs commentaires concernant une version précédente du rapport. Les auteurs tiennent également à remercier Bryant Robey pour l'édition du rapport et Natalie La Roche pour en avoir assuré la production. Les auteurs voudraient remercier Abdramane Soura pour la traduction du rapport en français et Monique Barrere pour l'édition du texte français.

Editeurs: Bryant Robey (anglais), Monique Barrere (français)
Production du document : Natalie La Roche

Cette étude a été réalisée avec l'appui de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) par le biais du programme DHS (#AID-OAA-C-13-00095). Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de l'USAID ou du Gouvernement des États-Unis.

Le programme EDS aide les pays à travers le monde dans la collecte et l'utilisation des données pour surveiller et évaluer des programmes de population, santé et nutrition. Pour plus d'informations sur le Programme EDS, contacter : DHS Program, ICF International, 530 Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850, USA. Phone : 301-407-6500 ; Fax : 301-407-6501 ; Email : reports@dhsprogram.com ; Internet : www.dhsprogram.com.

Citation recommandée :

Asaaf, Shireen, Wenjuan Wang, and Lindsay Mallick. 2015. *Qualité des soins dans les services de planification familiale dans les établissements de santé au Sénégal*. Études Analytiques des EDS, No. 55. Rockville, Maryland, USA: ICF International.

Table des matières

Tableaux	v
Graphiques	v
Préface	vii
Résumé	ix
Présentation	xi
1. Introduction et analyse	1
1.1. Revue de la littérature	1
1.1.1. Le milieu.....	1
1.1.2. Le système de santé sénégalais	2
1.1.3. La qualité des soins.....	3
1.1.4. La qualité des soins en planification familiale.....	4
2. Données et methodes	7
2.1. L'enquête continue sur la prestation des services de santé du Sénégal (ECPSS).....	7
2.2. Les methodes	8
2.2.1. La construction des variables.....	8
2.2.2. Analyses.....	12
3. Résultats	13
3.1. Établissements de santé.....	13
3.2. Qualité des soins dans la structure générale.....	14
3.2.1. Infrastructure de base.....	14
3.2.2. Indices composites de la structure generale.....	19
3.3. Qualité des soins dans la structure de planification familiale	20
3.4. Les cases de santé	23
3.5. Qualité des soins dans le processus de planification familiale.....	25
3.5.1. Description de la population d'étude	25
3.5.2. Le processus de planification familiale.....	27
3.6. La qualité des soins en planification familiale	32
3.6.1. Satisfaction globale avec les services de planification familiale	32
3.6.2. Connaissance des méthodes de protection contre les IST.....	37
4. Discussion	39
4.1. Structure generale	39
4.2. Structure de planification familiale	40
4.3. Processus.....	41
4.4. Résultats.....	42
4.5. Limites	43
5. Conclusions	45
Références	47
Annexe A	51
Annexe B	53
Annexe C	55
Annexe D	57

Tableaux

Tableau 1 :	Indicateurs de santé et population estimée pour le Sénégal à partir de six DHS de 1992 à 2014.....	2
Tableau 2 :	Description des caractéristiques des établissements de santé	14
Tableau 3 :	Services offerts par type d'établissement dans la phase 1 et dans la phase 2	15
Tableau 4 :	Pourcentage d'établissements de santé avec l'électricité, source d'eau améliorée et installations sanitaires adéquates, par caractéristiques de l'établissement.....	16
Tableau 5 :	Pourcentage d'établissements de santé ayant l'équipement de communication, une salle privée, le transport d'urgence, l'ordinateur et internet par caractéristique de l'établissement.....	18
Tableau 6 :	Niveaux de disponibilité de l'équipement, des tests de diagnostic et des médicaments par caractéristiques de l'établissement (N=364), phase 1	19
Tableau 7 :	Niveaux de disponibilité de l'équipement, des tests de diagnostic et des médicaments par caractéristiques de l'établissement (N=363), phase 2	20
Tableau 8 :	Association de la disponibilité des injectables à progestatifs seuls et des pilules orales combinées avec les caractéristiques de l'établissement parmi les établissements fournissant des services de planification familiale	22
Tableau 9 :	Résultats des régressions logistiques ajustées des injectables à progestatifs seuls et des pilules orales combinées parmi les établissements de santé qui offrent des services de planification familiale aux deux phases.....	22
Tableau 10 :	Pourcentage de cas de santé qui ont les éléments suivants : infrastructure, équipements et produits contraceptifs.....	24
Tableau 11 :	Description des caractéristiques de la cliente, du prestataire et de l'établissement de santé après avoir sélectionné les clientes utilisant une méthode contraceptive moderne	26
Tableau 12 :	Conseil en planification familiale et examen clinique selon les caractéristiques de la cliente, du prestataire et de l'établissement de santé.....	28
Tableau 13 :	Régression logistique ajustée des variables dépendantes dsu processus de planification familiale, passage 1.....	31
Tableau 14 :	Association de la satisfaction globale de la cliente des services de planification familiale et de la connaissance de la cliente du rôle protecteur de sa méthode contre les IST avec les caractéristiques de base de la cliente	33
Tableau 15 :	Régression logistique des clientes très satisfaites des services de planification familiale et de la connaissance correcte de la cliente de la protection de la méthode contre les IST, phase 1	35

Graphiques

Figure 1 :	Établissements de santé disposant de produits de planification familiale et comptant au moins un membre du personnel formé en planification familiale.....	21
Figure 2 :	Description des variables dépendantes de résultat, toutes les utilisatrices.....	32

Préface

Le Programme des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys ou DHS) est l'une des principales sources de données internationales sur la fécondité, la planification familiale, la santé maternelle et infantile, la nutrition, la mortalité, la santé environnementale, le VIH/SIDA, le paludisme et l'offre des services de santé.

Un des objectifs du programme DHS est d'analyser les données des enquêtes DHS et de fournir des résultats qui seront utiles aux décideurs et aux gestionnaires de programmes dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. *Les Études Analytiques des DHS* répondent à cet objectif en fournissant des recherches approfondies sur un large éventail de sujets, incluant généralement plusieurs pays, avec l'application des outils et des modèles statistiques multivariés. Ces rapports sont également destinés à illustrer des méthodes de recherche avec des applications sur des données DHS, et qui peuvent renforcer les capacités d'autres chercheurs.

Les sujets de la série *Études Analytiques des DHS* sont sélectionnés par le Programme DHS, en consultation avec l'Agence américaine pour le développement international.

Nous espérons que ces études analytiques seront utiles aux chercheurs, aux décideurs et aux spécialistes des enquêtes, en particulier à ceux qui travaillent dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Sunita Kishor
Directeur, Le Programme DHS

Résumé

L'analyse de la qualité des soins dans les services de planification familiale au Sénégal a été réalisée en utilisant les données de deux phases de l'enquête continue sur la prestation des services de santé du Sénégal (enquête ECPSS), effectués en 2012-2013 et 2014. Les mesures de la qualité des soins ont été divisées en structures (infrastructures de l'établissement de santé et disponibilité des produits et équipements), processus (performance du prestataire) et résultats (satisfaction globale des clientes en ce qui concerne les services et le fait de savoir si leurs méthodes protègent contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

Les résultats ont révélé que la plupart des établissements de santé possèdent l'infrastructure de base nécessaire (installations sanitaires adéquates, eau potable, salle de consultation privée). Toutefois, certains établissements manquent d'électricité, d'équipements de communication, de transport d'urgence, d'ordinateur et d'accès à l'internet. Dans certains établissements, la disponibilité de l'équipement et des tests de diagnostic est meilleure que dans d'autres, et certaines régions sont plus performantes que d'autres. La présence de plusieurs produits de planification familiale s'est nettement améliorée, et la présence de produits injectables et de pilules, les deux méthodes les plus utilisées, reste élevée, même si elles sont beaucoup plus susceptibles d'être disponibles dans les formations sanitaires publiques que privées.

Le pourcentage de prestataires qui ont offert différentes formes de counseling était relativement faible. Les nouvelles clientes étaient beaucoup plus susceptibles de recevoir des conseils et un examen pelvien de haute qualité par rapport aux clientes dont c'était une visite de retour. Alors que la satisfaction générale des clientes était relativement élevée (84 %), seulement 58 % des clientes savaient si leur méthode les protégeait, ou non, contre les IST. Le counseling a eu un effet négatif sur la satisfaction globale de la cliente et aucun effet sur la connaissance du rôle protecteur de leur méthode contre les IST, indiquant un manque d'efficacité des méthodes de counseling. Les clientes qui ont vu un prestataire formé à la planification familiale dans les deux dernières années ont considérablement augmenté leurs chances d'avoir une connaissance correcte sur le fait que leur méthode les protège, ou pas, contre les IST.

MOTS-CLÉS : Qualité des soins, établissements de santé, ECPSS, SARA, counseling, planification familiale, satisfaction de la cliente, connaissance de la protection de la méthode contre les IST, Sénégal.

Présentation

Introduction

Depuis des années, le niveau d'utilisation des contraceptifs au Sénégal augmente ; cependant, la prévalence de la contraception moderne reste relativement faible, puisqu'elle se situait à environ 20 % en 2014, alors que les besoins non satisfaits totaux pour la planification familiale étaient plus élevés, environ 25 %. L'amélioration de la qualité des soins dans les services de planification familiale est un facteur qui pourrait augmenter la prévalence contraceptive et diminuer le niveau des besoins non satisfaits. Des études ont mis en évidence un lien entre une qualité élevée des soins et le recours plus important à la planification familiale et à la poursuite de l'utilisation des services de planification familiale. La présente analyse porte sur la qualité des soins dans les établissements de santé au Sénégal, en particulier sur les services de planification familiale. Elle a pour but d'évaluer la structure, le processus et le résultat de la prestation des services de planification familiale, ainsi que les caractéristiques de l'établissement, du prestataire et de la cliente qui peuvent être associées à la qualité des soins.

Méthodes

Les mesures de la qualité des soins dans les établissements de santé du Sénégal ont été divisées en trois parties en utilisant le cadre de Donabedian (Donabedian 1988) : la structure (y compris les infrastructures de base, l'équipement, les produits de base) ; le processus (y compris les conseils et les examens par le prestataire) ; et le résultat (mesuré par la satisfaction globale de la cliente et la connaissance correcte sur le fait que sa méthode protège ou pas contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH/sida). Les données utilisées dans l'analyse proviennent des deux premières phases de l'enquête continue sur la prestation des services de santé du Sénégal (enquête ECPS) : la phase 1 a été effectuée en 2012-2013 et la phase 2 en 2014.

Pour l'analyse de la structure, les indicateurs ont été choisis en utilisant le guide de l'OMS qui concerne la mesure de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services (guide SARA). Ce guide comprend une description de l'équipement, des tests diagnostiques et des médicaments qu'un établissement de santé devrait avoir à sa disposition afin de fournir des services de qualité (à la fois en médecine générale et en service spécifique). En outre, une liste des exigences de base pour fournir des services de planification familiale a été donnée, incluant des produits de planification familiale (principalement des méthodes de contraception, mais aussi la disponibilité d'un tensiomètre), des lignes directrices pour la planification familiale et la présence d'au moins un membre du personnel formé à la planification familiale. Pour l'analyse du processus, les conseils fournis aux clientes en planification familiale ont été examinés, y compris des conseils sur la façon d'utiliser la méthode choisie, les éventuels effets secondaires, la date de retour à l'établissement de santé et le rôle protecteur de la méthode contre les IST. En outre, la qualité de l'examen pelvien a été évaluée. L'analyse des résultats a utilisé deux mesures : la satisfaction de la cliente avec les services de planification familiale reçus et la connaissance de la cliente sur le fait que la méthode choisie offrait ou pas une protection contre les IST.

Résultats

Structure générale

La grande majorité des établissements de santé semblent avoir une source d'eau améliorée, des installations sanitaires adéquates et une salle privée pour examen et/ou consultations. Cependant, l'électricité, l'équipement de communication, le transport d'urgence, et surtout l'ordinateur et l'internet étaient moins disponibles. Dans la phase 2, les établissements de santé publics et ruraux avaient un pourcentage significativement plus élevé d'établissements ayant un score élevé pour l'équipement.

Dans la phase 1, toutes les caractéristiques de l'établissement, à l'exception de l'autorité de gestion, étaient significativement associées à l'indice de test de diagnostic. Dans les deux phases, les hôpitaux et les centres de santé, les établissements privés et urbains avaient un pourcentage plus élevé d'établissement avec un score élevé de test de diagnostic comparativement aux cases de santé, aux établissements publics et aux établissements ruraux.

Structure de la planification familiale

Dans la phase 2, les pilules contraceptives, les injectables à progestatifs seuls et les préservatifs masculins étaient disponibles dans au moins 80 % des établissements. La présence d'autres méthodes contraceptives modernes ont été observée dans moins d'établissements quoique que la disponibilité ait sensiblement augmenté entre les phases 1 et 2. La disponibilité des injectables combinés a sensiblement diminué entre les deux phases. Dans ces deux phases, plus de 90 % des établissements avaient un tensiomètre et au moins un membre du personnel formé à la planification familiale. Toutefois, seuls les deux tiers des établissements dans la phase 1 et les trois quarts dans la phase 2 avaient des lignes directrices pour la planification familiale.

Dans la phase 1, les établissements publics étaient 13 fois plus susceptibles d'avoir des injectables et 30 fois plus d'avoir la pilule orale combinée, comparativement aux établissements privés ; dans la phase 2, les chances étaient 18 fois plus élevées pour les produits injectables et 47 fois plus élevées pour les pilules. Pour les pilules orales combinées, les deux phases ont montré une chance significativement plus élevée d'avoir des pilules dans les postes de santé que dans les hôpitaux. La résidence en milieu urbain versus rural ne constituait pas une covariable significative pour la disponibilité de chacune des méthodes.

Processus

L'analyse a montré que le niveau de counseling était insuffisant. Seulement 18 % des prestataires ont conseillé leurs clientes sur les trois aspects examinés – comment utiliser leur méthode, les éventuels effets secondaires et le moment auquel il fallait revenir à l'établissement. Seulement 9 % des prestataires ont indiqué si la méthode de leur cliente protège contre les IST. Les conseils étaient plus susceptibles d'être fournis à des clientes nouvelles qu'à celles qui revenaient. Peu de caractéristiques des prestataires étudiées étaient des prédicteurs significatifs du counseling, bien que les prestataires avec un salaire mensuel ou journalier aient presque neuf fois plus de chances de fournir des conseils sur les IST par rapport aux prestataires sans salaire. En outre, les prestataires ayant bénéficié de davantage de supervision avaient des chances presque trois fois plus élevées d'effectuer des examens pelviens de haute qualité par rapport aux prestataires sans supervision.

Résultat

Environ 8 clientes sur 10 ont déclaré être très satisfaites des services de planification familiale, mais elles étaient proportionnellement moins nombreuses à avoir une connaissance correcte en ce qui concerne l'éventuelle protection de leur méthode contre les IST. Les clientes ayant un faible niveau d'instruction, celles qui n'avaient pas à attendre pour voir le prestataire et celles qui ont quitté l'établissement avec une méthode de planification familiale avaient significativement des chances plus élevées d'être très satisfaites par rapport à leurs catégories respectives de référence. Peu de caractéristiques des prestataires étaient des prédicteurs significatifs de la satisfaction de la cliente. Toutefois, les prestataires ayant moins d'instruction avaient plus de chances d'avoir des clientes satisfaites par rapport aux prestataires les plus instruits.

Le counseling concernant les effets secondaires et le moment auquel il faut revenir à l'établissement de santé ont montré un important effet négatif sur la satisfaction de la cliente : les clientes qui n'ont pas eu de tels conseils étaient plus susceptibles d'être très satisfaites des services que les clientes qui en ont reçu, peut-être un signe que le counseling de la cliente était inefficace. Les clientes qui ont vu une infirmière ou l'assistante d'une infirmière étaient presque deux fois plus susceptibles d'avoir une

connaissance correcte sur la protection de leur méthode contre les IST, comparativement aux clientes qui ont vu une sage-femme ou un autre prestataire. Les clientes qui ont vu un prestataire ayant reçu une formation en planification familiale dans les 24 derniers mois avaient 1,7 fois plus de chance d'avoir des connaissances correctes sur la protection contre les IST par rapport aux clientes qui ont vu un prestataire sans formation récente. Le fait que la cliente ait reçu ou pas les conseils d'un prestataire sur la protection de leur méthode contre les IST n'était pas un prédicteur significatif d'en avoir une connaissance correcte.

Conclusions

Les résultats indiquent que des améliorations sont nécessaires dans certains domaines relatifs à la structure, au niveau et à l'efficacité du counseling et des examens médicaux, et à la connaissance par la cliente du rôle protecteur ou non de leur méthode contre les IST. La disponibilité de plusieurs produits contraceptifs modernes dans les établissements de santé a augmenté de manière significative entre les deux phases de l'enquête ECPSS, mais la disponibilité de certaines composantes de base de l'infrastructure ne s'est pas significativement améliorée. Le pourcentage de prestataires offrant des conseils de planification familiale à leurs clientes était relativement faible, et l'efficacité des différentes formes de counseling n'a pas été observée dans les résultats concernant la satisfaction globale de la cliente, ni dans la connaissance de la cliente de l'éventuelle protection de sa méthode contre les IST. Les résultats de l'analyse identifient les prestataires, les formations sanitaires et les régions où des interventions seraient susceptibles d'améliorer la qualité des soins pour les clientes dans les établissements de santé au Sénégal.

1. Introduction et analyse

Fournir des soins de qualité, qu'ils soient préventifs ou curatifs, est une composante importante de l'amélioration de la santé globale et du bien-être de la population. L'amélioration des services de santé en général, y compris les services de planification familiale, peut avoir une influence directe sur l'augmentation de l'utilisation des contraceptifs et réduire les taux de fécondité (Creel, Sass, et Yinger 2002). En outre, une infrastructure de base est nécessaire pour avoir un établissement qui fonctionne. Un certain nombre d'études ont montré que la qualité des soins en matière de planification familiale est associée à une utilisation accrue et continue de la planification familiale (Arends-Kuenning et Kessy 2007 ; Blanc, Curtis, et Croft 2002 ; Jain 1989 ; Koenig, Hossain, et Whittaker 1997 ; Magnani et al. 1999 ; Mariko 2003 ; Mensch, Arends-Kuenning, et Jain 1996 ; Sanogo et al. 2003). Explorer les variables associées à la qualité des soins dans les services de planification familiale peut aider à identifier les domaines qui nécessitent plus d'attention et d'amélioration.

Cette analyse est menée à partir des enquêtes sénégalaises sur la prestation des services de santé (enquête ECPSS) de 2012-2013, en utilisant des données obtenues principalement de l'inventaire, de l'observation et des interviews de sortie menées dans un échantillon d'établissements de santé au Sénégal. L'analyse a porté sur la qualité des soins dans la structure, le processus du prestataire et les résultats des clientes, en utilisant le cadre de Donabedian pour mesurer la qualité des soins (Donabedian 1988). La revue de la littérature ci-dessous commence avec une présentation du Sénégal et un aperçu de son système de santé, suivi d'un bref examen de la qualité des soins et de la manière dont elle peut être évaluée.

1.1. Revue de la littérature

1.1.1. *Le milieu*

Situé en Afrique de l'Ouest, le Sénégal dont la population était estimée en 2013 à 13,5 millions se caractérise par une superficie de 196,722 kilomètres carrés, avec 700 kilomètres de côte (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal] et ICF internationale 2015). Le pays est divisé en 14 régions administratives : Dakar, Ziguinchor, Diourbel, Saint-Louis, Tambacounda, Kaolack, Thiès, Louga, Fatick, Kolda, Matam, Kaffrine, Kédougou et Sédhiou. Dakar est la capitale, et Pikine, Guédiawae, et Mboi sont des grandes villes. Le pays est fortement urbanisé, avec 23 % de la population vivant à Dakar, qui ne constitue pourtant que 0,3 % de la superficie du pays (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal] et ICF International 2015).

La population du Sénégal compte un pourcentage élevé de jeunes, plus de 50 % ayant moins de 20 ans (tableau 1). Cela est dû à un taux de fécondité élevé, qui a seulement légèrement diminué, passant d'un Indice Synthétique de Fécondité (ISF) de 6,0 en 1992 à 5,0 en 2014 (tableau 1). Les facteurs qui contribuent à une fécondité élevée sont le mariage précoce et les faibles niveaux d'utilisation de la contraception, bien que ces deux indicateurs se soient améliorés au fil du temps. La prévalence de la contraception moderne a augmenté, variant de 5 % en 1992 à 20 % en 2014. Dans le Programme national de développement sanitaire (PNDS) pour la période 2009-2018 (Ministère de la Santé et de la Prévention 2009), le Sénégal a fait de la réduction de la fécondité un de ses objectifs prioritaires. Les défis auxquels le Sénégal est confronté dans l'augmentation des niveaux d'utilisation de la contraception comprennent les préoccupations des clientes sur les effets secondaires, le coût de la contraception, la mauvaise qualité des services de planification familiale et les ruptures de stocks (Cleland et al. 2006 ; Sedgh et al. 2007 ; Sidze et al. 2014). En outre, les préjugés, les idées fausses et le manque de connaissance sur les méthodes de planification familiale et la santé de la reproductive perdurent (IntraHealth International (a) 2012 ; Katz et Nare 2002).

Les autres objectifs prioritaires du Programme national de développement sanitaire du Sénégal sont l'amélioration de l'accès aux soins de santé de bonne qualité et la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Le taux de mortalité infantile a presque diminué de moitié, de 68 décès pour 1000 naissances

en 1992-1993 à 33 en 2014, mais reste encore relativement élevé. Le taux de mortalité maternelle a été estimé à 392 décès maternels pour 100 000 naissances par l'Enquête à Indicateurs Multiples (Enquête MICS) de 2010-2011 (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie [Sénégal] et ICF International 2012). Cela signifie qu'une femme sénégalaise court un risque d'environ 1 sur 43 de mourir de cause maternelle pendant ses années de procréation (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie [Sénégal] et ICF International 2012). Les indicateurs relatifs à la réduction des taux de mortalité, comme le suivi prénatal comprenant plus de quatre visites prénatales, l'accouchement en établissement de santé et la couverture vaccinale contre les maladies infantiles, se sont améliorées depuis 1992 (voir tableau 1).

Tableau 1 : Indicateurs de santé et population estimée pour le Sénégal à partir de six DHS de 1992 à 2014

	1992-1993	1997	2005	2010-2011	2012-2013	2014
Population						
% population âgée de 0-14 ans	48,1	47,6	44,6	44,8	44,2	44,8
% population âgée 15-19 ans	10,2	10,5	11,1	9,8	10,6	9,9
% population de plus de 6 ans avec un niveau d'études secondaires ou plus (homme)	11,1	-	14,7	19,5	19,4	20,8
% population de plus de 6 ans avec un niveau d'études secondaires ou plus (femme)	5,4	-	8,9	13,5	14,1	15,8
Fécondité et planification familiale						
ISF (3 années précédant l'enquête)	6,0	5,7	5,3	5,0	5,3	5,0
Utilisation actuelle de méthode contraceptive moderne (femmes en union)	4,8	8,1	10,3	12,1	16,1	20,0
Besoins non satisfaits totaux	28,8	35,0	32,0	30,1	29,3	25,1
Âge médian à la première union (parmi les femmes de 25-49 ans)	16,2	17,4	18,3	19,3	19,3	19,8
Soins maternels						
4 visites prénatales ou + (naissances des 5 dernières années précédant l'enquête)	13,3	16,6	39,8	50,0	46,5	48,1
Accouchement en établissement de santé (naissances des 5 années précédant l'enquête)	46,9	48,0	61,8	72,8	71,3	76,9
Santé et mortalité de l'enfant						
Vaccination complète	49,1	-	58,7	62,8	70,2	73,7
Retard de croissance	29,1 ¹	-	19,6	26,5	18,7	18,7
Insuffisance pondérale	17,8 ¹	-	8,5	10,1	15,7	12,6
Émaciation	9,2 ¹	-	14,2	17,7	8,8	5,9
Quotient de mortalité infantile (5 années précédant l'enquête)	68,0	68,0	61,0	47,0	43,0	33,0

Source : Données DHS, rapports finaux des DHS, et STATcompiler. Remarques : ¹Ces estimations se rapportent seulement aux enfants des mères interviewées. Dans les années restantes, tous les enfants dans le ménage ont été mesurés et pesés pour obtenir ces estimations. La DHS du Sénégal de 1997 ne comprenait pas les mesures de la taille et du poids chez les enfants.

