|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**EVALUATION DE L’APPROCHE D’IDENTIFICATION SYSTEMATIQUE DES BESOINS DE LA CLIENTE EN PLANIFICATION FAMILIALE (ISBC/PF) DANS LES POINTS DE PRESTATION DE SERVICES DE SANTE (PPS) DE LA RÉGION DE DAKAR**

**(*Étude commanditée par FHI360)***

|  |
| --- |
| **RAPPORT D’ANALYSE DES RESULTATS** |

***Version Finale (26/05/2014)***

**Mai 2014**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Réalisée par*** | |
|  | **AGENCE POUR LA PROMOTION DES ACTIVITES DE POPULATION-SENEGAL (APAPS)**  **1er Étage Immeuble Abdoulaye DIAW, Route des Mamelles, Ouakam (face aux Cimetières)   BP : 16.292 Dakar / Fann - Tél./Fax (221) 33 860 03 21 - (P) : 77 706 54 00 - Email :** [**apaps@orange.sn**](mailto:apaps@orange.sn) |

**SOMMAIRE**

[LISTE DES TABLEAUX 4](#_Toc387762790)

[LISTE DES GRAPHIQUES 5](#_Toc387762791)

[LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS 6](#_Toc387762792)

[RESUME 7](#_Toc387762793)

[I - CADRE GENERAL DE LA RECHERCHE (Dr Ibrahima L. DIOP) 9](#_Toc387762794)

[1.1 - Introduction 9](#_Toc387762795)

[1.2 - Contexte et justification 9](#_Toc387762796)

[1.3 - Brève présentation de l’ISBC/PF 10](#_Toc387762797)

[1.4 - Objectifs de la recherche 11](#_Toc387762798)

[*1.4.1 - But de la RO* 11](#_Toc387762799)

[*1.4.2 - Objectifs spécifiques* 11](#_Toc387762800)

[II - METHODOLOGIE (Dr Ibrahima L. DIOP) 11](#_Toc387762801)

[2.1 - Couverture et cibles de la recherche 11](#_Toc387762802)

[2.2 - Méthode retenue pour l’évaluation de l’ISBC/PF 12](#_Toc387762803)

[2.3 - Technique de collecte adoptée 12](#_Toc387762804)

[2.4 - Organisation et déroulement de la recherche 13](#_Toc387762805)

[2.5 - Exploitation et analyse des données 14](#_Toc387762806)

[2.6 - Difficultés rencontrées et limites des données 14](#_Toc387762807)

[III - RESULTATS DE LA RECHERCHE 15](#_Toc387762808)

[3.1 - Pratique de l’ISBC dans les PPS échantillons (Mme Sambou Pascaline Mb.) 15](#_Toc387762809)

[*3.1.1 - Caractéristiques des PPS échantillons* 15](#_Toc387762810)

[*3.1.2 - Bilan global de la pratique de l’ISBC par PPS* 17](#_Toc387762811)

[*3.1.3 - Pratique de l’ISBC selon les Portes d’entrée* 18](#_Toc387762812)

[*3.1.4 - Déterminants de la pratique de l’ISBC au sein des portes d’entrée* 19](#_Toc387762813)

[3.2 - Les besoins non satisfaits (Makhtar SOW) 22](#_Toc387762814)

[3.3 - Résultats de l’administration des fiches ISBC (Cheikh FALL) 24](#_Toc387762815)

[*3.3.1 - Bilan global de l’administration des fiches ISBC* 24](#_Toc387762816)

[*3.3.2 - Résultats de l’administration des fiches ISBC par type d’unité de service* 25](#_Toc387762817)

[3.4 - Contribution de l’ISBC/PF à la promotion de la PF (Dr Ibrahima L. DIOP) 28](#_Toc387762818)

[*3.4.1 - Évolution de l’utilisation des services de PF* 28](#_Toc387762819)

[*3.4.2 - Part de l’ISBC/PF dans l’augmentation de l’utilisation des services de PF* 30](#_Toc387762820)

[IV - CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS (Mme Marième DIOP) 30](#_Toc387762821)

[Annexe 1](#_Toc387762822) [(Point 2.4) 32](#_Toc387762823)

[Annexe 2](#_Toc387762824) [(Point 3.1) 35](#_Toc387762825)

[Annexe 3](#_Toc387762826) [(Point 3.2) 48](#_Toc387762827)

[Annexe 4](#_Toc387762828) [(Point 3.3) 53](#_Toc387762829)

[Annexe 5 (Point 3.4) 58](#_Toc387762830)

[Annexe 6 :](#_Toc387762831) [Modèle de fiches ISBC 63](#_Toc387762832)

[Annexe 7 :](#_Toc387762833) [Modèle de fiches de depouillement F1, F2, F3, F4, F5 et F6 64](#_Toc387762834)

[Annexe 8 :](#_Toc387762835) [Cadre logique de l’étude 72](#_Toc387762836)

[Annexe 9 :](#_Toc387762837) [Estimation charge de travail des prestataires 73](#_Toc387762838)

**REMERCIEMENTS**

Ce rapport présentant les résultats de l’étude sur l’impact de l’application systématique de l’ISBC dans la réduction des besoins non satisfaits en planification familiale est le fruit d’une parfaite collaboration entre l’APAPS et plusieurs acteurs de la santé, notamment de la Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l’Enfant (DSRSE).

Nos remerciements s’adressent aux prestataires de services travaillant dans les centres de santé et les postes de santé échantillons qui ont à chaque fois accepté avec bienveillance de se soumettre aux nombreuses demandes d’information des assistants de recherche et de leur confier leurs registres à exploiter. C’est le lieu de louer la contribution des Coordinatrices SR des districts sanitaires et des Coordinatrices de Ville du projet ISSU qui, malgré leur calendrier chargé, ont pris part à la formation des assistants, puis ont contribué au recueil des données de services et facilité les contacts entre les assistants de recherche et les prestataires. Cette collaboration n’aurait pas été possible sans l’aval des Médecins Chefs de Districts (MCD) concernés et du Ministère de la Santé et de l’Action Sociale (MSAS) à travers le Directeur de la Santé de la Reproduction de la Survie de l’Enfant. Qu’ils en soient remerciés.