1.1.2. Le système de santé sénégalais

Le système de santé du Sénégal est organisé en un système pyramidal, avec les hôpitaux au sommet de la pyramide, suivis par les centres de santé et, enfin, les postes de santé et les cases de santé au niveau périphérique (IntraHealth International (b) 2012). Chaque poste de santé peut avoir un certain nombre de cases de santé qu'il supervise. Dès 2014, le Sénégal comptait 86 hôpitaux, 242 centres de santé, 1 250 postes de santé et 1 506 cases de santé (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal] et ICF International (b) 2015). En plus du secteur de la santé publique, les entités privées à but lucratif ou non lucratif, ainsi que les forces armées du Sénégal, fournissent également des soins de santé à chaque niveau de la pyramide (Tine et al. 2014). En 2009, le gouvernement a adopté un « Plan national de santé » (Plan National de Développement Sanitaire et Social du Sénégal (PNDS) de 2009-2018), qui décrit une stratégie visant à améliorer la santé de la population (IntraHealth International (b) 2012 ; ministère de la Santé et de la Prévention 2009). Le plan met l'accent sur l'amélioration de la santé maternelle et infantile par la diminution de la fécondité totale. Il cherche à guider le Sénégal vers une meilleure qualité des services de santé à travers le renforcement des

ressources humaines et la gestion, l'amélioration des infrastructures et en augmentant la disponibilité des produits (IntraHealth International (b) 2012 ; ministère de la Santé et de la Prévention 2009).

1.1.3. La qualité des soins

De nombreuses études ont tenté de décrire et d'évaluer la qualité des soins de santé (Aldana, Piechulek, et Al-Sabir 2001 ; Basinski et al. 1992 ; Bruce 1990 ; Caper 1988 ; Choudhry, Fletcher, et Soumerai 2005 ; Donabedian 1988 ; Mosadeghrad 2012 ; Shaikh et al. 2008); toutefois, il ne semble pas y avoir un consensus dans la littérature sur la façon de définir ou de mesurer la qualité des soins (Basinski et al. 1992). La définition et la mesure de la qualité des soins dépendent aussi des priorités des acteurs impliqués, que ce soit les clients, les professionnels de la santé, les prestataires, les chercheurs, les gestionnaires de programme ou les décideurs (Conry et al 2012 ; Creel, Sass, et Yinger 2002).

Un des cadres largement utilisé et référencé pour mesurer la qualité des soins de santé est celui de Donabedian (Donabedian 1988), qui a décomposé la qualité des soins en trois dimensions : la structure de soins, le processus de soins et les résultats finaux. La structure s'intéresse principalement aux éléments physiques de l'établissement de santé, son infrastructure, son inventaire et son équipement, ainsi qu'au nombre de personnel qualifié. Le processus fait référence à la prestation des soins de santé, à la fois sur le plan technique et sur le plan de l'interaction entre le prestataire et le client, tandis que les résultats examinent l'effet des soins sur le patient, y compris en terme de satisfaction des services de soins reçus (Donabedian 1988).

D'autres auteurs se sont penchés sur d'autres dimensions de la qualité des soins, mais dans la plupart des cas, on peut les inclure dans la structure, le processus ou le résultat. Par exemple Caper (Caper 1988) a déclaré que l'efficacité, la pertinence et la façon de donner les soins doivent être utilisés pour évaluer la qualité des soins. La pertinence et les aspects relatifs à l'apport de soins pourraient être considérés comme faisant partie de la composante du processus, car ils couvrent la façon dont les soins sont fournis par le professionnel de santé, aussi bien du point de vue technique que de l'interaction prestataire-cliente. Caper s'est référé à la dimension « résultat » en parlant « d'efficacité » et l'a définie en termes de réalisation de l'objectif par la procédure diagnostique ou thérapeutique (c'est-à-dire est-ce que le résultat a été atteint avec succès ?). Les taux de mortalité ou de la gravité de la maladie, et la satisfaction des clientes avec les services constituaient les mesures proposées pour cette dimension (Caper 1988).

Beaucoup d'autres articles considèrent que le processus est aussi important pour l'évaluation de la qualité des soins, en mettant en évidence les différentes composantes comme la compétence professionnelle, la composante technique, l'efficacité, la relation interpersonnelle, une qualité générique ou un attribut intangible entre autres termes (Basinski et al. 1992 ; Joss et Kogan 1995 ; Mosadeghrad 2012 ; Parasuraman, Zeithaml, et Berry 1985 ; Zyzanski, Hulka, et Cassel 1974).

En ce qui concerne la mesure des résultats, Basinski et al. (1992) ont discuté de la façon dont une mesure de cause à effet des résultats médicaux peut être affectée par de nombreuses et complexes variables relatives au patient, tels que la coexistence des conditions médicales avec les facteurs psychologiques et socio-économiques, ce qui peut rendre cette mesure difficile. « D'excellents résultats peuvent être attendus, mais ne peuvent pas être assurés, même avec une prestation exemplaire des soins » (Basinski et al. 1992, p.2155). Pour contourner cette difficulté, on peut utiliser la satisfaction des clientes comme une mesure des résultats. Cependant, Donabedian a averti que demander aux clientes leur satisfaction à l'égard de certains éléments des soins ainsi que de la relation interpersonnelle avec leur prestataire peut entraîner de fausses déclarations en raison de la réticence de la cliente à critiquer leurs prestataires de soins médicaux (Donabedian 1988). Pour mesurer le résultat, on peut aussi utiliser les connaissances acquises par la cliente, suite à un service spécifique (Bruce 1990 ; Donabedian 1988). Cela peut aussi être considéré comme un reflet de l'interaction avec le prestataire et de l'efficacité du prestataire dans le transfert de certaines informations vitales concernant le service en question (Bruce 1990), par exemple l'utilisation d'une méthode de planification familiale ou la connaissance de la protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST).

La structure est la composante la plus simple de la qualité des soins à évaluer et à mesurer. Cette composante peut être considérée comme la disponibilité du service et le niveau d'équipement de l'établissement de santé tel que défini par les indicateurs de Mesure de la Disponibilité et de la Capacité Opérationnelle des Services (SARA) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (O'Neill et al. 2013). Le guide pratique SARA fournit également un ensemble d'indicateurs sur des services spécifiques (soins prénatals, planification familiale, services de soins curatifs pour les enfants, etc.) afin de déterminer si un établissement de santé répond aux critères minimaux pour la prestation du service en question (O'Neill et al. 2013). Ces indicateurs concernent principalement l'évaluation de la disponibilité de personnel qualifié, de protocoles pertinents pour la prise en charge, mais aussi l'évaluation des équipements en état de fonctionnement, ainsi que des capacités de diagnostic, de médicaments et de produits essentiels.

1.1.4. La qualité des soins en planification familiale

La qualité des services de planification familiale est un déterminant important du recours à des méthodes contraceptives et à une utilisation continue de ces méthodes. Des études réalisées dans divers contextes ont montré une relation positive significative entre la qualité des services de planification familiale et l'utilisation de contraceptifs (Arends-Kuenning et Kessy 2007 ; Blanc, Curtis, et Croft 2002 ; Jain 1989 ; Koenig, Hossain, et Whittaker 1997 ; Magnani et al. 1999 ; Mariko 2003 ; Mensch, Arends-Kuenning, et Jain 1996). Une étude de panel au Sénégal a constaté que les femmes qui ont reçu des services de planification familiale de bonne qualité dans les établissements de santé étaient 1,3 fois plus susceptibles d'utiliser une méthode contraceptive par rapport aux femmes qui ont reçu des soins de mauvaise qualité (Sanogo et al. 2003).

En analysant des données provenant d'enquêtes DHS et ECPSS en Tanzanie, Arends-Kuenning et Kessy (2007) ont trouvé que l'information donnée aux clientes et la compétence technique du prestataire étaient des prédicteurs significatifs de l'utilisation de la contraception moderne. Une étude longitudinale aux Philippines a trouvé des preuves solides d'une utilisation croissante des contraceptifs avec l'amélioration de la qualité des services de planification familiale (RamaRao et al. 2003). Les auteurs ont constaté que la probabilité d'utilisation de contraceptifs modernes était de 55 % pour les clientes ayant reçu des soins de mauvaise qualité, 62 % pour les soins de qualité moyenne, et 67 % pour les soins de haute qualité. Une analyse des données d'enquêtes DHS de 15 pays a révélé qu'en une année, après le début d'utilisation d'une méthode, entre 7 et 27 % des femmes abandonnent la méthode pour des raisons liées à la qualité de l'environnement du service (Blanc et al. 2002).

Compte tenu de l'importance de la qualité des soins, il est essentiel d'utiliser des méthodes fiables pour la mesurer. Deux cadres ont été largement utilisés pour guider la recherche sur la qualité des services de planification familiale. L'un est le cadre structure-processus-résultats de Avedis Donabedian, présenté ci-dessus (Donabedian 1988). L'autre est le cadre de Judith Bruce pour la qualité (Bruce 1990). Ce cadre se compose de six éléments : le choix des méthodes, l'information donnée aux clientes, la compétence technique des prestataires, les relations interpersonnelles prestataire-cliente, les mécanismes pour encourager la continuité et le suivi, et une offre diversifiée des services appropriés.

Dans le cadre de Donabedian, la structure de planification familiale se réfère au système de gestion des infrastructures de base pour la prestation de services de planification familiale, y compris l'infrastructure physique (accès à l'électricité, source d'eau améliorée, installations sanitaires adéquates, etc.), la disponibilité de produits contraceptifs, le matériel et l'équipement essentiel pour fournir un examen physique, des services de counseling ainsi que la pratique de la gestion de soutien telles que la supervision régulière et la formation continue pour les prestataires (Agha et Do 2009 ; Donabedian 1988 ; Ndhlovu 1995). Le processus se réfère à la qualité de la prestation des services de planification familiale et au respect par le prestataire des normes de soins. La compétence technique du prestataire et la relation prestataire-cliente sont souvent examinées dans l'évaluation du processus (Agha et Do 2009 ; Hutchinson, Do, et Agha 2011). La dimension résultat dans la planification familiale peut être mesurée par l'acceptation de la contraception et par l'influence de la qualité des services sur les motifs de poursuite ou d'abandon d'une méthode. (RamaRao et al. 2003). Avec un accent particulier

sur les services de santé axés sur la cliente, la satisfaction de la cliente est également un indicateur de résultat important de la qualité des soins. En plus d'évaluer les dimensions individuelles de la qualité des soins, des études ont couramment examiné les corrélations entre les dimensions, en particulier comment la structure et le processus sont associés à des mesures de résultats. La conclusion générale de ces études est que les attributs du processus sont plus prédictifs des indicateurs de résultats que les attributs de la structure (Hutchinson 2011 ; Wang et al. 2013, Agha et Do 2009).

Le cadre de Bruce se concentre sur le processus de prestation des services et met en évidence les perspectives et expériences de la cliente (Strobino, Koenig, et Grason 2000). Bruce a lié les six éléments de qualité à trois types de résultats : la connaissance de la cliente, la satisfaction et le comportement en ce qui concerne l'utilisation des contraceptifs (Bruce 1990). Sur la base de ce cadre, le groupe de travail du projet EVALUATION a élaboré une liste d'indicateurs de la mesure de la qualité pour chaque dimension (Bertrand, Magnani, et Rutenberg 1994). Bien que de nombreux indicateurs puissent être obtenus, soit en interrogeant les clientes soit en observant les interactions prestataire-cliente, Bessinger et Bertrand ont suggéré une combinaison d'observations et d'interviews de sortie des clientes pour une meilleure évaluation de la qualité des soins dans les établissements de planification familiale (Bessinger et Bertrand 2001).

2. Données et méthodes

2.1. L'enquête continue sur la prestation des services de santé du Sénégal (ECPSS)

L'enquête continue sur la prestation des services de santé (ECPSS) sont conçues pour fournir des informations détaillées sur la façon dont un pays fournit des services de santé, à partir d'un échantillon national de formations sanitaires formelles. Le projet d'enquête continue du Sénégal contient une composante ECPSS et une composante DHS, et il comprend cinq cycles annuels de collecte de données, le dernier prévu pour 2017. L'enquête ECPSS du Sénégal produit des indicateurs qui sont représentatifs au niveau national, par type de formation sanitaire, par autorité de gestion et pour les 14 régions du pays. Chaque phase couvre un échantillon représentatif d'établissements de santé, comprenant 50 % des hôpitaux et centres de santé et 20 % des postes de santé et un échantillon de leurs cases de santé associées (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie [Sénégal] et ICF International 2014). Les établissements de santé sélectionnés pour la première phase n'ont pas été sélectionnés pour la deuxième phase, créant une structure d'échantillonnage dépendante entre les deux phases. Les deux premières phases comprennent un recensement des hôpitaux et centres de santé, mais pas des postes de santé ou des cases de santé. Un recensement de tous les types d'établissements de santé ne sera obtenu qu'après avoir combiné toutes les cinq phases de l'ECPSS continue.

L'analyse utilise les données des deux premières phases de l'ECPSS continue du Sénégal, la phase 1 en 2012-2013 et la phase 2 en 2014. La description de l'échantillon des établissements de santé pour les phases 1 et 2, à l'exclusion des cases de santé, est présentée dans le tableau 2 dans la section des résultats.

La sélection des cases de santé est différente des autres types d'établissements. Parmi toutes les cases de santé associées à un poste de santé échantillonné, une case de santé est choisie au hasard. Ce n'est pas chaque poste de santé échantillonné qui supervise une case de santé. En 2012-2013, 74 cases de santé ont été examinées, tandis qu'en 2014 ce nombre est passé à 89. La méthode d'échantillonnage utilisée pour sélectionner les cases de santé ne permet pas qu'elles soient analysées conjointement avec les autres types d'établissements de santé, puisque la probabilité de sélection pour les cases de santé dépend de celle des postes de santé. Par conséquent, les cases de santé ont été exclues de l'échantillon global et, le cas échéant, ont été analysées séparément.

Dans les deux phases de l'ECPSS continue du Sénégal utilisés dans l'analyse, un inventaire des établissements de santé a été effectué, qui comprend des informations sur l'infrastructure, les équipements, les produits de base et les médicaments qui sont nécessaires pour fournir des services prioritaires. Le cas échéant, les questions d'inventaire comprennent l'observation de la présence de l'élément et s'il fonctionne (pour le matériel), ou s'il est encore valide (pour les médicaments et les produits de base). Des questionnaires distincts et réduits pour inventaire et pour agent de santé ont été utilisés pour les cases de santé.

Les autres types de données recueillies dans l'enquête ECPSS comprennent une grille d'observation et les interviews de clientes à la sortie de la consultation, ainsi que des entretiens avec les prestataires de santé. Les agents de santé ont été sélectionnés et interviewés avec un questionnaire qui contient des informations sur les travailleurs, leurs qualifications, la formation et le type de services qu'ils fournissent. La grille d'observation comprend à la fois des aspects techniques tels que l'adhésion aux protocoles internationaux, et des aspects non-techniques tels que le niveau de conseils fournis. À la fin de l'observation, les clientes ont été interviewées pour évaluer leur niveau de satisfaction avec les services et l'établissement de santé en général. En outre, la connaissance de la clientèle des services et les conseils offerts ont également été examinés.

Les deux phases de l'enquête continue ECPSS du Sénégal diffèrent par le type d'observations et d'interviews de sortie qui ont été menées. Dans l'ECPSS de 2012-2013, l'observation et l'interview de sortie ont été menées pour la planification de la famille et les soins curatifs chez l'enfant, tandis que dans l'ECPSS de 2014, l'observation et l'interview ont été réalisées pour les soins prénatals et les soins curatifs chez l'enfant. Par conséquent, alors que des comparaisons peuvent être faites entre les deux phases avec les données obtenues des questionnaires d'inventaire et de prestataires de soins, les comparaisons ne peuvent pas être faites avec les données provenant de la grille d'observation de la planification familiale et les interviews de sortie. Les cases de santé ne disposent pas de grilles d'observation ou d'interviews de sortie.

Pour sélectionner un échantillon pour l'observation des services de planification familiale, les clientes du service de planification familiale ont été systématiquement sélectionnées si elles attendaient de recevoir une consultation. En d'autres termes, les clientes ont été sélectionnées pour l'observation à leur arrivée. En général, la règle consiste à observer les consultations pour un maximum de trois prestataires de services de planification familiale. Pour chaque prestataire sélectionné, un maximum de cinq consultations ont été observées le jour de l'évaluation. Toutes les clientes en planification familiale dont les consultations ont été observées étaient éligibles pour l'interview de sortie. En outre, un échantillon d'agents de santé a été choisi pour mener les interviews avec les prestataires de santé, ce qui fournit des informations sur les caractéristiques du prestataire. Dans les établissements qui ont huit prestataires ou moins, tous les prestataires étaient éligibles pour l'interview. Dans les établissements avec plus de huit prestataires, entre huit et 15 prestataires ont été sélectionnés pour l'interview, par un échantillonnage systématique. Les prestataires dont les consultations ont été observées et les prestataires qui étaient interrogés pour l'ensemble ou des parties du questionnaire d'inventaire ont été automatiquement sélectionnés pour l'interview des personnels de santé.

2.2. Les méthodes

2.2.1. La construction des variables

En utilisant le cadre Donabedian (Donabedian 1988), on a construit trois types de variables dépendantes pour représenter les trois dimensions de la qualité des soins : la structure, le processus et les résultats. La structure a été mesurée avec les données d'inventaire de l'établissement. Des variables dépendantes ont été construites pour la structure générale et des variables dépendantes plus spécifiques pour la structure de planification familiale. Les variables dépendantes du processus et des résultats se sont seulement focalisées sur la mesure de la qualité des soins de planification familiale, et les données nécessaires pour construire ces variables proviennent de l'observation et des interviews de sortie ; ces variables étaient donc seulement disponibles pour l'ECPSS de 2012-2013 puisque l'ECPSS de 2014 n'a pas inclus l'observation et l'interview de sortie pour la planification familiale. Pour chaque dimension de la qualité des soins, on a utilisé des variables indépendantes appropriées pour décrire les associations et / ou effectuer des régressions afin d'identifier les déterminants de la qualité des soins.

2.2.1.1. Les variables de la structure générale

Le guide de l'OMS pour la Mesure de la Disponibilité et de la Capacité Opérationnelle des Services (SARA) a été utilisé pour construire des indices de qualité des soins de la structure (Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 2013), qui représentent les variables dépendantes de la structure. Cette référence a fourni une liste d'indicateurs, relatifs au service général et au service spécifique, nécessaires pour fournir des soins de qualité. Ceux-ci comprennent des indicateurs sur l'infrastructure, le matériel, les tests de diagnostic, des produits de base et les médicaments dans les établissements de santé.

L'annexe A résume les indicateurs d'infrastructure et prend en compte la disponibilité de l'infrastructure de base nécessaire pour le fonctionnement d'un établissement de santé - accès à l'électricité, source d'eau améliorée, installations sanitaires adéquates, équipements de communication, salle privée, ordinateur et Internet, et un véhicule de transport d'urgence. Ces indicateurs ont été examinés séparément pour chaque phase de l'enquête.

Pour examiner la disponibilité et l'opérationnalité des établissements en termes d'équipements, de tests de diagnostic et de médicaments, un certain nombre d'indicateurs ont été nécessaires, comme le montre l'annexe B. L'analyse en composantes principales (ACP), une méthode de réduction de données, a été utilisée afin de créer un indice composite pour chacun de ces domaines. L'ACP basée sur les données de la DHS est couramment utilisée pour construire l'indice de richesse. Cette méthode a été critiquée en raison du fait que la technique de l'ACP, qui est conçue pour être utilisée avec des données continues à distribution normale, est appliquée à des données binaires ou catégorielles (Howe, Hargreaves, et Huttly 2008 ; Sharker et al. 2014). Cependant, d'autres méthodes qui sont plus appropriées pour les données catégorielles, comme l'analyse des correspondances multiples, sont plus complexes et ne fournissent pas beaucoup d'amélioration (Howe, Hargreaves, et Huttly 2008). Par conséquent, l'ACP a été considérée comme une méthode appropriée pour créer des indices d'opérationnalité de services d'une manière analogue à la construction de l'indice de richesse. Afin d'améliorer les résultats obtenus à partir de l'ACP et de réduire les erreurs de classification, Sharker et al. (Sharker et al. 2014) recommandent la suppression des saturations négatives. En outre, ils recommandent que toute ACP qui produit une première composante expliquant moins de 30 % de la variation totale soit interprétée avec prudence (Sharker et al. 2014). Ces recommandations ont été prises en compte dans la construction et l'interprétation des indices composites. Pour réaliser l'ACP, chaque indicateur a été codé comme une variable binaire, c'est-à-dire avoir le produit / le service ou pas. La première ACP a ensuite été réalisée et tous les indicateurs qui avaient des saturations négatives ou inférieures à 0,1 ont été supprimés. Puis l'ACP a été effectuée de nouveau. La première composante de la deuxième analyse, qui explique la plus grande part de la variance dans les données, a ensuite été utilisée pour produire un score composite ou indice. L'indice composite a ensuite été divisé en terciles pour représenter la qualité des soins faible, moyenne et élevée pour les domaines respectifs.

L'annexe B résume les indicateurs utilisés pour construire les indices composites pour le matériel, les tests de diagnostic et les médicaments. Pour les indices de test de diagnostic et des médicaments, aucun indicateur n'a montré une saturation négative ou en dessous de 0,1. Cependant, pour l'indice de l'équipement, les indicateurs pour les objets tranchants et l'élimination des déchets ont produit des saturations négatives dans les deux phases et ont donc été retirés de l'ACP. La première composante résultant de l'analyse de l'équipement et des tests de diagnostic a expliqué plus de 30 % de la variance dans les deux phases. L'ACP pour les médicaments dans la première phase n'a pas donné de saturations négatives ou en dessous de 0,1 ; cependant, dans la deuxième phase, le médicament Simvastatin avait une saturation négative et les médicaments Amitriptyline and Amlodipine avaient tous deux des saturations en dessous de 0,1. Afin d'avoir des résultats comparables, ces trois médicaments ont été retirés de l'ACP dans les deux phases. Ces médicaments ne sont pas présents dans un pourcentage élevé d'établissements de santé. La première composante résultant de l'ACP des médicaments avait une variance inférieure à 30 % dans les deux phases et par conséquent, l'interprétation et l'analyse de cet indice doivent être faites avec prudence. Comme le montre l'annexe B, le coefficient alpha de Cronbach pour chacun des indices est supérieur à 0,7 et montre donc une concordance générale dans le regroupement des indicateurs.

2.2.1.2. Les variables de la structure de planification familiale

Afin d'évaluer la capacité des établissements de santé à fournir des services de planification familiale, l'analyse a utilisé un certain nombre d'indicateurs provenant du guide SARA de l'OMS. Ces indicateurs comprennent la disponibilité de différents types de méthodes contraceptives modernes, la présence d'un protocole pour la planification familiale, la présence d'un tensiomètre et la présence d'au moins un membre du personnel formé en planification familiale. Pour la disponibilité des méthodes contraceptives modernes, seules les méthodes qui étaient valides et non expirées ont été considérées comme méthodes disponibles dans l'établissement. La figure 1 résume ces indicateurs pour les deux phases dans les établissements qui offrent des services de planification familiale. Les données du prestataire de soins ont été utilisées pour construire la variable de formation. Dans la phase 1, en posant la question sur la formation, on demandait aux prestataires s'ils avaient reçu une formation sur la planification familiale dans les deux dernières années, alors que dans la phase 2 la question concernait

la formation sur la planification familiale dans les trois dernières années. Cette différence est mineure, mais doit être prise en considération lors de l'interprétation des résultats de la figure 1 et du tableau 10.