Mention particulière au personnel de FHI360, notamment à sa Directrice Barbara Sow dont l’intelligence et les observations pertinentes, ainsi que celles de Souleymane Baal Anne et Youssou DIOP de IntraHealth ont permis à l’équipe de recherche de résoudre bien des problèmes inhérents à l’étude. Nous nous félicitons de notre collaboration fructueuse avec Barbara Sow et lui souhaitons longue vie et plein succès dans sa nouvelle station à l’étranger.

Nos pieuses pensées vont vers feu Bakka Tamboury Ndiaye, ex-responsable du suivi/évaluation d’IntraHealth, parti à la fleur de l’âge. Il avait été à l’origine de la conception de l’étude sur l’ISBC/PF au Sénégal et il travaillait en étroite intelligence avec l’équipe de l’APAPS dont il a guidé, avec une compétence avérée, les premiers pas dans cette recherche. Il avait su établir une franche, agréable et efficace collaboration entre toutes les parties prenantes et tous les acteurs, sans renoncer à la qualité du travail accompli. Son absence a été fortement ressentie par les chercheurs. Nous lui rendons un hommage mérité et prions pour le repos de son âme. Amine !

Tous nos encouragements et nos félicitations aux assistants de recherche de APAPS pour leur persévérance dans la recherche de l’information exacte, retournant plusieurs fois dans les PPS pour vérifier, faire valider les données collectées et recueillir les opinions de personnes ressources sur les observations qualitatives.

Nos remerciements à Jill Petersen et Seynabou Kassé Koïta pour leur compréhension et leur patience, face aux évènements adverses qui ont retardé l’étude.

Nous ne saurions oublier tous ceux qui ont contribué à la réussite de cette étude mais n’ont pas été cités. Ils méritent largement nos remerciements. Nous leur exprimons toute notre gratitude.

Marième DIOP

Présidente de l’APAPS

# LISTE DES TABLEAUX

**TABLEAUX DANS LE TEXTE**

[Tableau 1 : Caractéristiques des 11 PPS retenus dans l’échantillon 16](#_Toc386465222)

[Tableau 2 : Proportion de consultations ayant donné lieu à l’administration de la fiche ISBC/PF par \_](#_Toc386465223)  [PPS 17](#_Toc386465224)

[Tableau 3 : Résultats de l’administration de la fiche ISBC dans les unités de services SR 26](#_Toc386465240)

[Tableau 4 : Résultats administration ISBC dans les unités de services non SR 27](#_Toc386465242)

[Tableau 5 : Résultats du Test T de Student pour la validité de la différence des moyennes de \_ nombre de nouvelles clientes, tous les PPS échantillon confondus 29](#_Toc386465247)

[Tableau 6 : Estimation de la contribution de l’ISBC/PF à l’augmentation de l’utilisation des services \_](#_Toc386465248) [de PF au cours des 12 mois après le début de l’ISBC par PPS 30](#_Toc386465249)

**TABLEAUX EN ANNEXE**

[Tableau A : Calendrier de réalisation de la recherche 33](#_Toc386465251)

[Tableau B : Liste des personnes ayant pris part au recueil des données 34](#_Toc386465253)

[Tableau C : Liste du personnel d’encadrement 34](#_Toc386465254)

[Tableau C : Répartition du nombre total de consultations et du nombre de consultations ayant \_ abouti à une ISBC par PPS et par porte d’entrée 36](#_Toc386465256)

[Tableau C (Suite & fin) : Répartition du nombre total de consultations et du nombre de \_ consultations ayant abouti à une ISBC par PPS et par porte d’entrée 37](#_Toc386465258)

[Tableau D : Répartition du nombre total de consultations et du nombre de consultations ayant \_ abouti à une ISBC par PPS et selon les principales portes d’entrée 38](#_Toc386465260)

[Tableau E : Répartition du personnel, des consultations et des femmes soumises à l’ISBC par PPS \_ et par porte d’entrée 39](#_Toc386465262)

[Tableau F0 : Nombre de consultations et de femmes soumises à l’ISBC par porte d’entrée et par \_ mois tous PPS confondus 41](#_Toc386465264)

[Tableau F1 : Evolution mensuelle des performances des portes d’entrée du CS Ouakam 41](#_Toc386465266)

[Tableau F2 : Evolution mensuelle des performances des portes d’entrée du CS Gaspard Camara 42](#_Toc386465268)

[Tableau F3 : Evolution mensuelle des performances des portes d’entrée du PS HLM Grand-Yoff 42](#_Toc386465270)

[Tableau F4 : Evolution mensuelle des performances des portes d’entrée du CS de Colobane 43](#_Toc386465272)

[Tableau F5 : Evolution mensuelle des performances des portes d’entrée du CS Dominique 43](#_Toc386465274)

[Tableau F6 : Evolution mensuelle des performances des portes d’entrée de la Maternité de Dalifort 44](#_Toc386465276)

[Tableau F7 : Evolution mensuelle des performances des portes d’entrée du PS D Khoudoss 44](#_Toc386465278)

[Tableau F8 : Evolution mensuelle des performances des portes d’entrée du PS D Rakhmane 45](#_Toc386465280)

[Tableau F9 : Evolution mensuelle des performances des portes d’entrée du PS Hamo 5 45](#_Toc386465282)

[Tableau F10 : Evolution mensuelle des performances des portes d’entrée du PS M Gounass 46](#_Toc386465284)

[Tableau F11 : Evolution mensuelle des performances des portes d’entrée du PS Nimzatt 46](#_Toc386465286)

[Tableau G1 : Proportion de femmes ayant des besoins non satisfaits par le PPS 49](#_Toc386465294)