Seules les variables concernant la disponibilité des injectables à base de progestatifs seuls et des pilules orales combinées ont été prises en compte pour une analyse approfondie de la structure de planification familiale dans les établissements qui offraient des services de planification familiale. L'injectable à base de progestatif seul était la méthode la plus utilisée par les clientes et les pilules orales combinées venaient en deuxième position (Tableau 11). Ces deux méthodes étaient également les deux méthodes modernes les plus fréquemment utilisées selon la plus récente enquête DHS au Sénégal (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal] et ICF International 2015).

2.2.1.3. Covariables pour la structure

Les covariables relatives à la structure (structure de médecine générale et structure de planification de la famille), utilisées pour étudier la qualité des soins figurent dans le tableau 2. Ces variables ont été choisies pour identifier les caractéristiques de l'établissement de santé les plus associées à une qualité améliorée des soins. Pour la variable d'autorité de gestion, la catégorie privée comprend les établissements de santé gérés par des ONG ou des organisations religieuses. La variable région a été construite comme suit : Nord (régions de Louga, Matam, et Saint-Louis) ; Dakar ; Thiès ; Centre (régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine et Kaokack) ; Est (régions de Kédougou et Tambacounda) ; et Sud (régions de Kolda, Sédhiou, et Ziguinchor).

2.2.1.4. Les variables de processus

Les données relatives à la dimension processus de la qualité des soins proviennent des observations directes des consultations de planification familiale et des examens physiques. L'évaluation du processus est axée sur la qualité du counseling et la pertinence des procédures au cours de l'examen pelvien. Il y avait seulement un homme dans l'échantillon d'observation ; par conséquent, l'analyse a été restreinte aux clients de sexe féminin à qui on a fourni ou prescrit une méthode lors de la visite observée. La qualité du counseling a été mesurée avec quatre indicateurs binaires sur le contenu des informations échangées entre le prestataire et la cliente au cours de la séance de counseling : si le prestataire a conseillé sur la façon d'utiliser la méthode ; si le prestataire a discuté les effets secondaires de la méthode ; si le prestataire a donné des conseils sur le moment de revenir pour les services de suivi et si le prestataire a conseillé sur la capacité de la méthode à protéger contre les IST. Ces indicateurs ont été définis spécifiquement pour la méthode fournie ou prescrite à la cliente (voir l'annexe C). Pour évaluer la qualité globale du counseling, une variable binaire a également été créée pour toutes les méthodes utilisées, selon que la cliente a été conseillée sur tous les trois aspects de la méthode : comment l'utiliser ; effets secondaires et quand revenir à l'établissement de santé.

Pour mesurer la qualité de l'examen pelvien, le nombre de procédures appropriées réalisées par le prestataire a d'abord été calculé sur la base d'une liste de contrôle des procédures qui devraient être effectuées avant, pendant, et après un examen pelvien (voir Annexe D). Un indicateur binaire de la qualité a ensuite été construit en utilisant le nombre médian de procédures comme seuil. Une cliente a été considérée comme ayant reçu un examen pelvien de haute qualité si le nombre de procédures qu'elle a reçues était égal ou supérieur au niveau médian ; sinon elle a été considérée comme ayant reçu un examen pelvien de faible qualité. Cet indicateur est uniquement disponible pour les femmes qui ont reçu un examen pelvien lors de la visite.

2.2.1.5. Les variables de résultat

Deux variables dépendantes ont été utilisées pour étudier la dimension « résultat » de la qualité des soins de planification familiale. La première variable utilise une question qui est posée aux clientes lors de l'interview de sortie de consultation pour connaître le niveau de satisfaction globale des services offerts. Les catégories de réponse étaient : très satisfaite ; plus ou moins satisfaite ; pas satisfaite. Pour créer une variable dépendante binaire, la réponse « plus ou moins satisfaite » a été combinée avec « pas

satisfaite». La deuxième variable dépendante de la dimension résultat, également une variable binaire, examine la connaissance de la cliente après avoir reçu les services, et provient d'une question de l'interview de sortie du service de planification familiale. Par cette question, on demande à la cliente si sa méthode la protège contre les IST, y compris le VIH / sida. La méthode que la cliente utilisait a été déterminée à partir de l'observation de la consultation de planification familiale, au cours de laquelle la ou les méthodes fournies ou prescrites à la cliente ont été enregistrées. Les clientes qui ont répondu « oui » et qui n'utilisaient pas de préservatifs (seulement deux observations) ont été codées comme ayant une connaissance incorrecte, celles qui ont répondu « non » ont été codées comme ayant une connaissance correcte (à moins qu'elles utilisaient des préservatifs), et celles qui ont répondu qu'elles ne savaient pas étaient retirées de l'analyse. L'analyse du résultat de la satisfaction a été limitée à des utilisatrices de pilules, injectables, DIU et implants (toutes les utilisatrices à l'exception de 10 cas), et l'analyse du résultat de la connaissance a été limitée à toutes les utilisatrices. Cela parce que deux variables sur le counseling nécessaires pour l'analyse du résultat de la satisfaction étaient seulement disponibles pour les utilisatrices de pilules, injectables, DIU et implants. Tous les résultats des analyses sur la qualité des soins ont été limités à la clientèle féminine.

2.2.1.6. Covariables pour l'analyse du processus et du résultat

Le tableau 11 présente toutes les variables indépendantes utilisées pour l'analyse du processus et du résultat. Les variables indépendantes sont divisées en trois groupes : les caractéristiques de la cliente, du prestataire et des installations. Les variables relatives à l'autorité de gestion (privée ou publique) utilisées pour décrire l'établissement de santé n'ont pas été incluses dans l'analyse du processus ou du résultat, puisque seulement 17 des observations et des interviews de sortie ont été effectuées dans les établissements de santé privés, après avoir sélectionné les utilisatrices d'une méthode de contraception moderne. Des variables indépendantes appropriées ont été choisies pour chaque variable dépendante du processus et du résultat. Les caractéristiques du prestataire ont été tirées de l'interview des prestataires de santé. Les caractéristiques de la cliente proviennent principalement des interviews de sortie, à l'exception du statut de la cliente (cliente nouvelle ou ancienne), de la méthode de planification familiale utilisée et du fait que la cliente a quitté la clinique avec une méthode, caractéristiques qui proviennent toutes de l'observation de la consultation en planification familiale.

Concernant l'âge, 52 clientes qui ont répondu qu'elles ne connaissaient pas leur âge ont été placées avec le groupe le plus âgé, 40-58 ans, basé sur l'hypothèse que les plus âgées étaient les moins susceptibles de connaître leur âge. De même, 21 clientes qui ont répondu qu'elles ne savaient pas combien de temps elles ont attendu pour voir un prestataire ont été placées dans la catégorie d'attente la plus longue (deux heures ou plus), basé sur l'hypothèse que les clientes qui ont eu à attendre très longtemps pouvaient ne pas se souvenir exactement de la durée d'attente. Quant aux caractéristiques des prestataires, seulement huit spécialistes et médecins généralistes (quatre si nous nous limitons aux utilisatrices actuelles d'une méthode moderne) ont été observés, et ceux-ci ont été placés dans la catégorie infirmière ou assistante infirmière. La supervision personnelle que le prestataire avait reçue au cours des six mois précédant l'enquête constituait une des caractéristiques importantes du prestataire. Elle se réfère à l'assistance technique ou à la supervision par un superviseur basé dans l'établissement ou un superviseur visiteur concernant divers domaines, y compris l'examen des dossiers ou des rapports, l'observation du travail, le feedback sur le rendement du travail et la discussion des problèmes rencontrés par le prestataire. Une variable à trois catégories a été construite pour mesurer la supervision personnelle : n'a reçu aucune ; a reçu entre 1-5 éléments de supervision ; a reçu tous les six éléments de supervision énumérés.

Pour l'analyse du processus, les variables indépendantes comprenaient les caractéristiques de la cliente (âge, instruction, statut c'est-à-dire ancienne ou nouvelle cliente et la méthode de contraception utilisée), les caractéristiques du prestataire (catégorie de prestataire, nombre d'années d'études, formation reçue, supervision, avoir une fiche de poste et type de salaire) et les caractéristiques de l'établissement (type d'établissement de santé, localité, région et l'indice composite d'équipement créé à partir de l'ACP). Le nombre d'années d'études a été utilisé comme un proxy pour le nombre d'années d'expérience (Choudhry, Fletcher, et Soumerai 2005). En outre, la variable type de salaire a été incluse comme une mesure qui pourrait influencer sur la motivation du prestataire, ce qui pourrait à son tour

affecter sa performance (Rowe et al. 2005). Les caractéristiques de l'établissement, en particulier l'indice composite d'équipement, représentent la dimension « structure », qui a été discutée par Basinski et al. et Donabedian (Basinski et al. 1992 ; Donabedian 1988) comme prédicteurs possibles de la dimension « processus » de la qualité des soins. Alors que la présence de l'équipement dans un établissement peut ne pas nécessairement avoir un effet direct sur le processus ou le niveau de soins du prestataire, elle peut servir comme un proxy pour l'environnement global et la capacité de l'établissement et est incluse comme un prédicteur du processus à cet effet. L'indice composite des tests de diagnostic ne peut pas être inclus du fait qu'il était fortement corrélé avec le type d'établissement, tandis que l'indice composite des médicaments n'était pas recommandé pour une utilisation dans une analyse plus approfondie car elle explique moins de 30 % de la variance.

L'analyse du résultat portant sur la satisfaction globale de la cliente a inclus les variables concernant les frais payés pour le service, le temps d'attente et le fait que la cliente est partie avec une méthode de planification familiale (Agha et Do 2009 ; Aldana, Piechulek, et Al-Sabir 2001 ; Hutchinson, Do, et Agha 2011). De plus, les variables dépendantes du processus ont été incluses comme covariables. Ces dernières comprennent des variables basées sur la prestation des conseils, sur la façon d'utiliser la méthode, les effets secondaires de la méthode et le moment auquel il faut revenir si les effets secondaires apparaissent. Les conseils sur les effets secondaires et les conseils sur la date de retour étaient fortement corrélés et donc ne figuraient pas dans le même modèle de régression. Ces variables n'ont été demandées qu'aux utilisatrices de pilules, injectables, DIU et implants et non à toutes les utilisatrices (différence de seulement 10 observations). Les caractéristiques de l'établissement et l'indice composite d'équipement ont également été ajoutés comme covariables dans l'analyse du résultat.

Enfin, pour l'analyse du résultat portant sur la connaissance de la capacité de protection de la méthode contre des IST, une variable indiquant si le prestataire a fourni des conseils sur cette question a été incluse comme covariable. Les covariables utilisées pour l'analyse de la satisfaction du résultat, tels que les frais payés pour le service, le temps d'attente et si la cliente a quitté la consultation avec une méthode, d'autres variables du processus de counseling et les indices composites de la structure n'ont pas été incluses car elles n'ont pas un effet direct sur ce résultat.

2.2.2. Analyses

Pour les analyses de la structure, les comparaisons entre les deux phases d'enquêtes ont été effectuées lorsque cela a été possible. Cela a conduit à tester si les différences dans les proportions de services offerts, les infrastructures de base, et les indicateurs de structure de planification familiale étaient significatives. Une analyse distincte mais similaire a été effectuée pour les cases de santé. En raison de la structure d'échantillonnage dépendante entre les deux phases, un niveau de significativité de 1 % a été utilisé pour tester les différences entre les phases. Cela est dû à la sous-estimation des erreurs types des estimations. Le test standard suppose l'indépendance alors que les deux échantillons étaient en fait liés. Par conséquent, pour rester prudent, un plus faible niveau de signification a été utilisé. Seules les p-valeurs inférieures à 0,01 ont été considérées comme significatives.

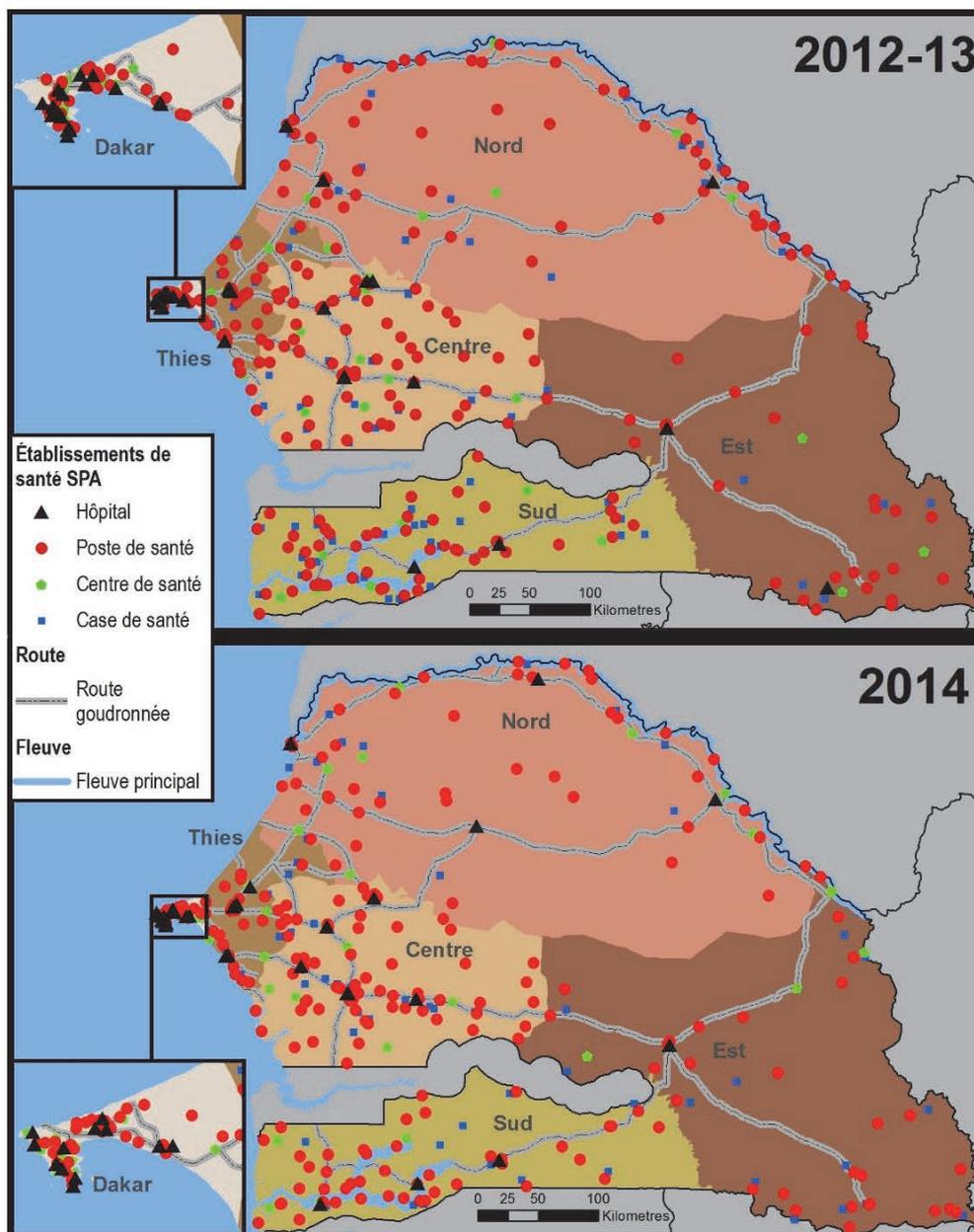
L'analyse prend en considération les poids d'échantillonnage et le plan d'échantillonnage stratifié, avec une stratification par type d'établissement et les 14 régions du Sénégal. Cette considération ne permet pas les tests du chi carré habituels pour les associations, et des F-tests ont été utilisés à la place. Pour l'analyse de la structure, l'unité d'analyse était l'établissement de santé, et donc le poids de la formation sanitaire a été utilisé. Toutefois, pour les composantes processus et résultats de la qualité des soins, l'unité d'analyse était la cliente, et donc le poids de la cliente a été utilisé.

Toutes les régressions effectuées pour la structure de la planification familiale, le processus et les analyses des résultats ont impliqué des variables dépendantes binaires, et donc des régressions logistiques ont été utilisées dans les modèles. Pour les régressions logistiques, les valeurs des pseudo-R² sont signalées ; elles prennent en compte les poids, mais pas le plan d'échantillonnage stratifié. Toutes les analyses ont été effectuées en utilisant la version 13.0 du logiciel statistique Stata (StataCorp 2013).

3. Résultats

3.1. Établissements de santé

Les cartes de la page suivante présentent la répartition de l'échantillon des établissements de santé à chaque phase de l'ECPSS. Les cartes montrent également les principales routes et autres informations géographiques, telles que les rivières principales et les routes goudronnées, pour démontrer l'accessibilité à ces établissements. Les établissements présentés sur la carte sont les hôpitaux, les centres de santé, les postes de santé et les cases de santé visités à chaque phase de l'ECPSS.



Sources des données : Données des établissements de santé de la SPA du Sénégal 2012-2013 et 2014. Carte de base régionale selon le référentiel de données spatiales du Programme DHS. Carte de base mondiale selon le SSIB du Département d'Etat Américain. Routes et Eau selon DCW (2009) mis à jour (codifié) par OCHA/ROWCA en janvier 2012.

Le tableau 2 fournit un résumé descriptif des établissements enquêtés dans les phases 1 et 2. Plus précisément, le tableau 2 présente la répartition des établissements de santé par type d'établissement, par autorité de gestion, par localité urbaine/rurale et par région. La plupart des formations sanitaires de l'échantillon étaient des postes de santé (87 à 88 % pour les deux phases) et appartenaient au secteur public (83 % dans la phase 1 et 81 % dans la phase 2). Il y avait légèrement plus de formations sanitaires dans les localités rurales que dans les localités urbaines, 56 % en milieu rural dans la phase 1 et 62 % dans la phase 2. La région Centre comptait le pourcentage le plus élevé de formations sanitaires (23 % dans les deux phases), et la région Est le plus faible (9 % dans les deux phases).

Tableau 2 : Description des caractéristiques des établissements de santé

	Phase 1 (N=364)			Phase 2 (N=363)		
	%	Pondéré N	Non-pondéré N	%	Pondéré N	Non-pondéré N
Type d'établissement de santé						
Hôpital	4,7	17	35	4,1	15	35
Centre de santé	8,2	30	64	8,1	29	62
Poste de santé	87,1	317	265	87,9	319	266
Autorité de gestion						
Privée	17,0	62	59	18,8	68	70
Publique	83,0	302	305	81,2	295	293
Localité						
Urbaine	44,1	161	168	37,6	136	158
Rurale	55,9	203	196	62,4	227	205
Région						
Nord	18,7	68	63	18,9	69	62
Dakar	19,6	71	71	19,0	69	72
Thiès	13,2	48	41	13,3	48	43
Centre	23,3	85	83	23,4	85	83
Est	9,0	33	41	9,2	33	41
Sud	16,1	59	65	16,2	59	62

3.2. Qualité des soins dans la structure générale

3.2.1. Infrastructure de base

Les tableaux 3 à 5 présentent les changements dans la prestation de services et la structure générale des établissements de santé entre les deux phases. Le tableau 3 compare les deux phases sur le plan des services fournis (services de planification familiale, services de consultations prénatales (CPN), services de vaccination de l'enfant et services curatifs pour les enfants) et par type d'établissement (hôpital, centre de santé, poste de santé, et case de santé). Même si tous les types d'établissements de santé ont montré une certaine augmentation des types de services offerts entre les phases 1 et 2, ces augmentations étaient faibles et non significatives au niveau de 1 %. Au niveau des cases de santé, les établissements de santé qui fournissent des services de planification familiale ont augmenté de 22,9 points de pourcentage et les services de vaccination de l'enfant ont augmenté de 11,6 points de pourcentage, mais ces augmentations ne sont pas significatives. Comme mentionné précédemment, les cases de santé ont été analysées séparément, du fait de la nature de leur sélection dans l'échantillon.

Tableau 3 : Services offerts par type d'établissement dans la phase 1 et dans la phase 2

	Services de planification familiale			Services de consultations prénatales			Services de vaccination des enfants			Services de soins curatifs pour les enfants		
	Phase 1 % [C.I.]	Phase 2 % [I.C.]	diff	Phase 1 % [I.C.]	Phase 2 % [I.C.]	diff	Phase 1 % [I.C.]	Phase 2 % [I.C.]	diff	Phase 1 % [I.C.]	Phase 2 % [I.C.]	diff
Hôpital	68,0 [50,7;81,5]	72,6 [54,3;85,5]	4,6	75,9 [59,1;87,3]	79,1 [60,6;90,3]	3,2	33,5 [19,9;50,6]	28,1 [14,9;46,6]	-5,4	81,9 [65,0;91,7]	83,5 [64,7;93,3]	1,6
Centre de santé	77,9 [65,7;86,6]	83,8 [70,6;91,7]	5,9	79,5 [67,7;87,7]	83,7 [70,5;91,7]	4,2	74,8 [62,8;83,8]	73,2 [59,5;83,6]	-1,6	93,7 [84,4;97,6]	98,7 [90,9;99,8]	5,0
Poste de santé	86,6 [81,5;90,4]	88,1 [83,5;91,5]	1,5	90,6 [86,1;93,8]	92,0 [87,8;94,8]	1,4	87,0 [81,9;90,8]	87,1 [82,5;90,6]	0,1	95,1 [91,5;97,2]	96,7 [93,6;98,3]	1,6
Ensemble	85,0 [80,6;88,6]	87,1 [83,0;90,3]	2,1	89,0 [85,1;92,0]	90,8 [87,1;93,5]	1,8	83,4 [79,0;87,1]	83,6 [79,5;87]	0,2	94,3 [91,2;96,4]	96,3 [93,6;97,9]	2,0
Case de santé	43,2 [31,1;56,0]	66,1 [54,0;76,4]	22,9	28,7 [19,6;40,0]	31,4 [20,1;45,5]	2,7	45,5 [32,8;58,7]	57,1 [46,2;67,4]	11,6	96,6 [86,5;99,2]	96,5 [89,6;98,9]	-0,1

Remarque : Les cases de santé sont analysées séparément. Les estimations sont indiquées en % [95 % I.C.] pour chaque phase. Les différences égalent : phase 2 – phase 1 et sont testées à un niveau de 1 % ; toutes les différences étaient non significatives.

Les tableaux 4 et 5 présentent les indicateurs de la structure générale et les changements entre les phases 1 et 2, stratifiés par type d'établissement de santé, autorité de gestion, localité et région. Les éléments de structure dans le tableau 4 sont constitués de l'électricité, de la source d'eau améliorée et de la présence d'installations sanitaires adéquates. Dans l'ensemble, la plupart des établissements (plus de 97 % dans les deux phases) disposaient d'installations sanitaires adéquates et presque 90 % dans les deux phases avaient accès à une source d'eau améliorée. Cependant, seulement environ 60 % des établissements disposaient de l'électricité, avec de grandes variations selon le type d'établissement et la région. Par exemple, et comme prévu, le pourcentage d'hôpitaux avec l'électricité dépassait 90 % dans les deux phases, alors que près de la moitié des postes de santé manquaient d'électricité régulière. Le pourcentage des formations sanitaires disposant de l'électricité a légèrement diminué dans l'ensemble mais il y avait de fortes baisses dans les établissements privés (-15 points de pourcentage) ainsi que dans la région de Dakar (-17 points de pourcentage) ; Ces diminutions ne sont pas significatives. Comme dans l'ensemble, le pourcentage d'établissements avec un accès à l'eau potable et à des installations sanitaires adéquates était élevé et il y avait donc peu de place pour l'amélioration. Il y avait une forte augmentation du pourcentage d'établissements ayant accès à une source d'eau améliorée dans la région Est (une augmentation d'environ 20 points de pourcentage), bien que cela ne soit pas significatif.

Tableau 4 : Pourcentage d'établissements de santé avec l'électricité, source d'eau améliorée et installations sanitaires adéquates, par caractéristiques de l'établissement

	Electricité			Source d'eau améliorée			Installations sanitaires adéquates		
	Phase 1 % [I.C.]	Phase 2 % [I.C.]	diff	Phase 1 % [I.C.]	Phase 2 % [I.C.]	diff	Phase 1 % [I.C.]	Phase 2 % [I.C.]	diff
Type d'établissement de santé									
Hôpital	91,8 [76,4;97,5]	98,4 [89,7;99,8]	6,6	98,6 [91,0;99,8]	100,0	1,4	100,0	100,0	0,0
Centre de santé	76,9 [64,8;85,7]	68,2 [54,0;79,7]	-8,7	93,5 [84,3;97,5]	100,0	6,5	98,4 [89,6;99,8]	100,0	1,6
Poste de santé	54,8 [48,7;60,8]	53,7 [47,8;59,5]	-1,1	87,8 [83,5;91,1]	91,6 [88,0;94,2]	3,8	97,5 [94,8;98,8]	98,2 [95,5;99,3]	0,7
Autorité de gestion									
Privée	66,2 [51,6;78,2]	51,0 [38,5;63,4]	-15,2	94,8 [86,4;98,1]	98,6 [90,8;99,8]	3,8	100,0	100,0	0,0
Publique	56,8 [50,8;62,6]	58,0 [51,9;63,9]	1,2	87,5 [83,2;90,9]	91,2 [87,3;94,0]	3,7	97,3 [94,4;98,7]	98,0 [95,1;99,2]	0,7
Localité									
Urbaine	56,9 [48,6;64,8]	59,4 [50,5;67,7]	2,5	98,2 [93,1;99,6]	99,2 [94,5;99,9]	1,0	98,8 [94,4;99,8]	98,2 [92,9;99,5]	-0,6
Rurale	59,5 [52,1;66,6]	55,1 [48,1;61,9]	-4,4	81,3 [75,3;86,1]	88,7 [83,7;92,3]	7,4	96,9 [93,1;98,6]	98,5 [95,1;99,6]	1,6
Région									
Nord	43,5 [31,2;56,7]	40,8 [28,7;54,1]	-2,7	92,6 [81,4;97,3]	92,7 [82,3;97,2]	0,1	100,0	100,0	0,0
Dakar	76,3 [63,1;85,9]	59,2 [46,2;71,1]	-17,1	96,0 [85,0;99,0]	100,0	4,0	98,0 [86,6;99,7]	98,1 [87,2;99,7]	0,1
Thiès	58,6 [41,9;73,5]	67,3 [50,6;80,6]	8,7	94,3 [79,5;98,6]	100,0	5,7	97,1 [81,8;99,6]	100,0	2,9
Centre	40,2 [29,5;52,0]	42,0 [31,7;53,0]	1,8	94,5 [85,6;98,0]	97,7 [90,6;99,5]	3,2	99,2 [94,5;99,9]	100,0	0,8
Est	69,1 [50,0;83,3]	76,9 [58,2;88,9]	7,8	61,7 [43,9;76,8]	81,6 [63,3;91,9]	19,9	93,1 [77,2;98,2]	90,9 [72,9;97,3]	-2,2
Sud	73,8 [60,2;84,0]	73,3 [60,1;83,3]	-0,5	78,0 [66,3;86,5]	76,8 [63,5;86,3]	-1,2	95,7 [85,9;98,8]	97,5 [83,9;99,7]	1,8
Ensemble	58,4 [52,9;63,6]	56,7 [51,3;61,9]	-1,7	88,8 [85,0;91,7]	92,6 [89,4;94,9]	3,8	97,7 [95,4;98,9]	98,4 [96,0;99,4]	0,7

Remarques : Voir annexe A pour la description des variables de l'infrastructure de base. Estimations indiquées en % [95% I.C.] pour chaque phase.

Les différences égalent : phase 2 – phase 1 et sont testées à un niveau de 1 % ; aucune différence n'était significative.

Le tableau 5 décrit la présence d'équipements de communication, de salle privée, de transport d'urgence, et d'ordinateur et d'Internet dans les établissements de santé à chaque phase. Dans l'ensemble, presque tous les établissements avaient une salle privée et cela était vrai pour tous les types d'établissement et dans les deux phases. Cependant, la présence d'équipements de communication, de transport d'urgence, et surtout d'ordinateur et l'internet manquait, en particulier dans les postes de santé. Seulement 58 % des établissements dans la phase 1 et 50 % dans la phase 2 disposaient de matériel de communication, avec des baisses fortes et significatives entre les deux phases dans les zones rurales (-14 points de pourcentage) et dans la région Est (-61 points de pourcentage). Il y avait aussi de grandes différences selon les caractéristiques de l'établissement. Par exemple, les régions Sud et Nord ont des proportions d'établissements avec des équipements de communication plus faibles par rapport à la région de Dakar. Environ les deux tiers des établissements dans les deux phases étaient équipés d'un transport d'urgence. Une diminution forte et significative entre les deux phases dans le pourcentage d'établissements avec transport d'urgence a été observée dans la région Sud (-25 points de pourcentage). Il y avait une augmentation de 22 points de pourcentage dans la région de Dakar, même si cette augmentation n'est pas significative. Le pourcentage d'établissements avec un accès à l'ordinateur et Internet était relativement faible dans les deux phases (seulement 26 % dans la phase 1 et 33 % dans la phase 2). Il y avait de très grandes variations selon toutes les caractéristiques de l'établissement. Les hôpitaux avaient la plus forte proportion d'établissements avec ordinateur et internet, atteignant 87 à 94 % dans les deux phases contre 19 à 27 % pour les postes de santé. Certaines augmentations significatives ont été trouvées entre les deux phases ; le pourcentage d'établissements urbains avec ordinateur et internet a augmenté de 19 points de pourcentage et, dans la région de Dakar, de 26 points de pourcentage, augmentation significative.

Tableau 5 : Pourcentage d'établissements de santé ayant l'équipement de communication, une salle privée, le transport d'urgence, l'ordinateur et internet par caractéristique de l'établissement

	Équipement de communication			Salle privée			Transport d'urgence			Ordinateur et Internet		
	Phase 1 % [I.C.]	Phase 2 % [I.C.]	diff	Phase 1 % [I.C.]	Phase 2 % [I.C.]	diff	Phase 1 % [I.C.]	Phase 2 % [I.C.]	diff	Phase 1 % [I.C.]	Phase 2 % [I.C.]	diff
Type d'établissement de santé												
Hôpital	93,4 [77,0;98,4]	98,4 [89,7;99,8]	5,0	100,0	100,0	0,0	87,6 [69,6;95,6]	92,1 [75,9;97,7]	4,5	86,7 [67,9;95,2]	93,5 [77,4;98,4]	6,8
Centre de santé	86,0 [75,8;92,4]	79,9 [67,3;88,4]	-6,1	98,4 [89,3;99,8]	98,4 [89,3;99,8]	0,0	86,9 [75,8;93,3]	88,4 [74,7;95,2]	1,5	68,5 [55,3;79,2]	72,3 [57,9;83,2]	3,8
Poste de santé	53,4 [48,0;58,7]	45,4 [40,1;50,9]	-8,0	99,5 [96,5;99,9]	98,3 [95,5;99,3]	-1,2	62,0 [56,5;67,2]	62,5 [56,3;68,3]	0,5	18,9 [14,3;24,4]	27,1 [22,2;32,6]	8,2
Autorité de gestion												
Privée	81,5 [68,8;89,8]	74,6 [62,0;84,1]	-6,9	96,6 [85,2;99,3]	100,0	3,4	60,5 [46,0;73,3]	60,5 [47,2;72,4]	0,0	60,8 [46,0;73,8]	66,2 [53,6;76,9]	5,4
Publique	53,2 [47,7;58,5]	44,7 [39,3;50,4]	-8,5	100,0	98,0 [95,1;99,2]	-2,0	66,2 [60,8;71,2]	67,0 [60,8;72,7]	0,8	19,1 [15,2;23,6]	25,8 [21,2;31,1]	6,7
Localité												
Urban	72,4 [64,4;79,2]	79,9 [71,6;86,2]	7,5	99,7 [97,9;100,0]	98,8 [94,8;99,7]	-0,9	52,7 [45,2;60,1]	61,3 [52,2;69,6]	8,6	39,1 [31,6;47,2]	58,1 [49,1;66,5]	19,0**
Rural	46,6 [40,0;53,2]	32,6 [26,5;39,3]	-14,0**	99,2 [94,6;99,9]	98,1 [94,3;99,4]	-1,1	75,1 [68,3;80,8]	68,5 [61,4;74,9]	-6,6	15,9 [11,3;21,8]	18,6 [13,7;24,8]	2,7
Région												
Nord	42,9 [30,3;56,4]	23,0 [14,0;35,4]	-19,9	100,0	100,0	0,0	74,5 [61,1;84,4]	72,4 [59,5;82,4]	-2,1	20,0 [11,8;31,7]	34,3 [23,4;47,2]	14,3
Dakar	80,3 [67,4;89,0]	87,2 [75,0;93,9]	6,9	99,3 [95,3;99,9]	99,3 [95,3;99,9]	0,0	33,1 [23,8;43,9]	55,2 [42,5;67,3]	22,1	42,3 [31,0;54,6]	68,1 [54,7;79,1]	25,8**
Thiès	81,9 [65,7;91,5]	75,9 [59,3;87,2]	-6,0	96,7 [79,3;99,5]	100,0	3,3	54,5 [38,2;69,9]	60,4 [44,0;74,6]	5,9	32,0 [19,8;47,4]	39,6 [25,8;55,2]	7,6
Centre	48,7 [38,8;58,6]	45,2 [34,1;56,8]	-3,5	100,0	100,0	0,0	78,3 [67,1;86,5]	74,2 [62,5;83,3]	-4,1	16,2 [10,1;24,9]	22,1 [14,5;32,2]	5,9
Est	91,8 [72,2;98,0]	30,9 [18,1;47,5]	-60,9***	100,0	92,3 [73,4;98,1]	-7,7	58,1 [40,2;74,1]	66,5 [47,2;81,5]	8,4	25,2 [13,5;42,0]	13,1 [5,9;26,7]	-12,1
Sud	23,2 [14,4;35,1]	36,7 [25,8;49,3]	13,5	100,0	95,0 [82,1;98,7]	-5,0	87,4 [76,9;93,6]	62,4 [48,3;74,6]	-25,0**	23,6 [14,2;36,6]	14,5 [7,4;26,2]	-9,1
Ensemble	58,0 [53,1;62,7]	50,4 [45,5;55,2]	-7,6	99,4 [97,3;99,9]	98,4 [96,0;99,3]	-1,0	65,2 [60,3;69,8]	65,8 [60,3;70,9]	0,6	26,1 [21,9;30,9]	33,4 [28,9;38,3]	7,3

Remarques : Voir Annexe A pour la description des variables de l'infrastructure de base. Les estimations sont indiquées en % [96% I.C.] pour chaque phase. Les différences égalent : phase 2 – phase 1 et sont testées à un niveau de 1 %, **p <0,01, ***p <0,001

3.2.2. Indices composites de la structure générale

Un indice composite a été créé en utilisant l'ACP pour décrire le niveau de disponibilité et d'opérationnalité des formations sanitaires en termes d'équipement, de tests de diagnostic et de médicaments (voir Annexe B). Chaque indice a ensuite été divisé en terciles pour représenter des niveaux faible, moyen et élevé de disponibilité et d'opérationnalité de l'équipement, des tests de diagnostic et des médicaments à chaque phase. Le tableau 6 pour la phase 1 et le tableau 7 pour la phase 2 décrivent les associations entre les niveaux de ces indices et les caractéristiques de la formation sanitaire. Dans la phase 1, seule la région était significativement associée à l'indice d'équipement, avec les régions de Thiès et Centre ayant le pourcentage le plus élevé d'établissements avec un score d'indice d'équipement élevé. Les régions Nord et de Dakar avaient le plus haut pourcentage d'établissements avec un score faible (respectivement 62 % et 48 %). Dans la phase 2, l'autorité de gestion, la localité et la région étaient significativement associées à l'indice d'équipement. Pour ces variables, les établissements qui étaient publics, en milieu rural, et situés dans les régions de Thiès ou Sud avaient les pourcentages les plus élevés d'indice d'équipement élevé. Comme dans la phase 1, les régions Nord et de Dakar avaient le plus grand pourcentage de formations sanitaires avec un score faible (respectivement 45 % et 49 %). Dans les deux phases, le type d'établissement n'était pas significativement associé à l'indice d'équipement.

Tableau 6 : Niveaux de disponibilité de l'équipement, des tests de diagnostic et des médicaments par caractéristiques de l'établissement (N=364), phase 1

	Équipement				Élevé (%)				Médicaments			
	Faible (%)	Moyen (%)	Élevé (%)	p-valeur	Faible (%)	Moyen (%)	Élevé (%)	p-valeur	Faible (%)	Moyen (%)	Élevé (%)	p-valeur
Type de formation sanitaire				0,070				<0,001				<0,001
Hôpital	33,3	19,8	47,0		23,3	7,8	68,9		49,2	12,2	38,7	
Centre de santé	47,1	23,9	29,0		11,8	9,4	78,8		28,7	26,8	44,6	
Poste de santé	32,8	34,7	32,5		49,9	24,3	25,7		33,0	42,3	24,7	
Autorité de gestion				0,502				0,731				<0,001
Privée	33,9	27,0	39,1		47,2	18,1	34,7		56,6	14,1	29,3	
Publique	34,0	34,3	31,6		45,2	23,2	31,6		28,6	44,8	26,6	
Localité				0,064				0,001				<0,001
Urbain	41,0	29,0	30,0		52,2	13,0	34,8		47,2	35,2	17,6	
Rural	28,5	36,3	35,2		40,3	29,7	30,0		22,5	43,1	34,5	
Région				<0,001				<0,001				<0,001
Nord	62,0	30,0	7,9		28,2	28,6	43,2		20,4	49,7	29,9	
Dakar	48,4	28,3	23,3		66,5	5,6	27,9		71,5	21,5	7,0	
Thiès	25,7	28,1	46,2		80,2	4,8	15,0		23,2	35,2	41,6	
Centre	17,3	25,1	57,7		27,1	48,1	24,8		28,5	48,7	22,8	
Est	23,4	61,0	15,6		48,1	23,3	28,6		32,8	35,6	31,6	
Sud	20,9	42,5	36,5		37,0	12,0	51,0		17,9	42,5	39,5	

Pour l'indice de test de diagnostic, toutes les variables à l'exception de l'autorité de gestion lors de la phase 1 étaient significativement associées à l'indice de disponibilité de tests de diagnostic. Dans les deux phases, ce sont les hôpitaux, les centres de santé et les localités urbaines qui avaient le pourcentage le plus élevé d'établissements avec un score élevé d'indice de test de diagnostic. L'autorité de gestion n'était pas significative dans la phase 1 ; Cependant, dans la phase 2 cette variable était significativement associée à l'indice de test de diagnostic, les établissements privés ayant le score le plus élevé. Pour la variable région, dans la phase 1, les scores les plus élevés concernaient les régions Nord et Sud, tandis que dans la phase 2, c'est la région de Dakar qui avait le score le plus élevé. Dans la phase 1, 80 % des établissements dans la région de Thiès avaient un faible score pour les tests de diagnostic ; ceci s'est sensiblement amélioré, les établissements avec un faible score au dans la phase 2 ayant diminué de 26 %.

Alors que toutes les variables dans les deux phases étaient associées de façon significative à l'indice des médicaments, ces résultats peuvent ne pas être fiables car la première composante de l'ACP pour les médicaments était inférieure à 30 %. Par conséquent, aucune autre interprétation des résultats ne sera discutée pour cet indice.

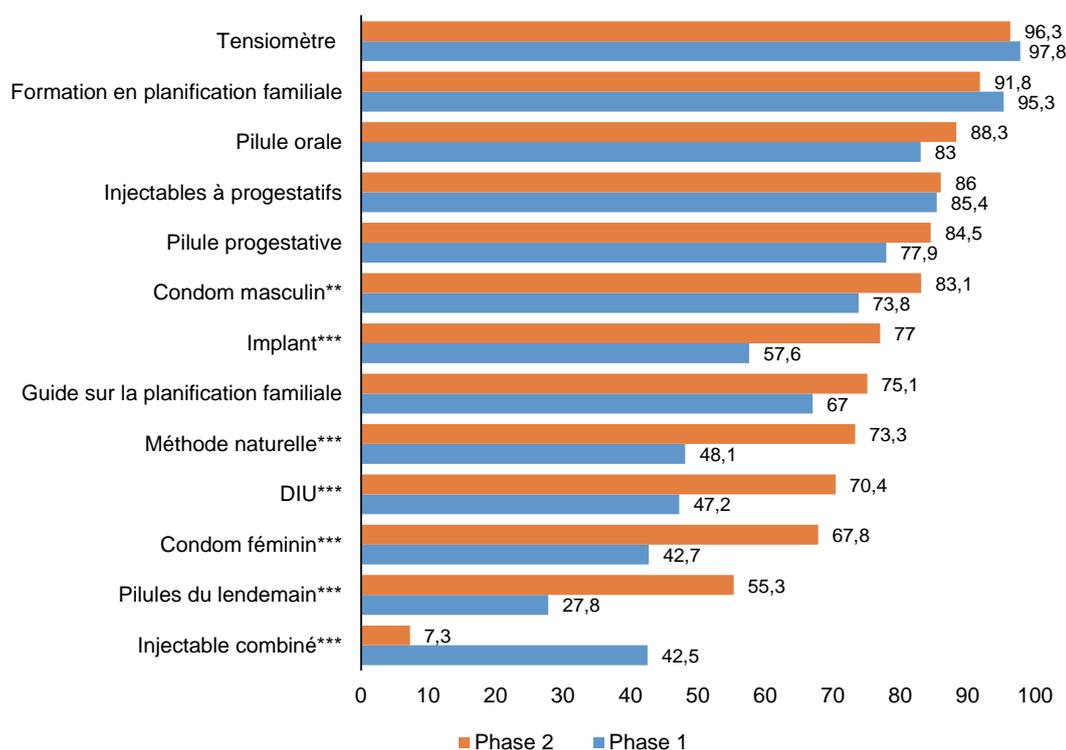
Tableau 7 : Niveaux de disponibilité de l'équipement, des tests de diagnostic et des médicaments par caractéristiques de l'établissement (N=363), phase 2

	Équipement			Test de Diagnostic				Médicaments				
	Faible (%)	Moyen (%)	Élevé (%)	p-valeur	Faible (%)	Moyen (%)	Élevé (%)	p-valeur	Faible (%)	Moyen (%)	Élevé (%)	p-valeur
Type de formation sanitaire				0,129				<0,001				0,025
Hôpital	39,1	41,2	19,7		29,8	4,7	65,5		55,0	6,1	38,9	
Centre de santé	47,9	32,7	19,5		19,5	26,5	53,9		38,1	20,6	41,3	
Poste de santé	32,4	38,4	29,1		37,3	57,0	5,7		36,9	31,1	32,0	
Autorité de gestion				0,039				<0,001				0,001
Privée	44,9	39,2	15,9		52,3	25,3	22,4		51,4	9,8	38,8	
Publique	31,4	37,8	30,8		31,6	58,7	9,6		34,6	33,7	31,7	
Localité				<0,001				<0,001				<0,001
Urbain	45,2	38,1	16,7		38,2	38,3	23,5		57,9	17,6	24,5	
Rural	27,2	38,1	34,7		33,9	61,0	5,1		25,6	36,2	38,3	
Région				0,002				0,012				<0,001
Nord	45,4	39,3	15,3		33,8	57,8	8,5		36,1	35,5	28,4	
Dakar	48,9	37,5	13,6		40,3	34,6	25,1		65,8	16,1	18,2	
Thiès	24,8	35,9	39,3		26,3	59,4	14,3		33,7	28,4	38,0	
Centre	33,5	33,8	32,8		34,6	59,3	6,1		20,8	29,5	49,7	
Est	20,1	49,6	30,2		38,3	51,1	10,5		18,8	44,5	36,8	
Sud	19,0	38,9	42,1		39,2	52,4	8,4		45,3	28,8	25,9	

3.3. Qualité des soins dans la structure de planification familiale

La figure 1 décrit la disponibilité/opérationnalité des formations sanitaires pour la prestation des services de planification familiale. C'est pour les méthodes de planification familiale comme les pilules orales combinées, les pilules progestatives, les injectables à progestatifs seuls et les préservatifs masculins (plus de 80 % dans la phase 2) que la disponibilité était la plus élevée. D'autres méthodes de planification familiale ne sont pas aussi disponibles. La disponibilité des préservatifs masculins, des préservatifs féminins, des DIU, des implants, des pilules du lendemain et des méthodes naturelles (collier du cycle) a augmenté de manière significative dans la phase 2, de près de 20 points de pourcentage pour les implants, et plus pour les autres méthodes à l'exception des préservatifs masculins dont la disponibilité a augmenté de 9 points de pourcentage. La disponibilité de la méthode injectable combinée a diminué de manière significative, passant de 43 % dans les établissements de santé dans la phase 1 à 7 % dans la phase 2. Dans les deux phases, un pourcentage élevé d'établissements avaient, au moins, un prestataire de santé qualifié – 95 % dans la phase 1 et 92 % dans la phase 2. Dans la phase 1, la question portait sur la formation au cours des deux dernières années, alors que dans la phase 2, la question était posée à propos de la formation au cours des trois dernières années. Le pourcentage d'établissements disposant d'un tensiomètre était également élevé (au-dessus de 96 % dans les deux phases). Seulement 67 % des établissements dans la phase 1 et 75 % dans la phase 2 avaient un manuel concernant les lignes directrices sur la planification familiale. Bien que le pourcentage ait augmenté entre les deux phases, l'augmentation n'est pas significative.

Figure 1 : Établissements de santé disposant de produits de planification familiale et comptant au moins un membre du personnel formé en planification familiale



Remarque : Les différences égales : phase 2 – phase 1 et sont testées au niveau de 1 %, **p <0.01, ***p<0.001

Ce sont les injectables à progestatifs seuls qui étaient la méthode la plus utilisée par les femmes visitant les établissements de santé dans la phase 1 (60 %) et les pilules venaient en deuxième position (25 %) (Tableau 11) ; cette information n'était pas disponible dans la phase 2 puisqu'il n'y avait pas d'observation ou d'interview de sortie pour la planification familiale lors de cette phase. Les injectables étaient également la méthode moderne la plus utilisée dans l'enquête DHS réalisée la même année que la phase 1 de l'ECPSS (6 % chez les femmes en union), bien que la DHS ne fasse pas de distinction entre les injectables à progestatifs seuls et les injectables combinés (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie [Sénégal] et ICF International (a) 2013). Les résultats de l'DHS ont montré que les pilules étaient la deuxième méthode la plus utilisée (5 %), mais l'enquête n'a pas fait de différence entre les pilules combinées et les pilules progestatives seulement (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie [Sénégal] et ICF International (a) 2013).