[Tableau G3 : Proportions de femmes ayant des besoins non satisfaits par PPS et selon les 5 \_](#_Toc386465296)  [principales portes d’entrée 49](#_Toc386465297)

[Tableau G2 : Nombre de femmes éligibles, nombres de femmes ayant des besoins non satisfaits et leur proportion par PPS et par porte d’entrée 50](#_Toc386465299)

[Tableau G4 : Proportion de femmes éligibles ayant des besoins non satisfaits selon la porte \_ d’entrée](#_Toc386465301) [tous PPS confondus 52](#_Toc386465302)

[Tableau G5 : Répartition des femmes ayant exprimé des besoins non satisfaits selon les \_](#_Toc386465303)  [résultats de l’administration de l’ISBC par PPS 52](#_Toc386465304)

[Tableau H1 : Résultats de l’administration des fiches ISBC selon le PPS 54](#_Toc386465306)

[Tableau H2 : Résultats administration de la fiche ISBC par unité de services 55](#_Toc386465308)

[Tableau H3.1 : Motifs de refus par porte d’entrée dans les Unités de Services SR 56](#_Toc386465310)

[Tableau H3.2 : Motifs de refus par porte d’entrée dans les Unités de Services Non SR 57](#_Toc386465312)

[Tableau I-1 : Comparaison évolution de l’utilisation des Services PF et évolution du nombre de \_ nouvelles clientes entre les 12 mois avant l’ISBC et les 12 mois après 58](#_Toc386465314)

# LISTE DES GRAPHIQUES

**GRAPHIQUES DANS LE TEXTE**

[Graphique 01 : Proportion de consultation ayant abouti à l’administration d’une fiche ISBC parmi \_](#_Toc386465225)  [toutes les consultations d’une porte d’entrée donnée (tous les PPS](#_Toc386465226) [confondus) 18](#_Toc386465227)

[Graphique 02 : Proportion de consultations ayant abouti à l’administration d’une fiche ISBC par \_](#_Toc386465228)  [PPS et par porte d’entrée 19](#_Toc386465229)

[Graphique 03 : Proportion de femmes soumises à l’ISBC par porte d’entrée et par mois tous \_](#_Toc386465230) [PPS confondus 21](#_Toc386465231)

[Graphique 04 : Proportion de femmes éligiblesayant des besoins non satisfaits selon le PPS 22](#_Toc386465232)

[Graphique 05 : Proportion de femmes ISBC éligibles ayant des besoins non satisfaits par PPS \_](#_Toc386465233)  [et selon les principales portes d’entrées 23](#_Toc386465234)

[Graphique 06 : Proportion de femmes éligibles ayant exprimé des besoins non satisfaits selon \_ la](#_Toc386465235) [porte d’entrée, tous PPS confondus 23](#_Toc386465236)

[Graphique 07 : Résultats de l’administration des fiches ISBC selon le PPS 24](#_Toc386465237)

[Graphique 08 : Résultats de l’administration des fiches ISBC par unité de services (Tous PPS \_](#_Toc386465238) [confondus) 25](#_Toc386465239)

[Graphique 09 : Proportion des cas de refus selon le motif dans les unités de services SR 27](#_Toc386465241)

[Graphique 10 : Proportion des cas de refus selon le motif dans les unités de services non SR 28](#_Toc386465243)

[Graphique 11 : Comparaison du nombre de consultations PF 12 mois avant l’ISBC/PF et 12 mois \_](#_Toc386465244) [après 28](#_Toc386465245)

[Graphique 12 : Comparaison du nombre de nouvelles clientes PF 12 mois avant l’ISBC et 12 mois \_ après 29](#_Toc386465246)

**GRAPHIQUES EN ANNEXE**

[Graphique A1 : Evolution mensuelle des performances de la CPN par PPS et par mois 47](#_Toc386465288)

[Graphique A2 : Evolution mensuelle des performances des CPoN par PPS 47](#_Toc386465290)

[Graphique A3 : Evolution mensuelle des performances des PEV par PPS 47](#_Toc386465292)

[Graphique B-1 : Evolution mensuelle du nombre de nouvelles clientes 12 mois avant et 12 mois \_ après](#_Toc386465316) [du CS Ouakam 59](#_Toc386465317)

[Graphique B-2 : Evolution mensuelle du nombre de nouvelles clientes 12 mois avant et 12 mois \_ après](#_Toc386465319) [du CS Gaspard Camara 59](#_Toc386465320)

[Graphique B-3 : Evolution mensuelle du nombre de nouvelles clientes 12 mois avant et 12 mois \_ après](#_Toc386465322) [du PS HLM Grand-Yoff 59](#_Toc386465323)

[Graphique B-4 : Evolution mensuelle du nombre de nouvelles clientes 12 mois avant et 12 mois \_ après](#_Toc386465325) [du CS Colobane 60](#_Toc386465326)

[Graphique B-5 : Evolution mensuelle du nombre de nouvelles clientes 12 mois avant et 12 mois \_ après](#_Toc386465328) [du CS Dominique 60](#_Toc386465329)

[Graphique B-6 : Evolution mensuelle du nombre de nouvelles clientes 12 mois avant et 12 mois \_ après](#_Toc386465331) [de la Maternité Dalifort 60](#_Toc386465332)

[Graphique B-7 : Evolution mensuelle du nombre de nouvelles clientes 12 mois avant et 12 mois \_ après](#_Toc386465334) [du PS Darou Khodoss 61](#_Toc386465335)

[Graphique B-8 : Evolution mensuelle du nombre de nouvelles clientes 12 mois avant et 12 mois \_ après](#_Toc386465337) [du PS Darou Rakhmane 61](#_Toc386465338)

[Graphique B-9 : Evolution mensuelle du nombre de nouvelles clientes 12 mois avant et 12 mois \_ après](#_Toc386465340) [du PS Hamo 5 61](#_Toc386465341)

[Graphique B-10 : Evolution mensuelle du nombre de nouvelles clientes 12 mois avant et 12 mois \_ après du PS Médina Gounass 62](#_Toc386465343)

[Graphique B-11 : Evolution mensuelle du nombre de nouvelles clientes 12 mois avant et 12 mois \_ après du PS Nimzatt 62](#_Toc386465345)

# LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

|  |  |
| --- | --- |
| **ACC** | Accouchement |
| **APAPS** | Agence pour la Promotion des Activités de Population-Sénégal |
| **BNS** | Besoins en PF Non Satisfaits |
| **CPC** | Consultations Primaires Curatives |
| **CPN** | Consultations Prénatales |
| **CPoN** | Consultations Post-natales |
| **CS** | Centre de Santé |
| **EDS** | Enquête Démographique et de Santé |
| **FAR** | Femmes en Age de Reproduction |
| **GYoN** | Gynécologie |
| **HVA** | Haut Volume d’Activité |
| **ICP** | Infirmier Chef de Poste |
| **IDE** | Infirmiers d’État |
| **IEC** | Information Éducation Communication |
| **ISBC** | Identification Systématique des Besoins de la Cliente |
| **ISSU** | Initiative Sénégalaise de Santé Urbaine |
| **IST** | Infection Sexuellement Transmissible |
| **MCD** | Médecin Chef de District |
| **PEV** | Programme Élargi de Vaccination |
| **PF** | Planification Familiale |
| **PPS** | Point de Prestation de Service de Santé |
| **PS** | Poste de Santé |
| **PTF** | Proposition Technique et Financière |
| **PTME** | Prévention Transmission Mère-Enfant |
| **RO** | Recherche Opérationnelle |
| **RV** | Rendez-vous |
| **SAA** | Soins Après Avortement |
| **SAD** | Service Additionnel |
| **SFE** | Sages-femmes d’État |
| **SIDA** | Syndrome de l’Immunodéficience Acquise |
| **SPC** | Surveillance et la Promotion de la Croissance |
| **SR** | Santé de la Reproduction |
| **TDR** | Termes De Références |
| **TPC** | Taux de Prévalence Contraceptive |

# 

# RESUME

La présente étude s’inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du projet ISSU. Commanditée à l’APAPS par FHI360, elle a pour objet d’évaluer la contribution de l’Identification Systématique des Besoins de la Cliente en matière de contraception (ISBC/PF) à l’augmentation de l’utilisation des services de PF. L’étude a été effectuée dans la région de Dakar, auprès d’un échantillon de 11 points de prestation de services de santé (PPS) à haut volume d’activité (HVA) situés dans les zones d’intervention du projet ISSU. Parmi ces PPS, on compte 4 centres de santé et 7 postes de santé.

La méthodologie adoptée pour réaliser cette étude a consisté d’abord à recueillir, auprès de ces PPS, des données tirées des registres de consultation et des fiches ISBC pour appréhender le niveau d’application de cette approche ainsi que l’évolution de l’utilisation des services de PF 12 mois avant sa mise en place et 12 mois après. L’acceptabilité et l’efficacité de l’ISBC ont été mesurées à l’aide d’indicateurs élaborés à cet effet. Enfin, sa contribution à l’augmentation de l’offre de services PF a été déterminée par une analyse comparative des 2 séries chronologiques citées précédemment (12 mois avant application de l’ISBC et 12 mois après), validées au préalable par des tests statistiques. De plus, des données qualitatives ont été recueillies auprès des coordinatrices SR et des responsables des unités de services pour déterminer les facteurs qui expliquent les phénomènes observés.

La recherche a été réalisée en 3 étapes : d’abord une phase préparatoire (finalisation protocole de recherche, outils de collecte, sensibilisation personnel des sites et formation des prestataires) de septembre à novembre 2012 ; ensuite le recueil des données de décembre 2012 à novembre 2013 ; et, enfin, l’exploitation des données et la rédaction du présent rapport d’analyse de décembre 2013 à avril 2014. Les principales limites de la recherche sont liées à la nature même des données recueillies et à la difficulté d’identifier les femmes venues plusieurs fois en consultation ou de connaître le devenir des RV et références.

Sur les 131.858 consultations effectuées, dans l’ensemble des PPS échantillons, au cours des 12 mois qui ont suivi le début de l’application de l’ISBC, seulement 9.842 ont donné lieu à l’administration de la fiche ISBC, soit un taux de 7,5%. Si on se réfère à ces chiffres globaux, l’ISBC ne semble pas avoir été pratiquée de façon systématique. Cependant, la réalité est plus complexe car des différences notables ont été relevées dans la pratique de l’ISBC selon la porte d’entrée. En effet, l’administration de la fiche ISBC s’est faite le plus fréquemment à la CPoN, avec un score annuel moyen[[1]](#footnote-1), tous PPS confondus, de 23,3% de ses clientes. Les SAA et la CPN suivent de près avec respectivement 20,3% et 14,5%. Les portes d’entrée restantes sont très loin derrière avec des proportions relativement faibles : 7,3% pour le PEV, 6,6% la GYoN, 3,6% l’ACC et 2,2% la CPC.

Ces moyennes, bien qu’assez élevées pour certaines portes d’entrée, ne rendent pas bien compte de l’ampleur de la fréquence de l’administration de la fiche ISBC. En effet, à travers leurs fortes variations mensuelles, les performances mensuelles des principales portes d’entrée liées à la SR sont parfois très élevées, frisant la systématisation. Ainsi, la CPN au PS Darou Rakhmane a réalisé un score de 89,5% au onzième mois (m11), la CPoN à la maternité de Dalifort 94,3% en m10, la SAA au CS de Ouakam 100,0% de m6 à m9, etc. En revanche, dans les portes d’entrée non SR (CPC, PEV, etc.), les performances mensuelles sont à la fois très irrégulières et faibles. Ainsi, au CPC du PS Darou Rakhmane, ces scores varient de 0,0% à 4,9% et ceux de son PEV de 3,9% à 38,6%. Selon les discussions que les assistants ont eues avec les prestataires, les principales causes de l’irrégularité et de la faible fréquence de l’administration de la fiche ISBC dans ces dernières portes d’entrée seraient, liées à : leur surcharge de travail, leur manque de motivation, leur rejet de l’ISBC considérée comme ne faisant pas partie de leurs tâches, l’insuffisance des supervisions, etc.