Une analyse plus poussée a été menée pour étudier les établissements fournissant des injectables à progestatifs seuls et des pilules orales combinées parmi les établissements qui offraient des services de planification familiale, comme le montrent les tableaux 8 et 9, afin d'évaluer la structure de planification familiale dans les établissements de santé, en termes de disponibilité des deux méthodes contraceptives les plus utilisées au Sénégal. Le tableau 8 montre que toutes les caractéristiques de l'établissement étaient significativement associées à la disponibilité des injectables à progestatifs seuls, et cela lors des deux phases, avec les pourcentages les plus élevés dans les centres de santé et les postes de santé, dans les établissements publics, en zone rurale et dans les régions Nord et Sud. Cependant, dans la régression logistique ajustée, indiquée dans le tableau 9, il s'est avéré que seuls les établissements publics avaient une chance significativement plus élevée d'avoir des injectables à progestatifs seuls disponibles par rapport aux établissements privés (soit 12,7 dans la phase 1 et 17,6 dans la phase 2, $p < 0,001$ dans les deux tours), et cela dans les deux phases. Dans la phase 1, les centres de santé avaient une probabilité significativement plus élevée que les hôpitaux d'avoir des injectables disponibles. Le type d'établissement n'était pas un prédicteur significatif de la disponibilité des produits injectables dans la phase 2. Dans la phase 2, les variables type d'établissement et localité étaient fortement corrélées, ce qui peut affecter les estimations. Cela n'était pas le cas dans la phase 1.

Tableau 8 : Association de la disponibilité des injectables à progestatifs seuls et des pilules orales combinées avec les caractéristiques de l'établissement parmi les établissements fournissant des services de planification familiale

	Injectables Phase 1		Injectables Phase 2		Pilules orales combinées Phase 1		Pilules orales combinées Phase 2	
	%	p-valeur	%	p-valeur	%	p-valeur	%	p-valeur
Type d'établissement de santé		<0,001		0,012		<0,001		<0,001
Hôpital	41,2		63,6		34,4		59,1	
Centre de santé	92,2		84,0		81,6		87,7	
Poste de santé	86,8		87,0		85,2		89,4	
Autorité de gestion		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001
Privée	28,7		41,2		20,1		38,9	
Publique	90,4		92,2		88,5		95,2	
Localité		0,005		0,003		0,063		0,004
Urbain	77,6		76,9		77,5		79,9	
Rural	90,3		90,6		86,4		92,5	
Région		<0,001		0,033		0,007		0,105
Nord	95,6		89,7		91,6		93,8	
Dakar	65,7		70,6		70,3		76,2	
Thiès	81,5		86,3		79,8		89,8	
Centre	83,4		88,5		84,4		91,8	
Est	92,1		86,2		67,6		91,0	
Sud	96,6		94,7		94,2		86,2	

Tableau 9 : Résultats des régressions logistiques ajustées des injectables à progestatifs seuls et des pilules orales combinées parmi les établissements de santé qui offrent des services de planification familiale aux deux phases

	Injectables Phase 1		Injectables Phase 2		Pilules orales combinées Phase 1		Pilules orales combinées Phase 2	
	OR	I.C.	OR	I.C.	OR	I.C.	OR	I.C.
Type d'établissement de santé (ref.=hôpital)								
Centre de santé	6,8*	1,2 - 39,7	0,9	0,3 - 3,3	3,4	0,9 - 13,4	1,4	0,3 - 5,7
Poste de santé	3,6	1,0 - 13,8	1,7	0,5 - 5,5	6,2**	1,8 - 20,6	3,9*	1,2 - 12,9
Autorité de gestion (ref.=privée)								
Publique	12,7***	3,9 - 40,8	17,6***	6,2 - 50,2	29,9***	8,7 - 102,2	46,7***	14,8 - 147,6
Localité (ref.=urbaine)								
Rurale	0,7	0,3 - 2,2	0,7	0,2 - 2,1	0,7	0,3 - 1,7	0,4	0,1 - 1,6
Région (ref.=Nord)								
Dakar	0,1*	0,0 - 0,8	0,6	0,2 - 2,8	0,5	0,1 - 2,3	0,6	0,1 - 4,0
Thiès	0,3	0,1 - 1,6	0,9	0,2 - 4,5	0,6	0,2 - 2,2	0,8	0,1 - 6,2
Centre	0,3	0,1 - 1,4	1,0	0,3 - 3,7	0,8	0,2 - 2,6	1,0	0,2 - 5,2
Est	0,6	0,1 - 4,9	0,7	0,1 - 4,6	0,2*	0,1 - 0,7	0,7	0,1 - 9,1
Sud	1,6	0,2 - 13,1	2,7	0,5 - 14,5	2,0	0,4 - 10,5	0,4	0,1 - 2,9
Pseudo R²	0,25		0,22		0,25		0,32	

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

Comme le montre le tableau 8, l'autorité de gestion et le type d'établissement de santé étaient significativement associés à la disponibilité de la pilule orale combinée dans les deux phases. La région était seulement significativement associée à cette variable dépendante dans la phase 1 et la localité était significative dans la phase 2. Après ajustement par les autres variables, seules l'autorité de gestion et la catégorie poste de santé de la variable type d'établissement sont restées significatives dans les deux phases (tableau 9). Les établissements publics avaient près de 30 fois plus de chances d'avoir la pilule orale combinée disponible par rapport aux établissements privés dans la phase 1, et les chances étaient

47 fois supérieures dans la phase 2 ($p < 0,001$ dans les deux phases). Dans la phase 1, la région de Dakar avait des chances plus faibles d'avoir des injectables à progestatifs seuls par rapport à la région Nord, et la région Est avait également des chances légèrement plus faibles d'avoir la pilule orale combinée disponible par rapport à la région Nord.

Pour les deux variables dépendantes dans le modèle ajusté, les intervalles de confiance des rapports de cotes pour les établissements publics sont très grands en raison du faible pourcentage d'établissements privés dans l'échantillon, et en particulier d'établissements privés qui offrent des services de planification familiale. En fait, seulement 25 établissements privés dans la phase 1 et 39 établissements dans la phase 2 offraient des services de planification familiale (le nombre était le même, pondéré ou pas).

3.4. Les cases de santé

Les cases de santé constituent le plus bas niveau des établissements de santé au Sénégal. Elles sont aussi le type d'établissement le plus fréquent et le plus accessible. Les cases de santé se réfèrent à leurs postes de santé respectifs. Le tableau 10 montre les infrastructures, l'équipement et les produits disponibles dans les cases de santé enquêtées ainsi que les différences dans ces éléments entre les phases 1 et 2. Comme pour les autres types d'établissement examinés dans le tableau 4, on observe un pourcentage élevé de cases de santé qui avaient une salle privée (plus de 90 % dans les deux phases). La disponibilité d'installations sanitaires adéquates était également relativement élevée (environ 70 % dans les deux phases), tandis que l'accès à l'électricité, à une source d'eau améliorée, aux équipements de communication et de transport d'urgence faisait défaut. Près de la moitié des cases de santé enquêtées dans les deux phases n'avaient pas accès à l'eau potable, et plus de la moitié (près de 60 %) n'avaient aucun transport d'urgence. Un très faible pourcentage de cases de santé avait de l'électricité ou de l'équipement de communication dans les deux phases. Ce pourcentage avait augmenté dans la phase 2, mais pas de manière significative.

Concernant l'équipement de base, les données montrent que plus de la moitié des cases de santé dans la phase 1 disposaient de désinfectant, d'eau courante avec du savon ou de l'alcool, de gants et d'un récipient pour objets tranchants. Dans la phase 2, la présence de ces éléments avait été observée dans environ 70 % ou plus des cases de santé. Dans les deux phases, cependant, seulement environ 40 % des cases de santé avaient un réceptacle à déchets. Il n'y avait pas d'augmentations significatives dans les éléments d'équipement entre les deux phases là où des comparaisons étaient possibles. Aucune donnée n'était disponible pour les équipements restants, énumérés dans le tableau 10 pour la phase 1 ; mais dans la phase 2, seulement 40 % des cases de santé étaient équipées de toise pour adultes et 45 % avaient un stéthoscope.

En ce qui concerne les produits de base de la planification familiale, la présence de pilules orales combinées et de pilules progestatives était relativement faible dans la phase 1, mais a augmenté de manière significative dans la phase 2, où 44 % des cases de santé disposaient de la pilule combinée disponible et 39 % de la pilule progestative. La disponibilité des préservatifs masculins a atteint 46 % dans les cases de santé dans la phase 2, mais l'augmentation n'était pas significative. Les estimations n'ont pas été signalées pour les produits injectables du fait qu'ils étaient en très petit nombre. Les préservatifs féminins étaient eux aussi en très petit nombre dans la phase 1, tandis que 24 % des cases de santé avaient des préservatifs féminins dans la phase 2. Dans la phase 1, environ 81 % des cases de santé avaient au moins un membre du personnel formé dans le domaine de la planification familiale, pourcentage qui passait à 67 % dans la phase 2, bien que cette diminution ne soit pas significative. Seule une minorité de cases de santé avaient un protocole de planification familiale disponible (31 % dans la phase 1 et 42 % dans la phase 2). L'augmentation entre les deux phases n'était pas significative.

Tableau 10 : Pourcentage de cases de santé qui ont les éléments suivants : infrastructure, équipements et produits contraceptifs

	Phase 1 N=74	Phase 2 N= 89	
	% [I.C.]	% [I.C.]	diff
Infrastructure de base			
Électricité	14,1 [7,8;24,2]	26,1 [16,8;38,2]	12,0
Eau améliorée	47,6 [33,2;62,5]	50,8 [38,6;63,0]	3,2
Installations sanitaires adéquates	70,5 [54,1;82,9]	69,5 [56,6;79,9]	-1,0
Équipement de communication	17,8 [9,5;31,0]	25,9 [16,2;38,8]	8,1
Salle privée	92,8 [79,1;97,8]	95,6 [88,3;98,4]	2,8
Transport d'urgence	43,3 [30,8;56,7]	44,0 [32,3;56,5]	0,7
Équipement de base			
Echelle pour adulte	no obs	39,9 [28,9;52,0]	-
Echelle pour enfant	no obs	65,8 [53,0;76,7]	-
Thermomètre	no obs	78,5 [66,1;87,2]	-
Stéthoscope	no obs	44,7 [33,6;56,3]	-
Désinfectant	67,8 [52,6;80,0]	85,3 [75,0;91,8]	17,5
Eau courante avec savon ou alcool	56,2 [42,2;69,2]	70,1 [57,1;80,5]	13,9
Gants	64,0 [48,7;76,9]	76,6 [63,7;86,0]	12,6
Boîte à objets tranchants (boîte de sécurité)	64,7 [49,5;77,4]	67,6 [54,5;78,4]	2,9
Réceptacle de déchet (poubelle à pédale) avec couvercle et sac poubelle en plastique	39,3 [26,5;53,9]	39,6 [27,8;52,8]	0,3
Produits et autres éléments de base pour la planification familiale			
Pilule orale combinée	(21,1) [13,2;32,0]	43,7 [32,0;56,3]	22,6**
Pilule progestative	(13,3) [6,0;27,0]	39,3 [28,2;51,6]	26,0**
Injectable combiné	^	^	
Progestatif injectable	^	^	
Condom masculin	(23,5) [15,1;34,7]	46,0 [34,3;58,1]	22,4
Condom féminin	^	23,5 [15,1;34,7]	
Au moins une personne formée en planification familiale	80,9 [69,5;88,8]	66,8 [54,3;77,3]	-14,1
Protocole sur la planification familiale	31,4 [21,5;43,4]	42,1 [30,6;54,6]	10,7

Remarque : Voir Annexe A pour la description des variables d'infrastructure de base.

() les effectifs indiqués sont inférieurs à 20, ^ indique des effectifs sont inférieurs à 10.

Les différences égalent : passage 2 – phase 1 et sont testées à un niveau de 1 %, **p <0.01

3.5. Qualité des soins dans le processus de planification familiale

3.5.1. Description de la population d'étude

L'analyse des dimensions processus et résultats de la qualité des soins a utilisé principalement des données de l'observation et des interviews de sortie (en plus des données de l'interview du prestataire pour obtenir des informations sur les caractéristiques des prestataires). Comme décrit dans la section des méthodes, les clientes des prestataires dont les consultations ont été observées ont été sélectionnées pour une interview de sortie, de sorte que l'analyse puisse lier chaque cliente à son prestataire. Le tableau 11 décrit les variables indépendantes utilisées dans l'analyse du processus et des résultats pour les utilisatrices de méthodes de planification familiale modernes (on avait prescrit ou fourni à 90 % des clientes interrogées une méthode moderne). La plupart de ces clientes étaient âgées entre 25-39 ans (58 %), n'avaient pas d'instruction (49 %), 69 % étaient d'anciennes clientes et 60 % utilisaient principalement les injectables à progestatifs seuls pour la planification familiale. Près de la moitié avaient payé entre 500 et 999 CFA pour leur visite de planification familiale (47 %), et environ 30 % ont attendu moins d'une demi-heure pour voir un prestataire, tandis que 13 % n'ont pas attendu du tout. Presque toutes les clientes ont quitté l'établissement avec une méthode de planification familiale (94 %).

Un tiers des prestataires de planification familiale (32 %) étaient des infirmier(e)s ou aides-infirmier(e)s, tandis que les deux tiers (68 %) étaient des sages-femmes ou autres. (Seulement 41 des 592 prestataires dans ce groupe ont été classés comme autres). De même, 82 % des prestataires étaient de sexe féminin car il est rare que les hommes soient sages-femmes. En fait, comme la catégorie de prestataire et le sexe du prestataire étaient très fortement corrélés, les deux facteurs ne sont pas inclus ensemble dans les analyses de régression. La plupart des prestataires ont effectué 13-16 années d'instruction (58 %). Un peu plus de la moitié (55 %) n'avait reçu aucune formation sur la planification familiale dans les deux dernières années. La moitié (50 %) ont reçu tous les six éléments de la supervision, et 58 % avaient une description de poste. La majorité des prestataires recevaient un salaire mensuel ou quotidien (64 %) tandis que 10 % ne recevaient aucun salaire.

En ce qui concerne les caractéristiques de l'établissement, on a combiné dans l'analyse les hôpitaux et les centres de santé en raison du petit nombre d'observations et d'interviews de sortie menées dans les hôpitaux. La majorité de ces interviews ont été menées dans les postes de santé (81 %), et dans les zones urbaines (52 %) ; 28 % ont été effectuées à Dakar.

Tableau 11 : Description des caractéristiques de la cliente, du prestataire et de l'établissement de santé après avoir sélectionné les clientes utilisant une méthode contraceptive moderne

Variable	Catégorie	%	N pondéré
Caractéristiques de la cliente			
Âge de la cliente	14-24	26,6	232
	25-39	57,6	502
	40-58 et ne sait pas	15,8	138
Niveau d'instruction de la cliente	Aucune instruction	49,3	430
	Primaire et post-primaire	30,3	264
	Secondaire et plus	20,4	178
Frais payés pour le service ¹	0-9	7,7	67
	10-499	14,4	125
	500-999	46,6	407
Temps d'attente	1,000 ou plus	31,3	273
	Pas d'attente	12,8	111
	Moins d'une demi-heure	29,4	257
	1 demi-heure à 1 heure	19,8	173
	1 heure à 2 heures	18,4	161
Statut de la cliente	2 heures ou plus	19,6	171
	Nouvelle cliente	30,7	268
	Ancienne cliente	69,3	605
Méthode contraceptive utilisée	Pilules	24,8	216
	Progestatif injectable	60,3	526
	DIU ou implants ²	14,9	130
La cliente a quitté avec une méthode	Oui	94,0	820
	Non	6,0	52
Caractéristiques du prestataire			
Catégorie de prestataire	Infirmier(e) ou aide-infirmier(e) ³	32,2	281
	Sage-femme et autre	67,8	592
Sexe du prestataire	Masculin	18,2	159
	Féminin	81,8	713
Nombre d'années d'études du prestataire	6-12	6,5	56
	13-16	58,2	507
Formation du prestataire en planification familiale dans les 24 derniers mois	17+	35,4	309
	Oui	45,1	393
	Non	54,9	479
Nombre d'éléments supervisés chez le prestataire	Aucun	20,7	181
	1-5	28,8	251
	6	50,4	440
Le prestataire a une description de poste	Oui	57,8	504
	Non	42,2	368
Type de salaire du prestataire	Salaire mensuel ou journalier	63,7	556
	Pas de salaire régulier mais d'autres compensations	26,0	227
	Aucun	10,2	89
Caractéristiques de la formation sanitaire			
Type de formation sanitaire	Hôpital/centre de santé	19,0	166
	Poste de santé	81,0	706
Localité	Urbain	52,1	454
	Rural	47,9	418
	Nord	18,0	157
Région	Dakar	27,6	241
	Thiès	14,4	126
	Centre	19,4	169
	Est	4,4	38
	Sud	16,2	142
Indice composite d'équipement de la structure générale	Faible	40,5	353
	Moyen	27,0	235
	Elevé	32,6	284

Remarques : ¹ Taux de change du CFA, 1 USD ~ 580 CFA, ² Cela comprend 10 enquêtées qui ont utilisé d'autres méthodes qui étaient des condoms masculins, la MAMA et des conseils sur l'abstinence périodique. ³ Comprend 4 médecins et spécialistes non pondérés pour les utilisateurs.

3.5.2. *Le processus de planification familiale*

Le tableau 12 présente des résultats sur la qualité du counseling et de l'examen du pelvis selon certaines caractéristiques des clientes, des prestataires et des formations sanitaires. Dans l'ensemble, la qualité du counseling n'était pas de bon niveau. Seulement 18 % des clientes ont été conseillées sur les trois aspects importants de leur méthode, à savoir comment utiliser la méthode, les effets secondaires possibles et le moment auquel il faut revenir à l'établissement de santé. Parmi les 872 clientes observées et à qui on a fourni ou prescrit une méthode, moins des deux tiers (63 %) ont reçu des informations sur la façon d'utiliser la méthode, tels que le dosage et la fréquence d'utilisation, la durée de l'efficacité et l'utilisation correcte de méthodes de planification familiale naturelles telles que la méthode des jours fixes et la Méthode de l'Allaitement Maternelle et de l'Aménorrhée (MAMA). Parmi les femmes qui utilisent des pilules, des injectables, des DIU ou des implants, moins d'un tiers (29 %) ont été conseillées sur les effets secondaires de leur méthode ; 37 % ont été informées sur le moment auquel elles doivent revenir pour le suivi. Les conseils liés à la protection de la méthode contre les IST étaient encore moins fréquents. Seulement 9 % des consultations observées comprenaient une discussion sur le rôle protecteur de la méthode contre les IST, y compris le VIH. En ce qui concerne l'examen clinique, seulement 32 % des prestataires ont effectué au moins 8 des 16 procédures énumérées qui devaient être effectuées avant, pendant et après la procédure.

Tableau 12 : Conseil en planification familiale et examen clinique selon les caractéristiques de la cliente, du prestataire et de l'établissement de santé

Variable	Conseil en planification familiale												Examen clinique					
	Conseil sur l'utilisation de la méthode, les effets secondaires, et le moment de revenir ¹				Comment utiliser la méthode ²				Effets secondaires ¹				Quand revenir ¹		La méthode protégée contre les IST ²		A réalisé un examen du pelvis de haute qualité ³	
	Catégorie	%	p-valeur		%	p-valeur		%	p-valeur	%	p-valeur	%	p-valeur	%	p-valeur	%	p-valeur	%
Age de la cliente	14-24	22,5	0,170	69,1	0,115	33,4	0,176	47,8	0,005	13,1	0,074	28,7	0,413					
	25-39	15,9		59,8		25,7		33,6		8,1		31,6						
	40-58 ou ne sait pas	17,1		62,1		31,6		31,9		4,5		38,3						
Niveau d'instruction de la cliente	Aucune instruction	13,9	0,046	58,4	0,092	25,8	0,245	32,7	0,111	6,8	0,288	20,7	<0,001					
	Primaire et post-primaire	22,2		66,5		29,9		40,5		10,8		41,2						
	Secondaire et plus	21,0		67,0		33,6		42,4		11		42,9						
Statut de la cliente	Nouvelle cliente	38,1	<0,001	89,2	<0,001	53,9	<0,001	60,8	<0,001	18,1	<0,001	43,3	0,002					
	Ancienne cliente	8,9		50,8		18,0		27,0		4,8		25,0						
Méthode contraceptive moderne utilisée	Pilules	15,6	0,013	77,0	<0,001	22,2	0,001	26,8	<0,001	7,1	0,547	32,2	<0,001					
	Injection progestative	16,0		54,8		27,6		37,4		9,0		21,6						
	DIU ou implants ⁴	29,0		70,3		45,2		54,5		11,4		60,7						
Catégorie de prestataire	Infirmier(e) ou aide-infirmier(e)	16,4	0,586	58,1	0,186	26,9	0,592	38,4	0,707	13,1	0,063	31,0	0,889					
	Sage-femme et autre	18,5		64,7		29,5		36,5		6,8		32,4						
Sexe du prestataire	Masculin	18,1	0,955	56,3	0,158	27,4	0,789	42,7	0,257	16,1	0,039	29,8	0,813					
	Féminin	17,8		64,0		29,0		35,9		7,2		32,3						
Nombre d'années d'études du prestataire	6-12	18,4	0,972	52,9	0,513	37,7	0,401	31,8	0,770	2,3	0,267	15,6	0,657					
	13-16	18,2		64,0		29,8		36,7		10,3		31,9						
	17+	17,3		62,0		25,3		38,8		7,7		33,4						
Prestataire formé en planification familiale dans les 24 derniers mois	Non	17,1	0,644	61,9	0,789	28,0	0,740	35,3	0,394	9,1	0,862	37,2	0,119					
	Oui	18,8		63,2		29,5		39,3		8,6		26,6						

(À Suivre...)

Tableau 12 – Suite

Variable	Conseil en planification familiale												Examen clinique	
	Conseil sur comment utiliser la méthode, les effets secondaires, et quand revenir ¹						Conseil en planification familiale						Examen clinique	
	%	p-valeur	%	p-valeur	%	p-valeur	%	p-valeur	%	p-valeur	%	p-valeur	%	p-valeur
Nombre d'éléments supervisés chez le prestataire	Aucun	20,4	0,646	65,4	0,127	34,3	0,277	38,2	0,125	7,0	0,105	21,3	0,064	
	1-5	15,5		55,9		23,9		43,4		5,3		27,5		
	6	18,2		65,3		29,1		33,2		11,7		39,4		
Le prestataire a une description de poste	Non	17,3	0,814	60,7	0,478	28,0	0,803	38,4	0,618	7,8	0,550	32,6	0,9	
	Oui	18,2		64,0		29,2		36,2		9,6		31,7		
Type de salaire du prestataire	Salaire mensuel ou journalier	19,3	0,346	64,5	0,340	29,8	0,740	38,6	0,532	11,7	0,003	21,7	0,513	
	Pas de salaire régulier mais d'autres compensations	17,1		61,5		27,1		35,1		4,8		34,4		
	Aucun	10,7		53,8		25,7		32,8		1,4		28,2		
Type de formation sanitaire	Hôpital/centre de santé	13,9	0,138	64,4	0,583	22,7	0,077	31,5	0,120	5,9	0,169	45,3	0,019	
	Poste de santé	18,8		62,2		30,1		38,5		9,6		28,1		
Localité	Urbaine	19,7	0,295	70,1	<0,001	31,3	0,225	35,8	0,524	7,1	0,263	42,2	0,001	
	Rurale	15,8		54,4		25,8		38,6		10,7		17,9		
Région	Nord	11,7	0,545	49,1	<0,001	19,6	0,179	29,2	0,010	4	0,339	9,8	<0,001	
	Dakar	17,2		77,0		30,5		28,0		8,6		54,7		
	Thiès	24,3		64,0		40,1		39,0		8,9		23,8		
	Centre	17,5		44,6		26,8		49,4		8		21,6		
	Est	24,0		43,1		34,6		26,9		7,3		28,2		
Sud	18,8		78,6		25,7		48,0		16		29,3			
Indice composite d'équipement de la structure générale	Bas	13,3	0,127	64,7	0,373	23,1	0,093	28,5	0,005	7,8	0,842	30,5	0,74	
	Moyen	21,8		64,9		34,7		41,6		10		28,9		
	Elevé	20,2		58,1		30,7		44,2		8,4		35,4		
Ensemble		17,9		62,6		28,7		37,1		8,9		32,1		

Remarques : ¹S'applique uniquement aux utilisatrices de pilules, injectables, DIU, et implant.

²S'applique à toutes les utilisatrices ; seulement 10 enquêtées ont déclaré utiliser des méthodes autres que la pilule, l'injectable, le DIU ou l'implant.

³S'applique aux clientes qui ont eu un examen du pelvis.

⁴ Comprend 10 enquêtées qui ont utilisé d'autres méthodes, notamment le condom masculin, la MAMA et des conseils sur l'abstinence périodique.

Le tableau 12 indique également les variations de la qualité des conseils et de l'examen du pelvis associées à certaines caractéristiques des clientes, des prestataires et des formations sanitaires. Les nouvelles clientes étaient beaucoup plus susceptibles de recevoir des conseils sur tous les aspects de leur méthode par rapport aux anciennes clientes. Par exemple, 89 % des nouvelles clientes contre 51 % des anciennes clientes avaient reçu des conseils sur la façon d'utiliser leur méthode, et respectivement 54 % contre 18 % avaient été informées des effets secondaires. De même, un pourcentage plus élevé de nouvelles clientes que de clientes anciennes avaient eu un examen du pelvis de haute qualité, respectivement 43 % contre 25 %. La qualité des conseils était également associée à la méthode spécifique reçue par la cliente. Les utilisatrices de pilules ou d'injectables étaient moins susceptibles de recevoir des conseils sur les effets secondaires et les services de suivi que celles à qui on a fourni ou prescrit des implants ou un DIU. De même, les utilisatrices de produits injectables étaient aussi moins susceptibles d'être conseillées sur l'utilisation de la méthode que les utilisatrices de toutes les autres méthodes. Les utilisatrices d'implants ou de DIU étaient également plus susceptibles d'avoir un examen du pelvis de bonne qualité que les autres.

La qualité du conseil et de l'examen du pelvis était également associée à certaines caractéristiques de la formation sanitaire, y compris le type d'établissement, la localité urbaine ou rurale et la région. Les caractéristiques du prestataire étaient moins importantes. Seuls le type de salaire et le sexe du prestataire ont montré des associations significatives avec le conseil sur la protection de la méthode contre les IST.

Le tableau 13 présente les résultats des modèles logistiques ajustés pour les trois résultats du processus. Après avoir contrôlé les autres variables, le statut de nouvelle cliente était encore significativement associé à un examen du pelvis de meilleure qualité. Les chances de recevoir des conseils de haute qualité pour les nouvelles clientes étaient plus de cinq fois supérieures à celles des clientes de suivi ($p < 0,001$ pour les deux mesures de conseil). Pour l'examen du pelvis de bonne qualité, les nouvelles clientes avaient plus de deux fois plus de chances par rapport aux clientes dont c'était une visite de retour (IC à 95 % : 1,3 à 4,6). Le type de salaire du prestataire est également resté significatif ; les prestataires qui recevaient un salaire mensuel ou journalier avaient des chances neuf fois plus élevées ($p < 0,05$) de fournir des conseils sur la protection de la méthode contre les IST par rapport aux prestataires sans salaire. Dans les modèles ajustés, la supervision personnelle reçue par le prestataire était un déterminant important de la réalisation d'un examen du pelvis de bonne qualité, mais elle n'était pas importante dans l'analyse non ajustée, comme indiquée dans le tableau 12. Les prestataires qui ont reçu tous les six éléments de la supervision mentionnés dans les six derniers mois avaient 3,3 fois plus de chances ($p < 0,01$) de réaliser un examen du pelvis de haute qualité par rapport à ceux qui n'ont pas eu de supervision personnelle. Les clientes observées dans les postes de santé étaient moins susceptibles (OR 0,3 ; $p < 0,05$) de recevoir un examen du pelvis de haute qualité que celles observées dans un hôpital ou un centre de santé, et les établissements ruraux avaient quatre fois plus de chances ($p < 0,01$) de fournir des conseils sur la protection de la méthode contre les IST, comparées avec les établissements urbains. L'indice de la structure d'équipement de l'établissement n'était associé à aucun des résultats du processus.

Tableau 13 : Régression logistique ajustée des variables dépendantes du processus de planification familiale, passage 1

Variable	Catégorie	Conseillée sur l'utilisation de la méthode, sur les effets secondaires et sur le moment de revenir ¹		Conseillée sur la protection de la méthode contre les IST ²		Examen du pelvis de haute qualité ³	
		OR	I.C.	OR	I.C.	OR	I.C.
Age de la cliente (réf.=14-24)	25-39	0,7	0,4 - 1,3	0,7	0,4 - 1,4	0,9	0,5 - 1,5
	40-58 & ne sait pas	1,1	0,6 - 2,1	0,4*	0,1 - 0,9	1,7	0,7 - 3,9
Instruction de la cliente (réf.=secondaire ou plus)	Sans instruction	0,5	0,3 - 1,1	0,5	0,2 - 1,3	0,4*	0,2 - 0,8
	Primaire & post primaire	1,0	0,5 - 1,8	1,1	0,4 - 2,7	1,0	0,5 - 1,8
Statut de la cliente (réf.=cliente de retour)	Nouvelle cliente	6,1***	3,7 - 10,2	5,3***	2,8 - 10,2	2,4**	1,3 - 4,6
Méthode contraceptive utilisée (réf.=DIU ou implants)	Pilules	0,6	0,3 - 1,4	1,2	0,4 - 3,4	0,3**	0,1 - 0,7
	Progestatif injectable	0,7	0,4 - 1,4	1,8	0,8 - 4,3	0,2***	0,1 - 0,4
Catégorie du prestataire (réf.=sage-femme ou autre)	Infirmier(e) ou aide-infirmier(e)	0,8	0,4 - 1,4	1,4	0,6 - 3,3	1,0	0,4 - 2,8
Nombre d'années d'instruction du prestataire (réf.=17+)	6-12	1,6	0,4 - 7,1	0,3	0,1 - 2,0	0,3	0,0 - 2,1
	13-16	1,2	0,7 - 2,2	1,2	0,6 - 2,7	0,7	0,3 - 1,7
Formation du prestataire en planification familiale dans les 24 mois passés (réf.=non)	Oui	1,5	0,8 - 2,7	0,8	0,4 - 1,9	0,5	0,2 - 1,0
Nombre d'éléments supervisés chez le prestataire (réf.=aucun)	1-5	0,6	0,3 - 1,4	0,8	0,3 - 2,6	2,0	0,7 - 5,8
	6	0,7	0,4 - 1,6	1,4	0,6 - 3,6	3,3**	1,5 - 7,7
Le prestataire a une description de poste (réf.=non)	Oui	0,9	0,4 - 1,8	1,4	0,6 - 2,9	0,7	0,3 - 1,6
Type de salaire du prestataire (réf.=aucun)	Salaire mensuel ou journalier	1,9	0,5 - 6,4	9,0*	1,4 - 58,0	2,1	0,5 - 8,5
	Pas de salaire régulier mais autre compensation	1,7	0,5 - 5,5	3,9	0,6 - 24,5	2,6	0,6 - 11,5
Type d'établissement (réf.=hôpital/centre de santé)	Poste de santé	1,6	0,9 - 2,9	1,0	0,4 - 2,4	0,3*	0,1 - 0,8
Type de localité (réf.=urbain)	Rural	0,8	0,4 - 1,6	4,0**	1,4 - 11,6	0,6	0,2 - 1,6
Région (réf.=Nord)	Dakar	1,0	0,2 - 4,0	2,1	0,5 - 8,4	4,6*	1,3 - 16,5
	Thiès	1,9	0,6 - 6,1	2,0	0,4 - 9,1	2,0	0,4 - 10,2
	Centre	0,9	0,3 - 3,1	1,1	0,2 - 5,4	2,8	0,6 - 13,5
	Est	1,6	0,3 - 7,1	1,0	0,1 - 9,0	6,0	0,9 - 40,8
	Sud	0,8	0,2 - 2,8	1,8	0,5 - 7,2	1,9	0,4 - 9,5
Indice composite d'équipement de la structure générale (réf.=bas)	Moyen	1,8	0,7 - 4,7	0,5	0,2 - 1,3	1,6	0,6 - 4,3
	Elevé	1,9	0,8 - 4,5	0,5	0,2 - 1,3	1,0	0,4 - 2,5
Pseudo R2		0,17		0,19		0,26	

Remarques : ¹S'applique uniquement aux utilisatrices de pilule, injectable, DIU et implant.

²S'applique à toutes les utilisatrices ; seulement dix enquêtées ont déclaré utiliser une méthode autre que la pilule, les injectables, le DIU ou l'implant.

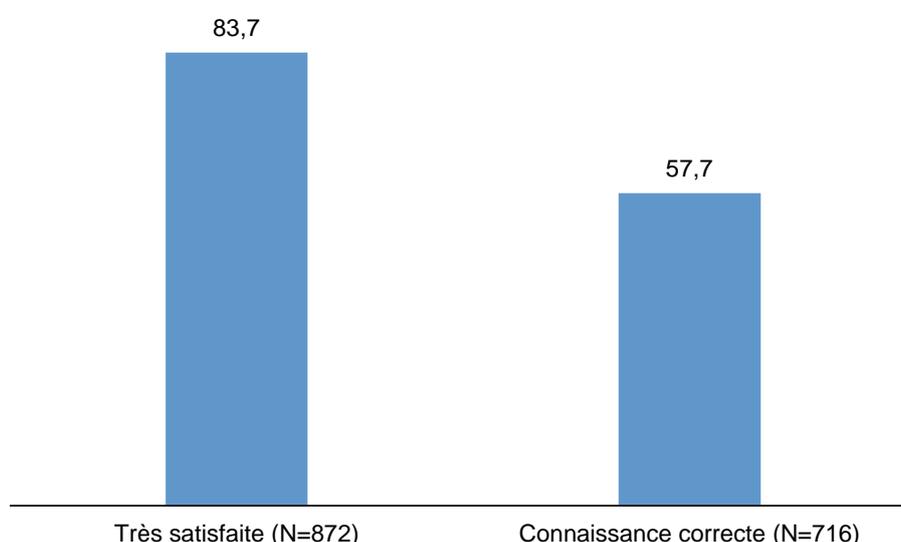
³S'applique aux clientes qui ont eu un examen du pelvis.

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001

3.6. La qualité des soins en planification familiale

La figure 2 présente les deux variables dépendantes de résultat utilisées pour évaluer la qualité des soins en planification familiale. La première variable de résultat, la satisfaction globale des services de planification familiale, indique que 84 % des utilisatrices de pilules, injectables, DIU ou d'implants étaient très satisfaites des services qu'elles avaient reçus. Pour la deuxième variable dépendante de résultat, seulement 58 % des clientes savaient si leur méthode protège contre les IST (clientes utilisant toutes les méthodes). Environ 16 % des clientes ne savaient pas si la méthode qu'elles utilisaient protège contre les IST (résultats non présentés). Une analyse plus approfondie des enquêtées dans la catégorie « Ne sait pas » ne précise pas clairement s'il faut les regrouper avec les personnes qui ont répondu « Oui » ou « Non », puisque nous ne pouvons pas savoir avec certitude comment elles auraient pu répondre si elles étaient sondées. Par conséquent, pour cette variable dépendante, les clientes qui ont répondu qu'elles ne savaient pas ont été retirées de l'analyse. Le dénominateur de cette variable est donc différent de celui du résultat de satisfaction.

Figure 2 : Description des variables dépendantes de résultat, toutes les utilisatrices



3.6.1. Satisfaction globale avec les services de planification familiale

Le tableau 14 résume les associations des deux variables de résultat avec plusieurs variables représentant les caractéristiques de la cliente, du prestataire et des formations sanitaires. Les variables du conseil produites à partir de l'analyse du processus (à partir des données d'observation) ont également été incluses dans le cadre des variables du prestataire dans l'analyse de résultats. Le temps d'attente, le fait que la cliente ait quitté avec une méthode, le nombre d'années d'études du prestataire, le nombre d'éléments supervisés chez le prestataire, avoir une description de poste, le type de salaire, la région et l'indice composite d'équipement de la structure générale avaient tous des associations significatives avec la satisfaction globale de la cliente. Les clientes qui n'ont pas attendu avant de voir le prestataire et les clientes qui ont quitté avec une méthode étaient plus satisfaites des services de planification familiale par rapport aux autres catégories pour chaque variable. Les clientes qui ont été vues par un prestataire qui avait entre 13-16 années d'études sont plus satisfaites que celles ayant vu un prestataire avec 6-12 années ou 17 années ou plus d'études. En outre, les clientes vues par un prestataire qui avait le nombre maximum d'éléments supervisés, qui avait une description de poste et qui avait un salaire mensuel ou journalier étaient plus satisfaites. C'est par région que la différence semble être la plus importante, seulement 59 % des clientes dans la région Nord étant satisfaites des services contre 97 % dans la région Sud. Enfin, les clientes qui ont visité les établissements de santé avec un indice élevé d'équipement pour la structure générale étaient plus satisfaites que les clientes qui ont visité les établissements classés comme moyens ou faibles.

Tableau 14 : Association de la satisfaction globale de la cliente des services de planification familiale et de la connaissance de la cliente du rôle protecteur de sa méthode contre les IST avec les caractéristiques de base de la cliente

Variable	Catégorie	Les utilisatrices qui sont très satisfaites N=872		Connaissance correcte des utilisatrices N=716	
		(%)	p-valeur	(%)	p-valeur
Age de la cliente	14-24	82,1	0,312	51,5	0,181
	25-39	83,1		60,3	
	40-58 & ne sait pas	88,5		59,3	
Instruction de la cliente	Aucune instruction	84,7	0,202	54,5	0,169
	Primaire et post-primaire	85,3		57,6	
	Secondaire et plus	78,9		64,6	
Frais payés pour le service	0-9	81,2	0,707		
	10-499	81,7			
	500-999	83,3			
	1000 ou plus	85,8			
Temps d'attente	Pas d'attente	96,5	<0,001		
	Moins d'une demi-heure	77,0			
	Une demi-heure à une heure	81,1			
	Une heure à deux heures	88,4			
	2 heures ou plus	83,6			
Statut de la cliente	Nouvelle cliente	84,1	0,859	53,9	0,222
	Ancienne cliente	83,5		59,5	
Méthode contraceptive utilisée	Pilules	78,4	0,090	57,6	0,469
	Injectables progestatifs	85,3		56,3	
	DIU ou implants ²	86,1		63,9	
Cliente partie avec une méthode	Oui	85,1	<0,001		
	Non	62,3			
Catégorie de prestataire	Infirmier ou aide infirmier	84,0	0,883	66,6	0,002
	Sage-femme et autre	83,6		53,4	
Sexe du prestataire	Masculin	79,5	0,114	61,8	0,300
	Féminin	84,6		56,7	
Nombre d'années d'instruction du prestataire	6-12	83,0	0,007	61,7	0,700
	13-16	87,1		58,6	
	17+	78,2		55,7	
Formation du prestataire dans les 24 derniers mois	Oui	85,3	0,278	63,2	0,019
	Non	82,4		53,6	

(À Suivre...)

Tableau 14 – Suite

Variable	Catégorie	Les utilisatrices qui sont très satisfaites N=872		Connaissance correcte des utilisatrices N=716	
		(%)	p-valeur	(%)	p-valeur
			<0,001		0,004
Nombre d'éléments du prestataire supervisés	Aucun	73,5		52,3	
	1-5	82,8		49,4	
	6	88,4		64,3	
Le prestataire a une description de poste	Oui	88,6	<0,001	59,8	0,236
	Non	76,9		54,9	
Type de salaire du prestataire	Mensuel ou journalier	91,6	<0,001	63,0	0,003
	Salaire non régulier mais compensation	70,7		49,9	
	Aucun	67,6		46,2	
Conseillée sur l'utilisation de la méthode	Oui	84,4	0,495	60,1	0,137
	Non	82,5		53,8	
Conseillée sur les effets secondaires de la méthode ¹	Oui	79,5	0,068	57,4	0,993
	Non	85,3		57,5	
Conseillée sur le moment de la visite de retour ¹	Oui	81,6	0,249	57,4	0,983
	Non	84,9		57,5	
Conseillée sur la protection de la méthode contre les IST	Oui			66,8	0,165
	Non			56,7	
Type d'établissement	Hôpital /centre de santé	79,8	0,084	58,8	0,756
	Poste de santé	84,6		57,5	
Localité	Urbain	85,0	0,316	57,5	0,922
	Rural	82,3		57,9	
Région	Nord	58,9	<0,001	44,9	<0,001
	Dakar	87,9		64,6	
	Thiès	75,0		53,4	
	Centre	94,5		46,7	
	Est	91,5		61,0	
	Sud	96,7		78,1	
Indice composite d'équipement de la structure générale	Faible	79,3	0,020		
	Moyen	85,3			
	Elevé	87,8			

¹ S'applique uniquement aux utilisatrices de la pilule, de l'injectable, du DIU et de l'implant.

² Comprend 10 enquêtées qui utilisent d'autres méthodes qui sont les condoms masculins, la MAMA et l'abstinence périodique.

Comme le montre le tableau 15, certaines des variables qui avaient des associations significatives avec la satisfaction globale dans le tableau 14 ont perdu de leur importance dans les modèles de régression logistique corrigés. Seuls le temps d'attente de la cliente, le nombre d'années d'études du prestataire et la région sont restés significatifs. En outre, l'instruction de la cliente, les conseils sur les effets secondaires, dans le modèle I, et les conseils sur le moment de revenir, dans le modèle II, sont devenus significatifs dans le modèle de régression ajusté.

Les résultats du modèle logistique résumés dans le tableau 15 indiquent que les clientes sans instruction ou avec le niveau primaire ou post-primaire étaient presque deux fois plus susceptibles d'être très satisfaites, comparativement aux clientes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus, à la fois dans les modèles I et II ($p < 0,05$ pour tous les deux). Les clientes qui n'ont pas eu à attendre pour voir le prestataire avaient 5,4 fois plus de chances d'être très satisfaites ($p < 0,05$) par rapport à celles qui ont attendu deux heures ou plus selon le modèle I, et 5,7 fois plus de chances ($p < 0,05$) selon le modèle II. Les clientes qui ont quitté l'établissement avec une méthode de planification familiale avaient environ quatre fois plus de chances d'être très satisfaites ($p < 0,01$) par rapport à celles qui ne sont pas parties avec une méthode, dans les deux modèles. Les intervalles de confiance pour cette variable sont très larges en raison du petit nombre de clientes qui ne partent pas avec une méthode (seulement 6 %, comme

indiqué dans le tableau 10). Les résultats indiquent également que les clientes qui ont été vues par des prestataires ayant entre 6 et 12 années d'études ou entre 13 et 16 années d'études présentaient une chance presque trois à quatre fois significativement plus élevée d'être très satisfaites par rapport aux clientes qui ont vu des prestataires avec le plus haut niveau d'instruction (17 ans ou plus). Aucune tendance n'a été observée dans les rapports de cotes pour le niveau d'instruction du prestataire, c'est-à-dire que les chances d'une cliente d'être très satisfaite n'augmentent pas avec l'augmentation du nombre d'années d'études du prestataire. On note une conclusion intéressante de l'effet de conseil sur les effets secondaires (modèle I) et du moment de revenir pour le suivi (Modèle II). Les deux variables de conseil ont indiqué que les clientes qui n'ont pas reçu de conseil étaient plus susceptibles d'être satisfaites, comparativement aux clientes qui ont reçu des conseils (OR = 2,6, p <0,01 dans le modèle I et OR = 2,0, p <0,05 dans le modèle II). Enfin, les clientes de la région Sud avaient 12,3 fois plus de chances d'être satisfaites par rapport à celles de la région Nord dans le modèle I (p <0,001), et 13,9 fois dans le modèle II (valeur p <0,001). Les clientes dans la région Centre avaient plus de 10 fois plus de chances d'être très satisfaites par rapport à celles de la région Nord (OR = 10,7, p <0,001, Modèle I et OR = 11,5, p <0,001, modèle II).

Tableau 15 : Régression logistique des clientes très satisfaites des services de planification familiale et de la connaissance correcte de la cliente de la protection de la méthode contre les IST, phase 1

Variable	Catégorie	Très satisfaite Modèle I ¹		Très satisfaite Modèle II ¹		Connaissance correcte ²	
		OR	I.C.	OR	I.C.	OR	I.C.
Age de la cliente (réf.=14-24)	25-39	0,9	0,5 - 1,6	0,9	0,6 - 1,6	1,4	0,9 - 2,2
	40-58 & ne sait pas	1,9	0,8 - 4,4	1,8	0,7 - 4,3	1,3	0,7 - 2,3
Instruction de la cliente (réf.=secondaire ou plus)	Sans instruction	2,1*	1,2 - 3,9	2,1*	1,2 - 3,8	0,7	0,4 - 1,2
	Primaire & post-primaire	2,0*	1,0 - 3,7	2,0*	1,1 - 3,7	0,9	0,5 - 1,5
Frais payés pour le service (réf.=1000 ou plus)	0-9	1,3	0,6 - 3,0	1,4	0,6 - 3,1		
	10-499	0,9	0,4 - 2,0	1,0	0,4 - 2,2		
	500-999	0,9	0,5 - 1,6	1,0	0,6 - 1,8		
Temps d'attente (réf.=2 heures ou plus)	Pas d'attente	5,4*	1,2 - 24,0	5,7*	1,3 - 25,2		
	Moins d'une demi-heure	0,8	0,4 - 1,4	0,8	0,4 - 1,4		
	1 demi-heure à 1 heure	1,0	0,5 - 2,1	1,1	0,5 - 2,2		
	1 heure à 2 heures	1,2	0,5 - 3,0	1,2	0,5 - 2,8		
Statut de la cliente (réf.=cliente de retour)	Nouvelle cliente	1,2	0,6 - 2,4	1,1	0,6 - 2,2	0,7	0,5 - 1,1
Méthode contraceptive utilisée (réf.=DIU ou implants)	Pilules	1,1	0,5 - 2,7	1,1	0,5 - 2,6	1,1	0,6 - 2,0
	Injectables à progestatifs seuls	1,4	0,7 - 2,9	1,4	0,6 - 3,0	0,9	0,5 - 1,6
La cliente a quitté avec une méthode (réf.=non)	Oui	3,9**	1,5 - 10,4	3,7**	1,4 - 10,0		

(À Suivre...)