Par ailleurs, sur les 8.657 femmes éligibles[[2]](#footnote-2), les 6.468 ont exprimé des besoins non satisfaits en matière de contraception, soit un taux 74,7%. L’importance de cette proportion montre qu’il existe une demande potentielle énorme en PF dans les localités couvertes par les PPS échantillons. Ce sont la CPN, les SAA et la CPoN qui ont obtenu les proportions les plus fortes avec respectivement 89,1%, 79,2% et 74,2%, alors que le PEV, la CPC et la Pédiatrie sont à un niveau moyen avec respectivement 64,4%, 49,1% et 42,9%. Ces résultats illustrent bien le fait que les principaux services liés à la SR ont une grande capacité de sensibilisation des femmes pour les amener à prendre conscience de leurs besoins en PF. En revanche, mis à part le PEV, dans les autres services où la PF n’est pas encore bien intégrée, les performances à ce sujet sont encore insuffisantes.

Les résultats de l’administration de la fiche ISBC montrent la prédominance des rendez–vous (50,2%), loin devant les cas de refus (14,9%), puis viennent les femmes non concernées (12,8%) et les références (8,7%) à un service compètent si le prestataire n’est pas habilité à fournir un service de PF. Les cas de PF appliquée ne représentent que 6,8%. Ces résultats donnent à penser que l’ISBC est très peu efficace, comme elle a abouti à un nombre insignifiant de femmes ayant adopté immédiatement une méthode. Cependant, cette impression est erronée dans la mesure où la forte proportion de RV est due au fait que la plupart des femmes venant en consultation sont dans un état[[3]](#footnote-3) qui ne leur permet pas de bénéficier immédiatement d’une méthode de PF.

Si on ne considère que les femmes éligibles[[4]](#footnote-4), la proportion de femmes que l’ISBC a amené à s’engager à adopter une méthode[[5]](#footnote-5), s’élève à 81,4%, ce qui témoigne bien que cette approche est une stratégie efficace pour promouvoir la pratique contraceptive. Toutefois, sur les 5798 femmes de l’échantillon auxquelles des RV ou des références avaient été donnés, seulement 1313 sont revenues pour bénéficier d’une méthode, soit 22,6%. En d’autres termes, plus des 3/4 d’entre-elles (77,4%) ont été perdues de vue, ce qui traduit une très forte déperdition.

Le nombre de consultations effectuées par les services de PF qui était de 26971 au cours des 12 mois qui ont précédé le début de l’ISBC, est passé à 31628 au cours des 12 mois qui l’ont suivi, soit une augmentation de 17,3%. Au cours de cette même période, le nombre de nouvelles clientes PF a connu une augmentation encore plus forte. Il est passé de 2050 à 4500 femmes, soit un accroissement de 119,5%. Ainsi, le nombre mensuel moyen de nouvelles clientes, tous PPS confondus, est passé de 13,56 à 28,85 entre les 12 mois avant et les 12 mois après.

Le test T de Student effectué sur ces séries chronologiques a montré que la différence entre les moyennes mensuelles est très significative avec une valeur de P égale à 0,000, ce qui témoigne de la validité des augmentations constatées. Enfin, sur les 4500 nouvelles clientes enregistrées au cours des 12 mois après l’ISBC, 1982 ont été générées par l’ISBC, soit une contribution de 44,0% à l’augmentation de l’utilisation des services de PF. Ceci démontre, à suffisance, l’efficacité de l’ISBC à promouvoir la demande de services de contraception au sein des services de santé autres que la PF, notamment au sein des services SR, et de l’opportunité de son extension.

# CADRE GENERAL DE LA RECHERCHE

## Introduction

En dépit des efforts faits au cours des 20 dernières années dans le domaine de la Santé de la Reproduction, le Sénégal compte toujours parmi les pays où la prévalence contraceptive est restée relativement basse et où la mortalité maternelle et la mortalité infantile sont demeurées très élevées. C’est pour apporter une contribution à la résolution de ces problèmes que l’Initiative Sénégalaise de Santé Urbaine (ISSU) a été lancée en 2010, avec comme ambition de promouvoir la pratique contraceptive au Sénégal. L’approche d’Identification Systématique des Besoins de la Cliente (ISBC) s’inscrit dans le cadre des interventions préconisées par le projet pour atteindre ce but.

Dans la perspective de la mise à l’échelle de cette approche, FHI360 avait commandité à l’APAPS une évaluation de sa contribution à l’augmentation de la pratique contraceptive, sous forme de recherche opérationnelle. Ce rapport fait suite à la note sur les principaux résultats de la recherche parue en décembre 2013. Il a pour objet de décrire la méthodologie de façon plus détaillée et d’approfondir l’analyse des résultats selon une démarche explicative. Il comporte 4 parties : le premier chapitre est consacré au contexte, à la justification et aux objectifs de la recherche ; le deuxième porte sur la méthodologie ; les résultats sont présentés dans le troisième chapitre. Le rapport s’achève sur des conclusions et recommandations qui tirent les leçons de cette expérience.