Tableau 15 – Suite

Variable	Catégorie	Très satisfaite Modèle I ¹		Très satisfaite Modèle II ¹		Connaissance correcte ²	
		OR	I.C.	OR	I.C.	OR	I.C.
Catégorie du prestataire (réf.=sage-femme ou autre)	Infirmier(e) ou aide infirmier(e)	1,0	0,6 - 1,9	1,1	0,6 - 1,9	2,1**	1,3 - 3,2
Nombre d'années d'instruction du prestataire (réf.=17+)	6-12	3,6*	1,2 - 10,3	2,9*	1,0 - 8,3	1,7	0,8 - 3,7
	13-16	3,8***	2,2 - 6,6	3,4***	1,9 - 6,1	1,1	0,8 - 1,7
Formation du prestataire en planification familiale dans les 24 mois passés (réf.=non)	Oui	1,5	0,9 - 2,6	1,5	0,9 - 2,5	1,7**	1,2 - 2,5
Nombre d'éléments du prestataire supervisés (réf.=aucun)	1-5	1,0	0,6 - 2,0	1,2	0,7 - 2,3	0,7	0,4 - 1,2
	6	0,9	0,5 - 1,6	0,9	0,5 - 1,7	1,1	0,7 - 1,9
Le prestataire a une description de poste (réf.=non)	Oui	1,1	0,6 - 1,9	1,1	0,6 - 1,9	1,0	0,6 - 1,5
Type de salaire du prestataire (réf.=aucun)	Mensuel ou journalier	2,0	0,9 - 4,5	2,0	0,9 - 4,6	1,3	0,7 - 2,5
	Salaire non régulier mais compensation	0,9	0,4 - 1,8	0,9	0,4 - 1,8	1,3	0,7 - 2,5
Conseillée sur l'utilisation de la méthode (réf.=non)	Oui	1,3	0,8 - 2,2	1,3	0,8 - 2,2		
Conseillée sur les effets secondaires de la méthode ¹ (réf.=oui)	Non	2,6**	1,5 - 4,6				
Conseillée sur le moment de revenir ¹ (réf.=oui)	Non			2,0*	1,2 - 3,5		
Conseillée sur la protection de la méthode contre les IST (réf.=non)	Oui					1,2	0,6 - 2,3
Type de formation sanitaire (réf.=hôpital/centre de santé)	Poste de santé	1,5	0,8 - 2,8	1,4	0,8 - 2,6	0,7	0,5 - 1,1
Localité (réf.=urbaine)	Rurale	0,9	0,5 - 1,7	1,0	0,5 - 1,8	1,3	0,8 - 2,0
Région (réf.=Nord)	Dakar	5,3***	2,1 - 12,9	4,8***	1,9 - 11,9	3,0**	1,4 - 6,3
	Thiès	2,8*	1,2 - 6,6	2,5*	1,1 - 5,9	1,9	1,0 - 3,7
	Centre	10,7***	3,6 - 32,3	11,5***	3,7 - 36,3	1,3	0,6 - 2,6
	Est	5,2*	1,4 - 19,0	4,6*	1,3 - 16,6	2,0	0,8 - 4,9
	Sud	12,3***	3,4 - 45,4	13,9***	3,7 - 52,5	4,2***	1,9 - 9,2
Indice composite d'équipement de la structure générale (réf.=bas)	Moyen	0,9	0,5 - 1,7	0,9	0,5 - 1,5		
	Elevé	1,0	0,5 - 2,0	1,0	0,5 - 1,9		
Pseudo-R²		0,25		0,25		0,09	

Remarque : Pour le résultat de la satisfaction de la cliente, le Modèle I inclut la variable conseil sur les effets secondaires. Le modèle II inclut la variable conseil sur le moment de la visite de retour. ¹ Utilisatrices de pilule, injectable, DIU et implant. ² Toutes les utilisatrices.

3.6.2. *Connaissance des méthodes de protection contre les IST*

Comme le montre le tableau 14, ce sont surtout les caractéristiques du prestataire qui avaient un lien significatif avec la connaissance de la cliente sur la protection de leur méthode contre les IST. Aucune des caractéristiques de base des clientes n'était significativement associée à leur connaissance. Un pourcentage significativement plus élevé de clientes ayant des connaissances correctes a été observé parmi les clientes qui ont vu les prestataires classés comme infirmier(e)s ou aide-infirmier(e)s, ou des clientes qui ont vu les prestataires qui ont reçu une formation sur la planification familiale dans les deux dernières années. Le nombre d'éléments supervisés chez le prestataire et le type de salaire du prestataire ont également été significativement associés à la connaissance de la cliente ; Toutefois, ces deux variables ont perdu leur significativité dans la régression logistique ajustée, ce que montre le tableau 15. La région était également significativement associée à la connaissance de la cliente ; dans la région Sud, 78 % des clientes avaient une connaissance correcte par rapport à 45 % dans la région Nord ($p < 0,001$). Il est intéressant de noter le manque de significativité dans l'association entre le conseil d'un prestataire sur la protection de la méthode contre les IST et la connaissance de la cliente sur le sujet.

Le tableau 15 résume les estimations de régression logistique pour les clientes ayant une connaissance correcte de la protection de leur méthode contre les IST. Seules trois variables indépendantes sont restées significatives dans le modèle de régression logistique ajusté : la catégorie de prestataire, la formation du prestataire en planification familiale et la région. Les clientes qui ont vu un(e) infirmier(e) ou un aide-infirmier(e) avaient deux fois plus de chances d'avoir une connaissance correcte par rapport aux clientes qui ont vu une sage-femme ou un autre prestataire ($OR = 2,1$, $p < 0,01$). De même, les clientes qui ont vu un prestataire qui a reçu une formation sur la planification familiale dans les deux dernières années étaient plus susceptibles d'avoir une connaissance correcte par rapport aux clientes qui ont vu un prestataire sans formation récente ($OR = 1,7$, $p < 0,01$). Pour la région, seules la région Sud et Dakar avaient des odds ratios significatifs dans le modèle de régression logistique pour la connaissance correcte. Les clientes de la région Sud avaient 4,2 fois plus de chances d'avoir une connaissance correcte par rapport aux clientes de la région Nord ($p < 0,001$), tandis que les clientes de Dakar avaient trois fois plus de chances d'avoir une connaissance correcte par rapport à celles de la région Nord ($p < 0,01$).

4. Discussion

Le but de ce rapport était d'évaluer la qualité des soins dans les services de planification familiale au Sénégal afin d'identifier des domaines d'intervention. L'amélioration de la qualité des soins dans les services de planification familiale peut contribuer à l'utilisation accrue et à la poursuite de méthodes contraceptives. Les données des deux premières phases de l'ECPSS continue du Sénégal ont constitué la base de l'analyse. L'analyse a été organisée autour de trois dimensions de la qualité des soins : la structure, le processus et les résultats. Cette discussion mettra en évidence certaines variations entre les établissements et entre les prestataires dans la qualité des soins dans les services de planification familiale.

4.1. Structure générale

C'est au niveau du poste de santé, le troisième des quatre niveaux du système de santé au Sénégal, que les services de planification familiale étaient les plus couramment disponibles, et c'est dans les cases de santé, le niveau le plus bas, qu'ils étaient les moins disponibles, bien que la proportion des cases de santé offrant des services de planification familiale ait augmenté entre les deux phases de l'ECPSS continue du Sénégal. Presque tous les établissements de santé - à l'exclusion des cases de santé - avaient une source améliorée d'eau, des installations sanitaires adéquates et une salle privée. Lorsque l'on compare les hôpitaux, les centres de santé et les postes de santé, en termes d'infrastructure, on note que les postes de santé étaient désavantagés en terme de disposition d'électricité, de matériel de communication, de transport d'urgence, d'ordinateur et d'Internet. Les postes de santé avaient aussi un désavantage en termes de disponibilité de médicaments essentiels et de tests diagnostiques. Dans les deux phases, ils avaient le plus faible pourcentage d'installations avec un score élevé pour l'indice composite construit pour les médicaments et les tests diagnostiques en utilisant plusieurs indicateurs identifiés par le guide de l'OMS pour la Mesure de la Disponibilité et de la Capacité Opérationnelle des Services (SARA). L'amélioration des infrastructures de base ainsi que la disponibilité et l'opérationnalité de l'équipement, des tests de diagnostic et les médicaments sont nécessaires pour que ces établissements puissent être en mesure de fournir des soins de santé de qualité (O'Neill et al. 2013). Comme les postes de santé semblent être le principal établissement fournissant des services de planification familiale, l'amélioration de l'infrastructure des postes de santé peut aider à améliorer la qualité des soins fournis.

Il ressort que les cases de santé, qui sont supervisées par un poste de santé et se trouvent principalement dans les régions éloignées, ont une mauvaise infrastructure. Le manque d'équipement de communication et de transport d'urgence dans une grande proportion de cases de santé, vérifié dans les deux phases de l'ECPSS, qui laisse les femmes vulnérables dans des situations d'urgence, est très préoccupant. En outre, la proportion d'établissements de santé avec des équipements de communication dans les zones rurales, où sont situées la plupart des cases de santé, a diminué de manière significative entre les deux phases.

Il y avait de grandes différences entre les régions dans la disponibilité des infrastructures de base, de l'équipement, des tests diagnostiques et des médicaments. La région Nord avait le plus petit nombre d'établissement dotés d'électricité et d'équipement de communication dans la phase 2. Les régions Sud et Est avaient également une faible proportion d'établissements avec des équipements de communication (seulement environ un tiers des établissements) et pour la région Est ce taux a diminué de manière significative, de 61 points de pourcentage, entre les deux phases. Dans les deux phases, le Nord et Dakar avaient les plus forts pourcentages d'établissements avec un faible score de l'indice composite d'équipement. Pour l'indice de test de diagnostic, c'est à Dakar et Thiès dans la phase 1, et à Dakar, dans les régions Sud et Est dans la phase 2 que les pourcentages d'établissements avec un faible score étaient les plus élevés. L'indice du médicament avait une variance expliquée de la première composante en dessous de 30 %, ce qui requiert de la prudence dans l'interprétation des résultats ; toutefois, Dakar avait le pourcentage le plus élevé de formations sanitaires avec un faible score d'indice de médicaments dans les deux phases. On ne s'attendait pas à ces faibles scores dans la région de Dakar

étant donné que c'est une région très urbanisée. Dans l'analyse de la disponibilité des injectables à progestatifs seuls dans les établissements de santé, la région de Dakar avait également moins d'injectables disponibles par rapport à la région Nord dans la phase 1. Cependant, l'analyse des dimensions de processus et de résultats a montré que Dakar surpasse la région Nord. Ceci indique que la dimension structure n'est pas nécessairement liée aux composantes processus et résultats de la qualité des soins.

Certaines des améliorations suggérées, mises en évidence dans cette analyse, ne peuvent être faites qu'au niveau national en termes d'infrastructures (par exemple l'électricité et la communication) et la réalisation peut donc prendre du temps. D'autres améliorations peuvent être réalisées directement au niveau de la formation sanitaire en termes d'amélioration de la disponibilité des produits et moyens de transport comme le transport d'urgence, la disponibilité des équipements, des tests de diagnostic et des médicaments.

4.2. Structure de planification familiale

Beaucoup d'améliorations dans la disponibilité des méthodes de planification familiale ont été observées entre les phases, et surtout dans la disponibilité de méthodes de planification familiale qui sont moins fréquemment utilisées (comme les préservatifs masculins, les préservatifs féminins, les DIU, les implants, les pilules d'urgence, et le collier du cycle). Une augmentation significative de la disponibilité de la pilule orale combinée et de la pilule progestative seule a également été observée dans les cases de santé. Cette augmentation est importante dans la mesure où un éventail plus large de méthodes disponibles dans les établissements de santé peut être une approche pour augmenter le niveau d'utilisation des contraceptifs (Ross et Stover 2013). Cependant, sans autre recherche, nous ne pouvons pas savoir si d'autres options pourraient en fait avoir pour conséquence une plus grande prévalence contraceptive au Sénégal. Ces améliorations de la disponibilité de méthodes de planification familiale peuvent être attribuées à des interventions réussies, telles que l'effort de distribution de contraceptifs visant à réduire les ruptures de stocks de méthodes modernes de contraception, en particulier les pilules, les injectables, les DIU et les implants (Daff et al. 2014). Cette intervention a commencé dans certaines régions de Dakar et de Saint-Louis en juin 2012 et devrait être mise en œuvre à l'échelle nationale d'ici juillet 2015.

Alors que la disponibilité et l'utilisation des injectables à progestatifs seuls par les clientes est élevée, on constate que la méthode injectable combinée est moins populaire. En outre, la disponibilité de ce procédé a diminué de manière significative, de 35 points de pourcentage, entre les deux phases. Ce résultat est déconcertant puisque l'injectable combiné, qui contient un progestatif et des œstrogènes, est médicalement préférable à l'injectable à progestatifs seuls en raison de moins de perturbations dans le cycle menstruel et d'un retour plus rapide à la fertilité comparativement aux injectables à progestatifs seuls (Gallo et al. 2005). Une étude plus approfondie est nécessaire pour comprendre pourquoi l'injectable combiné n'est pas utilisé dans les établissements de santé. La diminution significative devrait être examinée dans les prochaines phases de l'ECPSS continue du Sénégal.

Les établissements de santé publics avaient des chances beaucoup plus élevées d'avoir les injectables à progestatifs seuls et les pilules orales combinées disponibles par rapport aux établissements privés. Ces résultats sont cohérents avec une étude qui a examiné les services au Ghana, en Tanzanie et au Kenya (Hutchinson, Do, et Agha 2011) et qui a constaté que plusieurs méthodes étaient disponibles à tous les niveaux des établissements publics contrairement aux établissements privés. La disponibilité des injectables à progestatifs seuls et des pilules orales combinées ne diffère pas significativement selon la région (à l'exception de l'Est pour les pilules dans la phase 1) ou de la localité (urbaine/rurale) dans les modèles ajustés, dans les deux phases. Bien que les intervalles de confiance soient larges, il est nécessaire d'approfondir la recherche pour comprendre pourquoi les établissements privés semblent moins bien préparés en ce qui concerne ces deux indicateurs de la structure de planification familiale. En outre, les hôpitaux semblent être moins bien préparés en termes de disponibilité de ces méthodes. Dans les deux passages, les postes de santé étaient plus susceptibles que les hôpitaux de disposer de

pillules. Dans la phase 1, les centres de santé étaient plus susceptibles que les hôpitaux d'avoir les injectables.

4.3. Processus

À quelques exceptions près, les résultats ont montré peu de variation dans le conseil ou la qualité des examens du pelvis fournis, selon les caractéristiques de la cliente, du prestataire ou de l'établissement de santé. La proportion de clientes ayant bénéficié de conseils a été jugée relativement faible. Les prestataires semblaient concentrer les conseils sur la façon d'utiliser la méthode (63 %) et moins sur les effets secondaires (29 %) ou la date de retour (37 %). En outre, seulement 9 % des clientes ont reçu des conseils sur la protection de leur méthode contre les IST ; seulement un tiers des clientes ont reçu des examens du pelvis de très bonne qualité. Aucune des caractéristiques des prestataires n'était significativement associée avec les différentes formes de counseling ou des examens du pelvis de haute qualité, à l'exception du sexe du prestataire et du type de salaire du prestataire qui se sont révélés être associés de façon significative avec des conseils sur les IST. Dans les modèles ajustés, le counseling sur les IST était significativement plus fréquent chez les prestataires qui avaient un salaire mensuel régulier comparés à ceux sans salaire. Cette différence peut indiquer que les prestataires sans salaire sont moins motivés ou moins enclins à fournir des conseils. Rowe et al (2005) ont mentionné que l'environnement administratif des agents de santé, notamment les salaires, pourrait influencer sur leur performance. La supervision personnelle reçue par le prestataire est un autre facteur important du prestataire, associé à la qualité des services (Thatte et Choi, 2014). La supervision, surtout lorsqu'elle est suivie d'un feedback, peut être liée directement à la qualité des soins. Après une intervention de supervision dans les établissements de santé dans quatre districts du Sénégal, on a constaté une amélioration significative dans une série de domaines de services dans tous les districts (Suh, Moreira, et Ly 2007). Dans cette analyse, dans les modèles ajustés, la supervision n'a pas eu d'effet sur le fait que le prestataire donne des conseils ou non, mais les prestataires qui ont reçu tous les six éléments de la supervision étaient trois fois plus susceptibles que les autres de fournir des examens du pelvis de haute qualité. Seules quelques-unes des autres variables concernant les caractéristiques des clientes et des formations sanitaires sont associées, de façon significative, avec les conseils du prestataire ou la qualité de l'examen du pelvis. Dans les modèles ajustés, les nouvelles clientes étaient plus susceptibles de recevoir des conseils ou un examen du pelvis de haute qualité par rapport aux clientes dont c'était une visite de suivi. On peut penser que les prestataires ont supposé que ces clientes avaient déjà été conseillées sur leur méthode lors des visites précédentes et n'avaient donc pas besoin d'autres conseils à chaque visite. Toutefois, il peut être nécessaire de prodiguer du counseling plus d'une fois pour s'assurer que les clientes comprennent parfaitement comment utiliser leur méthode de planification familiale, qu'elles sont conscientes des effets secondaires et qu'elles savent si leur méthode protège ou non contre les IST. Seulement 9 % des prestataires ont été observés, fournissant du counseling sur le rôle protecteur de la méthode contre les IST et 42 % des clientes avaient une connaissance incorrecte sur le fait que leur méthode de planification familiale protège contre les IST. Beaucoup de femmes croient à tort que leur méthode les protège contre les IST.

Dans les modèles ajustés pour le counseling, la seule caractéristique de l'établissement de santé significative était la localité. Les établissements des localités rurales avaient quatre fois plus de chances de fournir du counseling sur la protection des méthodes contre les IST par rapport aux établissements urbains. Dans les modèles ajustés pour les examens du pelvis de haute qualité, le type d'établissement de santé et la région avaient chacun une catégorie significative. Les postes de santé sont nettement moins susceptibles de fournir un examen du pelvis de haute qualité. Ceci est probablement dû à l'absence d'équipement et de spécialistes disponibles pour fournir ce type d'examen dans les postes de santé. De même, la région de Dakar, qui a plus d'hôpitaux et de centres de santé que les autres régions, est beaucoup plus susceptible de fournir des examens du pelvis de haute qualité, par rapport aux autres régions. L'indice de l'équipement de la structure, qui a été utilisé comme un proxy pour la structure globale de l'établissement, n'a pas été associé de façon significative avec les variables dépendantes du processus dans les analyses non ajustées et ajustées. En outre, on n'a pratiquement trouvé aucune relation significative entre les indicateurs d'infrastructure de base dans l'Annexe A et les variables dépendantes du processus (résultats non présentés). Selon Donabedian, le lien entre la

structure et le processus est faible. (Donabedian 1988) ; Basinski et al. ont indiqué que cette relation dépend des composantes de la structure ou du processus qui sont comparées (Basinski et al. 1992). Ceci explique potentiellement comment la région de Dakar, qui abrite la capitale du Sénégal, obtient un faible score sur l'indice de l'équipement mais fournit en même temps des examens du pelvis de qualité supérieure. Comme fournir les différentes formes de conseils et un examen pelvien de haute qualité ne diffère pas de manière importante selon les caractéristiques de la cliente, du prestataire ou de la formation sanitaire à quelques exceptions près, il apparaît que la promotion de conseils adéquats et des examens du pelvis de bonne qualité sont nécessaires dans tous les établissements de santé du Sénégal.

4.4. Résultats

Le dernier volet de la qualité des soins est le résultat. Cela a été mesuré par la satisfaction de la cliente concernant le service de planification familiale qu'elle a reçu et par sa connaissance du rôle protecteur de sa méthode contre les IST. Comme l'analyse des résultats l'a montré, la plupart des clientes (84 %) ont déclaré être très satisfaites des services de planification familiale reçus, mais la satisfaction est associée négativement à certains aspects du counseling. Les indicateurs du processus, à savoir si la cliente a reçu des conseils sur les effets secondaires et le moment auquel il faut revenir à l'établissement ont en fait diminué de manière significative la probabilité d'être satisfaite. Le counseling sur la façon d'utiliser la méthode n'a pas été significativement lié à la satisfaction, ce qui implique peut-être que l'interaction prestataire / cliente lors du counseling n'était pas satisfaisante. Les clientes qui ont été vues par les prestataires ayant effectué moins de 17 ans d'études étaient plus satisfaites que celles qui ont été vues par les prestataires ayant effectué 17 années d'études ou plus. Comme d'autres études l'ont montré (Agha et Do 2009 ; Aldana, Piechulek, et Al-Sabir 2001 ; Hutchinson, Do, et Agha 2011), le temps d'attente était un prédicteur important de la satisfaction de la cliente. Les clientes qui n'ont pas eu à attendre étaient plus susceptibles d'être satisfaites que celles qui ont attendu deux heures ou plus. Cependant, les autres catégories de temps d'attente ne sont pas significatives. Le manque d'instruction, l'acquisition d'un niveau d'études primaire ou post-primaire augmentaient également les chances d'être très satisfaites, comparativement à l'acquisition d'un niveau d'instruction secondaire ou supérieure. On a trouvé le même résultat au Kenya (Agha et Do 2009) ; par contre, dans une autre étude portant sur trois pays d'Afrique Subsaharienne, cela ne s'est pas révélé toujours vrai (Hutchinson, Do, et Agha 2011). L'indice d'équipement de la structure ne s'est pas révélé un facteur prédictif significatif de la satisfaction de la cliente. Il y avait des variations importantes et significatives entre les régions. C'est la région Nord qui avait le plus faible niveau de satisfaction de la cliente et, à l'opposé, celles du Sud et du Centre qui avaient le plus élevé. La région Sud, suivie de Dakar, a également des cotes significativement plus élevées de clientes ayant une bonne connaissance du rôle protecteur ou non de leur méthode contre les IST. Il est peut-être utile d'examiner davantage les établissements de santé dans la région Sud pour comprendre pourquoi ils produisent des niveaux plus élevés de satisfaction de la cliente que les autres régions.

Après ajustement pour toutes les variables dans le modèle, les seuls facteurs prédictifs significatifs de la connaissance correcte de la cliente sur le rôle protecteur ou non de leur méthode contre les IST étaient la catégorie du prestataire, la formation du prestataire et la région. Les clientes qui ont vu un(e) infirmier(e) ou assistant(e) infirmier(e) avaient deux fois plus de chances d'avoir une connaissance correcte par rapport à celles qui ont vu une sage-femme ou un autre prestataire. La formation des prestataires sur la planification familiale a presque doublé les chances des clientes d'avoir une connaissance correcte. Bien que la plupart des établissements de santé avaient au moins un membre du personnel formé en planification familiale (Figure 1), seulement 45 % des prestataires qui ont prescrit ou fourni une méthode de planification familiale moderne avaient reçu une formation sur la planification familiale dans les deux dernières années (tableau 11). Les différences dans la formation sur la planification familiale par catégorie de prestataire ne sont pas significatives (résultats non présentés). Ces résultats impliquent que la formation des prestataires en planification familiale pourrait améliorer la connaissance de la cliente sur la protection de leur méthode contre les IST. Même si la connaissance correcte peut être acquise ailleurs et pas seulement par l'intermédiaire d'un prestataire de planification familiale, offrir plus de formation pour les sages-femmes et d'autres types de prestataires, ainsi que fournir plus de centres de santé avec les protocoles de la planification familiale, peuvent être des

interventions efficaces pour améliorer la connaissance des clientes sur la protection de leur méthode contre les IST.

Comme dans l'analyse de la satisfaction de la cliente, il apparaît que le counseling n'améliore pas les résultats. Les clientes qui ont reçu du counseling pour savoir si leur méthode les protégeait ou non contre les IST ne sont pas plus susceptibles que les autres d'avoir une connaissance correcte. Dans une étude en Zambie, les chances de connaissance correcte étaient plus élevées chez les clientes qui avaient reçu des conseils sur le rôle protecteur de leur méthode contre les IST (Chikamata et al. 2002). Cette étude a également montré que la proportion de clientes qui avaient une connaissance correcte était beaucoup plus élevée qu'au Sénégal, —75 %— parmi les utilisatrices d'une méthode autre que le préservatif (Chikamata et al. 2002). Le manque apparent d'impact du counseling sur les IST au Sénégal suggère que ce type de conseils offerts dans les établissements de santé est de mauvaise qualité. Ce résultat est comparable à l'absence d'impact significatif du counseling sur la façon d'utiliser une méthode, sur les effets secondaires, sur le moment d'effectuer une visite de retour et enfin sur la satisfaction des clientes des services de planification familiale. Une analyse plus approfondie sur l'efficacité et la qualité du counseling fourni dans les services de planification familiale peut être nécessaire pour comprendre pourquoi le counseling n'améliore pas les résultats. Le manque apparent d'efficacité du counseling pourrait être le résultat de la manière dont le conseil est fourni, y compris la relation entre le prestataire et la cliente, ce qui est un aspect important pour fournir des soins de qualité dans la planification familiale (Bruce 1990), ainsi qu'en santé maternelle (Srivastava et al. 2015). Un counseling efficace peut améliorer les résultats; c'est ainsi qu'une étude sur les consultations centrées sur la cliente par rapport à des consultations centrées sur le prestataire a permis de constater que les clientes ayant reçu une consultation centrée sur la cliente ont une probabilité significativement plus importante d'être satisfaites des services reçus et de poursuivre l'utilisation de leur méthode après une période de 7 mois (Abdel-Tawab et Roter 2002).

Dans l'ECPSS de 2015 du Sénégal, les résultats provenant de l'observation des consultations et des interviews de sortie de consultation seront disponibles pour la planification familiale et leur analyse permettra d'établir des comparaisons entre les phases de 2012-2013 et 2015 de l'enquête. Ce type d'analyse permet de savoir si des améliorations ont été apportées dans les mesures de processus et de résultats de la qualité des soins dans les services de planification familiale et elle permet également de mieux appréhender le rôle du counseling dans l'amélioration des résultats.

4.5. Limites

La complexité de la définition de la qualité des soins, de même que la sélection et la construction des indicateurs, constitue l'une des limites de l'étude. En outre, le fait que les prestataires qui savent qu'ils sont observés fournissent de meilleurs conseils ou plus de conseils qu'en temps normal peut soulever des questions. En effet, ils peuvent se comporter différemment se sachant sous observation, un phénomène connu sous le nom d'effet de Hawthorne (Mayo 2004 ; McCambridge, Witton, et Elbourne 2014). Même si le pourcentage global de prestataires offrant différents types de conseils est relativement faible, le pourcentage pourrait même encore être plus faible si les prestataires n'étaient pas observés.

Il y a aussi des limites aux mesures de résultats. La satisfaction de la cliente peut être sur-déclarée du fait qu'elle ne veut pas critiquer les prestataires (Donabedian 1988) ; la satisfaction est aussi subjective. La connaissance de la cliente du rôle protecteur ou non de la méthode de planification familiale contre les IST pourrait être obtenue à partir d'autres sources et ne pas être attribuée aux caractéristiques des prestataires ou de l'établissement de santé. Il peut être difficile de trouver des mesures de résultats appropriées et objectives de la qualité des soins, car les résultats de santé ne dépendent pas uniquement de la qualité des soins. En outre, dans l'analyse de la structure, quand on effectue des comparaisons entre les deux phases, le court laps de temps qui sépare les deux phases peut être considéré comme une limite. Malgré ce court laps de temps, des différences ont été détectées et ont indiqué que de nombreux établissements avaient augmenté leur disponibilité de produits de planification familiale. Moins de changements ont été détectés entre les phases en termes d'infrastructure de base des établissements de santé. Cela est un résultat attendu puisque des changements de l'infrastructure demandent plus de temps par rapport à l'augmentation de la disponibilité de produits ou d'équipement de planification familiale.

5. Conclusions

L'analyse des deux premières phases de l'ECPSS continue du Sénégal indique que des améliorations sont nécessaires en termes de structure, de processus et de résultat pour la qualité des soins dans les services de planification familiale. Certaines des composantes de l'infrastructure de base qui sont essentielles pour fournir des soins de qualité dans les services de santé font défaut. Significativement, plus de méthodes de planification familiale sont devenues disponibles entre les deux passages, en particulier les méthodes qui sont les moins couramment utilisées, tels que les pilules d'urgence et les préservatifs, ce qui suggère que la combinaison des méthodes disponibles peut être améliorée. Cependant, la disponibilité de la méthode injectable combinée a diminué de manière significative entre les deux passages. Pour les deux méthodes les plus utilisées, à savoir les injectables à progestatifs seuls et les pilules orales combinées, on constate que les formations sanitaires publiques étaient plus susceptibles que les établissements privés d'en disposer.

Des améliorations sont peut être nécessaires dans le niveau et l'efficacité de l'orientation et des examens fournis par les prestataires de santé. Le pourcentage de prestataires qui ont donné à leurs clientes les conseils nécessaires sur la planification familiale ainsi qu'un examen du pelvis de haute qualité était relativement faible. Les nouvelles clientes étaient plus susceptibles de recevoir des conseils et des examens du pelvis de haute qualité par rapport aux clientes dont c'était une visite de suivi. Peu d'autres caractéristiques des clientes, des prestataires et des formations sanitaires se sont révélés des prédicteurs significatifs de bénéficier de conseils et d'un examen du pelvis de haute qualité. L'efficacité du counseling donné dans les établissements disposant de services de planification familiale n'était pas non plus vue dans l'analyse des résultats de la satisfaction globale et la connaissance des clientes sur la protection de leurs méthodes contre les IST. Les clientes qui ont été conseillées sur les effets secondaires et la date de la visite de retour étaient moins susceptibles d'être satisfaites, et le fait que les clientes aient reçu des conseils sur la protection de leur méthode contre les IST n'était pas un prédicteur important de la connaissance correcte. Cela peut indiquer qu'il faut non seulement davantage de counseling dans les établissements de santé au Sénégal, mais aussi qu'il faut dispenser plus de formation pour fournir des conseils de manière plus efficace et davantage centrés sur la cliente. Concernant le résultat sur la connaissance correcte des clientes sur le rôle protecteur de leur méthode contre les IST – résultat qui a montré que la proportion de femmes qui avaient une connaissance correcte était relativement faible (58 %) – on a constaté que les clientes qui ont vu un prestataire, ayant bénéficié d'une formation en planification familiale, étaient presque deux fois plus susceptibles d'avoir une connaissance correcte que les clientes qui avaient vu un prestataire sans formation, ce qui peut vouloir indiquer que davantage de formation dans la connaissance des méthode de planification familiale constituerait un autre type d'intervention souhaitable.

Un des principaux résultats est le faible maillon apparent entre la structure de l'établissement de santé (mesurée par l'indice d'équipement) et les composantes processus et résultats. Par exemple, la région de Dakar avait de faibles scores pour l'équipement, les tests de diagnostic et les médicaments, et était moins susceptible d'avoir des injectables à progestatifs seuls disponibles, par rapport à la région Nord ; mais Dakar a nettement surpassé la région Nord en termes de qualité des examens du pelvis, de satisfaction des clientes et de la connaissance de la cliente sur le rôle protecteur de sa méthode contre les IST. Les améliorations au niveau de la structure ne sont peut-être pas nécessaires pour réaliser des améliorations dans les composantes processus et résultats et il semble plus efficace de concentrer les interventions sur la formation des prestataires sur les méthodes de planification familiale et les méthodes de counseling afin d'améliorer les résultats. Toutefois, cette conclusion est probablement liée au type de la composante de la structure en cours d'examen ; certaines composantes structurelles sont essentielles pour un établissement de santé en état de fonctionnement et efficace, qui offre des services de planification familiale de haute qualité. Des analyses approfondies des autres phases de l'ECPSS du Sénégal vont explorer ces résultats, mais les premiers résultats présentés dans ce rapport ont identifié certains des facteurs liés aux prestataires et aux établissements de santé où les interventions pourraient améliorer la qualité des soins en planification familiale.

Références

- Abdel-Tawab, N., et D. Roter. 2002. "The Relevance of Client-Centered Communication to Family Planning Settings in Developing Countries: Lessons from the Egyptian Experience." *Social Science & Medicine* 54(9):1357-1368.
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal] et ICF International. 2015. « Sénégal : Enquête démographique et de santé continue (EDS-continue 2014). » *Rockville, Maryland, USA: ANSD et ICF International*.
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal] et ICF International (b). 2015. « Sénégal : Enquête continue sur la prestation des services de soins de santé (ECPSS) 2014. » *Rockville, Maryland, USA : ANSD et ICF International*.
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie [Sénégal] et ICF International. 2012. "Sénégal Demographic and Health and Multiple Indicator Cluster Survey (EDS-MICS) 2010-2011." *Rockville, Maryland, USA: ANSD and ICF International*.
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie [Sénégal] et ICF International. 2014. "Sénégal Continuous Survey Year One 2012-2013: Key Findings." *Rockville, Maryland, USA: ANSD and ICF International*.
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie [Sénégal] et ICF International (a). 2013. « Enquête démographique et de santé continue (EDS-continue 2012-2013). » *Rockville, Maryland, USA: ANSD et ICF International*.
- Agha, S., and M. Do. 2009. "The Quality of Family Planning Services and Client Satisfaction in the Public and Private Sectors in Kenya." *International Journal for Quality in Health Care* 21 (2):87-96.
- Aldana, J. M., H. Piechulek, and A. Al-Sabir. 2001. "Client Satisfaction and Quality of Health Care in Rural Bangladesh." *Bulletin of the World Health Organization* 79(6):512-517.
- Arends-Kuening, M., and F. L. Kessy. 2007. "The Impact of Demand Factors, Quality of Care and Access to Facilities on Contraceptive Use in Tanzania." *Journal of Biosocial Science* 39(1):1-26.
- Basinski, A., C. Naylor, L. Ferris, J. Williams, H. Llewellyn-Thomas, and M. Cohen. 1992. "Quality of Care. 1. What is Quality and How Can It Be Measured." *Canadian Medical Association Journal* 146(12):2153-2158.
- Bertrand, J. T., R. J. Magnani, and N. Rutenberg. 1994. *Handbook of Indicators for Family Planning Program Evaluation*. Chapel Hill, NC: Measure Evaluation, University of North Carolina.
- Bessinger, R. E., and J. T. Bertrand. 2001. "Monitoring Quality of Care in Family Planning Programs: A Comparison of Observations and Client Exit Interviews." *International Family Planning Perspectives* 27(2):7.
- Blanc, A. K., S. L. Curtis, and T. N. Croft. 2002. "Monitoring Contraceptive Continuation: Links to Fertility Outcomes and Quality of Care." *Studies in Family Planning* 3 (2):127-40.
- Bruce, J. 1990. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework." *Studies in Family Planning* 21 (2):61-91.
- Caper, P. 1988. "Defining Quality in Medical Care." *Health Affairs* 7(1):49-61.
- Chikamata, D. M., O. Chinganya, H. Jones, and S. Ramarao. 2002. "Dual Needs: Contraceptive and Sexually Transmitted Infection Protection in Lusaka, Zambia." *International Family Planning Perspectives*: 96-104.
- Choudhry, N. K., R. H. Fletcher, and S. B. Soumerai. 2005. "Systematic Review: The Relationship between Clinical Experience and Quality of Health Care." *Annals of Internal Medicine* 142 (4):260-273.
- Cleland, J., S. Bernstein, A. Ezeh, A. Faundes, A. Glasier, and J. Innis. 2006. "Family Planning: The Unfinished Agenda." *The Lancet* 368 (9549):1810-1827.
- Conry, M. C., N. Humphries, K. Morgan, Y. McGowan, A. Montgomery, K. Vedhara, E. Panagopoulou, and H. McGee. 2012. "A 10 Year (2000–2010) Systematic Review of Interventions to Improve Quality of Care in Hospitals." *BMC Health Services Research* 12(1):275.

- Creel, L. C., J. V. Sass, and N. V. Yinger. 2002. "Overview of Quality of Care in Reproductive Health: Definitions and Measurements of Quality." *New Perspectives on Quality of Care* 1:1-8.
- Daff, B. M., C. Seck, H. Belkhat, and P. Sutton. 2014. "Informed Push Distribution of Contraceptives in Sénégal Reduces Stockouts and Improves Quality of Family Planning Services." *Global Health: Science and Practice* 2 (2):245-252.
- Donabedian, A. 1988. "The Quality of Care: How Can It Be Assessed?" *JAMA* 260(12):1743-1748.
- Gallo, M. F., D. A. Grimes, L. M. Lopez, K. F. Schulz, and C. d'Arcangues. 2005. "Combination Injectable Contraceptives for Contraception." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3.
- Howe, L. D., J. R. Hargreaves, and S. R. Huttly. 2008. "Issues in the Construction of Wealth Indices for the Measurement of Socio-economic Position in Low-Income Countries." *Emerging Themes in Epidemiology* 5:3. doi: 10.1186/1742-7622-5-3.
- Hutchinson, P.L., M. Do, and S. Agha. 2011. "Measuring Client Satisfaction and the Quality of Family Planning Services: A Comparative Analysis of Public and Private Health Facilities in Tanzania, Kenya and Ghana." *BMC Health Services Research* 11(1):203.
- IntraHealth International (a). 2012. "2011 Baseline Survey for the Senegal Urban Health Initiative (ISSU) Household Survey: Final Report."
- IntraHealth International (b). 2012. "2011 Baseline Survey for the Senegal Urban Health Initiative (ISSU) Service Delivery Site Survey: Final Report."
- Jain, A. K. 1989. "Fertility Reduction and the Quality of Family Planning Services." *Studies in Family Planning*: 20(1)1-16.
- Joss, R., and M. Kogan. 1995. *Advancing Quality: Total Quality Management in the National Health Service*. Open University Press Buckingham.
- Katz, K., and C. Nare. 2002. "Reproductive Health Knowledge and Use of Services among Young Adults in Dakar, Senegal." *Journal of Biosocial Science* 3(02):215-231.
- Koenig, M., M. Hossain, and M. Whittaker. 1997. "The Influence of Quality of Care Upon contraceptive Use in Rural Bangladesh." *Studies in Family Planning* 28(4):278-89.
- Magnani, R., D. Hotchkiss, C. Florence, and L. Shafer. 1999. "The Impact of the Family Planning Supply Environment on Contraceptive Intentions and Use in Morocco." *Studies in Family Planning* 30(2):120-132.
- Mariko, M. 2003. "Quality of Care and the Demand for Health Services in Bamako, Mali: The Specific Roles of Structural, Process, and Outcome Components." *Social Science & Medicine* 56 (6):1183-1196.
- Mayo, E. 2004. *Human Problems of an Industrial Civilization*. Routledge.
- McCambridge, J., J. Witton, and D. R. Elbourne. 2014. "Systematic Review of the Hawthorne Effect: New Concepts are Needed to Study Research Participation Effects." *Journal of Clinical Epidemiology* 67 (3):267-277.
- Mensch, B., M. Arends-Kuenning, and A. Jain. 1996. "The Impact of the Quality of Family Planning Services on Contraceptive Use in Peru." *Studies in Family Planning* 27(2):59-75.
- Ministère de la Santé et de la Prévention. 2009. « Plan national de développement sanitaire: Pnds 2009-2018. »
- Mosadeghrad, A.M. 2012. "A Conceptual Framework for Quality of Care." *Materia Socio-medica* 24 (4):251.
- Ndhlovu, L. 1995. *Quality of Care in Family Planning Service Delivery in Kenya: Clients and Providers' Perspectives*. The Population Council, Nairobi, Kenya
- O'Neill, K., M. Takane, A. Sheffel, C. Abou-Zahr, and T. Boerma. 2013. "Monitoring Service Delivery for Universal Health Coverage: The Service Availability and Readiness Assessment." *Bulletin of the World Health Organization* 91(12):923-931.
- Parasuraman, A., V. A. Zeithaml, and L. L. Berry. 1985. "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research." *The Journal of Marketing* 49:41-50.
- RamaRao, S., M. Lacuesta, M. Costello, B. Pangolibay, and H. Jones. 2003. "The Link between Quality of Care and Contraceptive Use." *International Family Planning Perspective* 29 (2):76-83.
- Ross, J., and J. Stover. 2013. "Use of Modern Contraception Increases When More Methods Become Available: Analysis of Evidence from 1982–2009." *Global Health: Science and Practice* 1 (2):203-212.

- Rowe, A. K., D. de Savigny, C. F. Lanata, and C. G. Victora. 2005. "How Can We Achieve and Maintain High-Quality Performance of Health Workers in Low-Resource Settings?" *The Lancet* 366 (9490):1026-1035.
- Sanogo, D., S. RamaRao, H. Jones, P. N'diaye, B. M'bow, and C. B. Diop. 2003. "Improving Quality of Care and Use of Contraceptives in Senegal." *African Journal of Reproductive Health* 57-73.
- Sedgh, G., R. Hussain, A. Bankole, and S. Singh. 2007. *Women with an Unmet Need for Contraception in Developing Countries and Their Reasons for Not Using a Method*: Alan Guttmacher Institute.
- Shaikh, B., N. Mobeen, S. Azam, and F. Rabbani. 2008. "Using Servqual for Assessing and Improving Patient Satisfaction at a Rural Health Facility in Pakistan."
- Sharker, M.Y., M. Nasser, J. Abedin, B. F. Arnold, and S. P. Luby. 2014. "The Risk of Misclassifying Subjects within Principal Component Based Asset Index." *Emerging Themes in Epidemiology* 11 (1):6.
- Sidze, E. M., S. Lardoux, I. S. Speizer, C. M. Faye, M. M. Mutua, and F. Badji. 2014. "Young Women's Access To and Use of Contraceptives: The Role of Providers' Restrictions in Urban Senegal." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 40(4):176-183.
- Srivastava, A., B.I. Avan, P. Rajbangshi, and S. Bhattacharyya. 2015. "Determinants of Women's Satisfaction with Maternal Health Care: A Review of Literature from Developing Countries." *BMC Pregnancy and Childbirth* 15(97).
- Stata Statistical Software 13.0, College Station, TX, USA.
- Strobino, D., M. Koenig, and H. Grason. 2000. *Approaches and Indicators for Measuring Quality in Region viii Family Planning Programming*. Baltimore, MD: Women's and Children's Health Policy Center, Johns Hopkins School of Public Health.
- Suh, S., P. Moreira, and M. Ly. 2007. "Improving Quality of Reproductive Health Care in Senegal through Formative Supervision: Results from Four Districts." *Human Resources for Health* 5 (1):1-12.
- Thatte, N., and Y. Choi. 2014. "Does Human Resource Management Improve Family Planning Service Quality? Analysis from the Kenya Service Provision Assessment 2010." *Health Policy and Planning*. doi: 10.1093/heapol/czu019.
- Tine, J., L. Hatt, S. Faye, and S. Nakhimovsky. 2014. "Universal Health Coverage Measurement in a Lower-Middle-Income Context: A Senegalese Case Study."
- World Health Organization (WHO). 2013. *Service Availability and Readiness Assessment (SARA): An Annual Monitoring System for Service Delivery*.
- Zyzanski, S. J., B. S. Hulka, and J. C. Cassel. 1974. "Scale for the Measurement of Satisfaction with Medical Care: Modifications in Content, Format and Scoring." *Medical Care* 12(7):611-620.

Annexe A

Description des variables de l'infrastructure de base

Variable	Définition
Electricité	L'établissement de santé est raccordé au réseau national qui est toujours disponible pendant les heures de service ou à d'autres sources d'électricité telles que le générateur ou le système solaire.
Source d'eau améliorée	Accès à la source d'eau à partir de canalisations, robinets publics, bornes fontaines, puits tubé / forage d'eau, puits protégés, ou eau de pluie.
Installations sanitaires adéquates	Toilettes / latrines à chasse d'eau, fosse septique, latrines à fosse, ou tout autre lieu; ou latrine à ventilation améliorée, latrines à fosse avec dalle, ou toilette à compostage.
Equipement de communication	L'établissement de santé a un téléphone fixe, observé et fonctionnel ou un téléphone portable, observé et fonctionnel, appartenant à la formation sanitaire. Il n'y avait pas d'observations pour les variables relatives à la radio à ondes courtes.
Salle privée	L'établissement de santé dispose d'une salle d'examen privée ou de toute autre pièce avec une protection visuelle et auditive.
Ordinateur et internet	L'établissement de santé possède un ordinateur observé et en état de fonctionnement et un accès à Internet pendant au moins deux heures pendant les jours où les services sont offerts aux clientes.
Transport d'urgence	L'établissement de santé a une ambulance observée et en état de fonctionnement qui a du carburant, ou a accès à une ambulance ou un autre véhicule pour le transport d'urgence dans un autre établissement de santé.

Annexe B

Variables utilisées pour construire la structure de l'ACP de l'équipement, tests de diagnostic et des médicaments

Equipement	Tests de Diagnostic	Médicaments			
Echelle pour adulte	Hémoglobine	Amoxicilline pour adulte			
Echelle pour enfant	Glucose sanguin	Amoxicilline pour enfant			
Thermomètre	Paludisme	Ampicilline en poudre			
Stéthoscope	Jauge de protéine urinaire	Beclométasone inhalateur			
Tensiomètre (digital ou manuel avec stéthoscope)	Jauge de glucose urinaire	Ceftriazone en injection			
Source d'éclairage	Grossesse, urinaire	Glivenclamide			
Récipient à objets tranchants (boîte de sécurité)	VIH	Insuline en injection			
Réceptacle de déchets (poubelle à pédale) avec couvercle et sac poubelle en plastique	Syphilis	Metformine			
Désinfectant		Omeprazole			
Seringues		SRO			
Eau courante avec du savon ou de l'alcool		Paracétamol			
Gants		Salbutamol			
Guide pour précautions générales		Zinc			
Passage 1	Passage 2	Passage 1	Passage 2	Passage 1	Passage 2
31,4 % (0,750)¹	34,2 % (0,723)	58,6 % (0,898)	42,7 % (0,806)	26,0 % (0,747)	23,1 % (0,702)

Note : Toutes les variables ont été codées comme des variables binaires, avoir l'élément contre ne pas l'avoir. Les variables avec des saturations négatives ou en dessous de 0,1 ont été retirées.

¹ % expliqué par la première composante de l'ACP (Alpha)

Annexe C

Variables du processus de la planification familiale

Variables utilisées pour construire les indicateurs sur la qualité du counseling				
Méthode*	Comment utiliser ¹	Effets secondaires ²	Quand retourner ²	Protection contre les IST ¹
Pilules ou injectables	Quand prendre Que faire si on a oublié	Effets secondaires initiaux qui peuvent survenir (comme nausée, prise de poids, et seins tendus)	Retourner à la clinique si un effet secondaire apparaît	La méthode ne protège pas contre les IST, y compris le VIH
Condoms	Chaque condom peut être utilisé une seule fois			Protection double
DIU	Efficace entre 5-12 ans Les utilisatrices doivent régulièrement vérifier les fils après chaque menstruation	Effets secondaires communs qui peuvent apparaître	Retourner à la clinique 3-6 semaines après insertion ou après premières règles. Retourner à la clinique si les effets secondaires continuent	La méthode ne protège pas contre les IST, y compris le VIH
Implants	Efficaces 3-5 ans	Effets secondaires initiaux qui peuvent survenir (comme nausée, prise de poids, et seins tendus)	Retourner à la clinique si les effets secondaires continuent	La méthode ne protège pas contre les IST, y compris le VIH
Abstinence périodique ou méthode du calendrier	Comment identifier la période de fertilité d'une femme ? Pas de rapports sexuels pendant la période fertile de la femme sans une méthode alternative (condom)			La méthode ne protège pas contre les IST, y compris le VIH
MAMA	Doit exclusivement (ou presque exclusivement) allaiter. Pas efficace après le retour des règles L'enfant doit être âgé de moins de 6 mois			La méthode ne protège pas contre les IST, y compris le VIH

*Seules les méthodes qui étaient fournies ou prescrites aux clientes observées étaient incluses.

¹ S'applique aux utilisatrices de toutes les méthodes déclarées

² S'applique seulement aux utilisatrices de pilules, injectables, DIU et implants

Annexe D

Variables utilisées pour construire l'indicateur de la qualité de l'examen du pelvis

Avant la Procédure

- 1 S'est assuré que la cliente a une protection visuelle
- 2 S'est assuré que la cliente a une protection auditive
- 3 A expliqué la procédure à la cliente avant de commencer
- 4 A préparé tous les instruments avant de commencer la procédure
- 5 A lavé ses mains avec du savon et de l'eau ou a désinfecté ses mains avant de commencer la procédure
- 6 A enfilé des gants en latex avant de commencer la procédure

Pendant la Procédure

- 7 A utilisé des instruments stérilisés ou hautement désinfectés
- 8 A demandé à la cliente de prendre des respirations lentes et profondes et de relaxer les muscles
- 9 A inspecté les organes génitaux externes
- 10 A expliqué la procédure du spéculum à la cliente (si spéculum utilisé)
- 11 A inspecté le col de l'utérus et la muqueuse vaginale (en utilisant spéculum et lumière)
- 12 A effectué un examen bi-manuel

Après la Procédure

- 13 A enlevé les gants
- 14 S'est lavé ou désinfecté les mains après avoir enlevé les gants
- 15 A essuyé les surfaces contaminées avec du désinfectant
- 16 A placé les instruments réutilisables dans une solution désinfectante à base de chlore immédiatement après la procédure