## Contexte et justification

Dans la plupart des pays d’Afrique au Sud du Sahara, et au Sénégal en particulier, la baisse de la fécondité, bien que réelle, demeure encore timide. Les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) effectuées au Sénégal indiquent que le nombre d’enfants par femme en fin de vie reproductive n’a connu qu’un léger recul en passant de 6,4 en 1986 à 5,0 en 2010. Quant aux indicateurs de santé maternelle et infantile, ils sont plus que préoccupants. En effet, selon les résultats de l’EDS MICS 2010-2011, le quotient de mortalité maternelle reste toujours élevé et se situe au-dessus de 392 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes. Quant à la prévalence contraceptive, elle a connu une lente progression en passant de 8% en 1997 à 10% en 2005 (EDS IV), puis à 12% en 2010, alors que l’objectif visé était de 16%. De plus, dans l’utilisation de la contraception il existe de grande disparité selon les régions (Dakar 21%, Matam 3%), les zones d’habitation (urbaine 20%, rural 7%) ou le niveau d’instruction des femmes (Secondaire 26%, non scolarisée à 8%).

Ces niveaux placent le Sénégal dans la catégorie des pays qui se trouvent encore au début de leur transition contraceptive. Pourtant, les besoins en PF existent et sont relativement élevés pour les femmes en âge de procréer. En effet, selon l’EDS MICS, 29% des femmes en union ont des besoins non satisfaits en matière de PF. Parmi celles-ci, la grande majorité a davantage besoin d’utiliser la contraception pour espacer les naissances (22%) que pour les limiter (8%).

Selon toujours la même enquête, la plupart (89%) des femmes non utilisatrices de contraception n’ont jamais eu de contact avec des agents de PF. Parmi elles, 6% seulement ont reçu la visite d‘un agent de terrain qui leur a parlé de PF et parmi celles qui, au cours des 12 derniers mois, se sont rendues en consultation dans un établissement de santé 7% seulement ont été sensibilisées sur la PF. Il en résulte que même si l’information sur la PF est largement diffusée par les média de masse, elle n’est pas consolidée par des approches permettant le changement de comportement. En effet, bien que 93% des femmes aient été informées par les média sur au moins une méthode contraceptive moderne, le recours à la contraception reste faible. Pourtant une part non négligeable de femmes semble favorablement disposée à planifier leurs grossesses car selon l’EDS MICS, 21% des femmes ne voulaient pas avoir d’autres enfants. De plus, parmi celles qui ont souhaité en avoir, 39% désiraient retarder leur prochaine grossesse d’au moins 2 ans.

Ces intentions auront du mal à se concrétiser car lorsqu’elles se décident à pratiquer la contraception, les femmes sont confrontées à de nombreux obstacles à la fois d’ordre socioculturel et médical tels que le manque de connaissance en matière de PF, la crainte des effets secondaires, l’insatisfaction vis-à-vis des méthodes, la médiocrité de l’accès aux contraceptifs, le caractère limité des choix possibles et l’opposition du mari ou l’ambivalence quant au désir d’avoir ou non un enfant. C’est pour traquer les besoins non satisfaits en PF et offrir aux femmes une

prise en charge appropriée (offre de méthode PF, RV ou référence vers une autre unité d’offre de méthode) que le projet ISSU a décidé d’utiliser la technique de l’ISBC recentrée (spécifiquement focalisée sur la PF ou ISBC/PF) pour accroître le recours à la contraception au sein des populations urbaines les plus défavorisées de la ville de Dakar.

En 2005, l’application de l’approche ISBC avait été expérimentée avec succès à Dakar et à Kébémer par la Division de la Santé de la Reproduction en collaboration avec Population Council. Les résultats satisfaisants obtenus, ont servis de cas d’école au projet ISSU qui a adapté l’approche à la planification familiale en vue de réduire les besoins non satisfaits et de sensibiliser les clientes.

En 2011, l’ISBC/PF avait été introduite dans 30 Points de Prestations de Services de santé (PPS) à haut volume d’activité (HVA) dans les districts de Pikine, Guédiawaye, Mbao et Keur Massar. L’objectif était d’enrôler 104 PPS en fin 2012, après une phase test d’un mois dans six PPS dont quatre du secteur public et deux du secteur privé situés dans les mêmes districts. Ensuite, l’approche ISBC devait être introduite dans 27 autres PPS HVA et 57 PPS non HVA. Les premières missions de supervision, dans les 30 PPS HVA, avaient révélé une importante augmentation du nombre de recrues. Mais, en raison de la façon dont les données ont été collectées, ces résultats ne pouvaient pas permettre d’établir de façon certaine l’efficacité à long terme de cette approche, alors que celle-ci doit être confirmée et validée avant l’extension de l’ISBC/PF sur l’ensemble des zones d’intervention du projet ISSU.

C’est pourquoi, avant le passage à l’échelle de l’ISBC/PF, ISSU a décidé de mener une recherche opérationnelle dans quelques unes de ses zones d’intervention pour déterminer si la version de l’ISBC centrée sur la PF peut accroître durablement et de manière significative l’utilisation des services de PF dans les PPS de santé des zones défavorisées de la ville de Dakar. Pour être en mesure de répondre à cette interrogation, en plus des interventions à mener (administration de la fiche ISBC/PF), il est nécessaire de collecter systématiquement les données de base et de procéder rigoureusement à leur analyse afin de déterminer le degré d’efficacité de cette approche. Tel est le mandat dévolu à la présente recherche opérationnelle.

## Brève présentation de l’ISBC/PF

L’ISBC/PF consiste à identifier les besoins non satisfaits en PF chez les clientes afin de leur fournir les conseils adéquats pour un choix éclairé en matière de contraception et leur offrir, au besoin, les services PF ou les orienter vers un service qui en offre. Elle ne concerne que les femmes âgées de 15 à 49 ans, à la recherche de soins pour elles-mêmes ou pour leurs enfants âgés de moins de 5 ans. Au niveau des PPS, cette approche consiste à utiliser une check-list pour identifier les besoins non satisfaits lors de prestations de services autres que ceux de la PF tels que : les consultations prénatales (CPN), les soins post-partum (CPoN), les soins après avortement (SAA), le service des accouchements (ACC), le programme élargi de vaccination (PEV), la surveillance et la promotion de la croissance (SPC), les consultations primaires curatives (CPC), etc. Ces unités de soins des PPS sont appelées, dans le cadre de l’approche, des portes d’entrée (PE).

Cette fiche d’identification (cf. modèle de fiche ISBC/PF en annexe VI) permet à partir de la raison principale de la visite : d’interroger la cliente en l’orientant vers ses besoins en PF ; de l’amener à identifier ses besoins et à prendre une décision en toute liberté sur sa prise en charge ; et de prendre en charge le ou les besoins identifiés par la cliente (Offre de services de PF ; rendez-vous dans la même unité de service ; ou référence vers une autre unité de service du PPS ou vers un autre PPS si le besoin identifié ne peut être satisfait lors de la visite en cours).

Chaque unité de soin (CPN, CPoN, PEV, SPC, SAA, etc.) dispose d’un registre imprimé dans sa salle de consultation pour enregistrer les services qu’elle offre. Les clientes PF sont enregistrées dans le registre de Planification Familiale. Chaque nouvelle cliente PF, identifiée par la technique de l’ISBC/PF, est identifiée comme telle en inscrivant, en rouge dans la colonne ‘’Observations’’, la mention SAD (Service Additionnel) suivie du sigle du service d’origine de la référence de la cliente (exemple CPN, PEV ou SAA).

La réussite de l’ISBC/PF suppose que les conditions suivantes sont remplies : une bonne coordination et organisation interne des services du PPS ; des prestataires de première ligne compétents, engagés et bien formés à l’utilisation de la fiche ISBC/PF ; une utilisation systématique (régulière, exacte et constante) de la fiche ISBC/PF avec toutes les femmes venant

en consultation dans les services servant de ‘’Portes d’entrée’’ en évitant les interruptions et les ruptures de stock de fiches ; un bon remplissage des fiches ; une bonne tenue des registres ; une bonne coordination de la référence ; un choix judicieux des PPS où introduire l’ISBC (PPS disposant de plus d’un service de SR ; de prestataires qualifiés ; et ayant la possibilité d’accroître leur productivité) ; et une supervision régulière des prestataires.

## Objectifs de la recherche

### *But de la RO*

Le but visé par cette évaluation est de contribuer à l’élaboration de stratégies alternatives pour améliorer de façon significative l’accès et l’utilisation des services de PF en vue de promouvoir la pratique contraceptive auprès des femmes issues des milieux urbains défavorisés.

### *Objectifs spécifiques*

Pour atteindre ce but, les objectifs spécifiques retenus sont les suivants :

1. Déterminer l’acceptabilité de l’approche de l’ISBC spécifiquement focalisée sur les besoins non satisfaits en PF de la cliente dans les PPS de Santé ;
2. Mesurer les besoins non satisfaits en PF dans les PPS ;
3. Évaluer la contribution de l’approche ISBC/PF à l’augmentation de l’utilisation des services de PF dans les PPS ;
4. Formuler des recommandations pour d’une part améliorer l’application de l’ISBC/PF et, d’autre part, définir les conditions de son éventuel passage à l’échelle.

La réalisation de ces objectifs spécifiques devait permettre de vérifier l’hypothèse de recherche selon laquelle la version de l’ISBC centrée sur la PF accroît durablement et de manière significative l’utilisation des services de PF dans les PPS de santé des zones urbaines défavorisées.

# METHODOLOGIE

L’approche adoptée pour réaliser cette RO a consisté d’abord à recueillir, auprès d’un échantillon de PPS sélectionnés à cet effet, les données sur le degré d’application de cette pratique et sur l’évolution de l’utilisation des services de PF 12 mois avant la mise en place de l’ISBC/PF et 12 mois après. Ensuite, l’acceptabilité, l’efficacité et la contribution de l’ISBC/PF ont été déterminées par une analyse comparative de ces 2 séries chronologiques. Puis, la validité des données sur la contribution de l’ISBC a été vérifiée à l’aide de tests statistiques. Enfin, des données qualitatives ont été collectées pour l’explication des phénomènes observés.

## Couverture et cibles de la recherche

Pour mener l’expérimentation sur l’ISBC/PF, au total quinze (15) PPS devaient être choisis comme échantillon parmi les cinquante sept (57) PPS/HVA des sites d’intervention du projet ISSU. Leur sélection devait se faire selon les critères suivants : desservir une population importante (au moins 4% de la population du District), avoir un bon taux de fréquentation, une gamme complète de méthodes contraceptives et un personnel formé et compétent. Le choix des PPS à retenir avait été confié aux Médecins Chefs et aux équipes cadre des Districts assistés par les coordinatrices de ville (d’ISSU). En raison de l’incertitude quant’ à la levée du mot d’ordre de rétention des dossiers, suite à la grève qui prévalait dans le district sanitaire de Keur Massar, les quatre (04) PPS de ce district ont dû être retirés du champ de l’étude.

En définitive, la recherche a été effectuée auprès d’un échantillon de onze (11) PPS tirés par choix raisonné parmi les six (6) districts sanitaires de la région de Dakar selon les modalités suivantes : un (01) PPS dans chacun des quatre (04) districts du département de Dakar ; trois (03) PPS dans le district de Pikine ; et quatre (04) PPS dans le district de Guédiawaye. Tous ces PPS étaient censés être des PPS HVA. Par ailleurs, l’ISBC/PF a été introduite en 2011 dans six (06) des PPS échantillons et, en 2012, dans les cinq (05) restants. Chacun d’eux comporte plusieurs unités de services (ou portes d’entrée) dans lesquelles la PF est le plus souvent intégrée. De plus, tous les PPS comptent des prestataires formés (cf. tableau n°1).

Ces PPS constituent la cible primaire de l’étude. Les femmes âgées de 15 à 49 ans venues en consultation représentent la cible secondaire. Cependant, étant donné qu’une femme peut effectuer plusieurs consultations dans des portes d’entrée différentes, alors qu’il n’est pas possible de l’identifier dans les registres de ces unités de service pour ne pas la compter plusieurs fois, il a été décidé de retenir la consultation également comme unité secondaire.

## Méthode retenue pour l’évaluation de l’ISBC/PF

L’évaluation a porté principalement sur les 4 domaines suivants : (1) l’acceptabilité de l’ISBC/PF mesurée par la proportion de clientes[[6]](#footnote-6) ayant subi l’ISBC/PF par rapport à l’ensemble des clientes venues en consultation (tous les services autres que PF confondus) ; (2) les besoins non satisfaits en PF identifiés à l’aide de la fiche ISBC et qui permettent de mesurer la capacité de l’ISBC à amener les femmes à prendre conscience de leurs besoins en PF ; (3) l’efficacité de l’ISBC à convaincre les femmes à adopter une méthode, mesurée par la proportion de femmes soumises à l’ISBC qui finissent par appliquer une méthode ; et (4) la contribution de l’ISBC/PF à l’augmentation de l’utilisation des services de PF, donc à promouvoir la PF. Par ailleurs, un certain nombre d’informations qualitatives vont également être collectées pour déterminer les facteurs explicatifs des phénomènes observés.

La mesure de la contribution de l’ISBC/PF à l’augmentation de l’utilisation des services de PF est basée sur la comparaison de séries chronologiques relatives au nombre mensuel de clientes PF au cours des 12 mois précédant l’introduction de l’ISBC/PF avec celles concernant le nombre mensuel de clientes PF pendant les 12 mois qui ont suivi le démarrage de l’intervention. Toutes choses étant égales par ailleurs, toute variation statistiquement significative entre les deux séries de mesure est censée refléter les changements imputables à différents facteurs dont l’ISBC/PF. Quant à la contribution propre à l’ISBC/PF dans ces changements, elle est mesurée par la proportion de nouvelles clientes PF orientées par l’ISBC/PF, une fois l’augmentation des nouvelles clientes validée statistiquement.

## Technique de collecte adoptée

La technique de collecte retenue pour cette recherche a consisté à recueillir des données secondaires, à partir des registres et des carnets de fiches ISBC détenus par les prestataires, à l’aide de 5 types de fiches de collecte élaborées par l’APAPS. Puis, ces fiches ont été exploitées d’abord manuellement à l’aide de fiches de dépouillement pour la récapitulation des données de base. Ensuite, les données récapitulatives ont été reportées sur des fiches de synthèse pour obtenir les séries chronologiques devant servir à l’analyse des résultats. Ces séries ont porté d’une part sur les 12 mois précédant l’introduction de l’ISBC/PF dans les PPS échantillons et, d’autre part, sur les 12 mois suivant le début de l’application de l’ISBC/PF dans ces PPS.

De plus, des données qualitatives ont été collectées par les assistants auprès des responsables de PPS et des prestataires pour obtenir des informations susceptibles d’apporter des éclairages ou des explications sur les phénomènes observés. Enfin, un échantillon de 16 prestataires[[7]](#footnote-7) a été observé à leurs postes de travail par les coordinatrices SR pour évaluer leurs capacités à respecter la procédure de l’ISBC et à bien remplir les fiches.

Les 5 types de fiches de collecte utilisées à cet effet sont les suivants (cf. modèle de fiches en annexe VII):

* F1 = Fiche de collecte des données des registres des services PF pour recueillir les données sur les 12 mois après le début de l’ISBC/PF concernant : le nombre mensuel de femmes venues en consultation PF; le nombre mensuel de nouvelles clientes ; et, parmi ces dernières, le nombre mensuel de celles qui ont été orientées par l’ISBC/PF et le service de provenance.
* F2 = Fiche de collecte simultanée des données des registres et des carnets ISBC dans les Unités de soins autre que la PF pour recueillir les données sur les 12 mois après le début de l’ISBC/PF concernant : le nombre mensuel de femmes venues en consultation dans ces unités de services ; et parmi elles, le nombre mensuel de femmes soumises à l’ISBC/PF et le résultat de l’administration de la fiche ISBC, en particulier l’expression de besoins non satisfaits.
* F3 = Fiche de collecte des données des registres des services de PF pour recueillir les données sur les 12 mois avant l’introduction de l’ISBC/PF concernant : le nombre mensuel de femmes venues en consultation PF; et le nombre mensuel de nouvelles clientes.
* F4 = Fiche d’observation des prestataires à leur poste de travail[[8]](#footnote-8).
* F5 = Fiche de recueil des données qualitatives concernant la structure et le fonctionnement des PPS, le personnel ainsi que l’explication des phénomènes constatés.

Le cadre logique de la recherche indiquant les articulations entre les objectifs spécifiques, les résultats attendus, les indicateurs et les sources des données se trouve en annexe VIII.

## Organisation et déroulement de la recherche

La recherche a été réalisée par 3 types de personnel : du personnel d’encadrement (le superviseur ISSU et le chercheur principal) ; des assistants de recherche ; et du personnel d’appui (les coordinatrices SR et les responsables de PPS). Les 4 assistants de recherche avaient pour rôle d’assurer le recueil des données, leur exploitation et leur analyse préliminaire. Quant aux coordonatrices SR et aux responsables de PPS, ils servaient d’intermédiaires entre les assistants et les prestataires pour faciliter la collaboration entre eux.

La recherche s’est déroulée en 3 étapes : la préparation technique, administrative et logistique ; le recueil des données ; et l’exploitation et l’analyse des résultats et la rédaction du rapport (cf. calendrier de réalisation de la recherche au Tableau A, annexe I-1). La phase préparatoire a commencé avec la préparation administrative (élaboration du protocole de la recherche sur la base de la proposition technique et financière soumise par l’APAPS et sa validation ; signature d’un contrat de financement entre FHI360 et l’APAPS ; et acquisition de l’autorisation du Comité éthique). Elle s’est poursuivie avec les activités de préparation technique (sensibilisation des autorités médicales, des responsables et des prestataires des structures où la recherche devait se faire, par des visites systématiques sur le terrain ; élaboration des fiches de collecte ; et formation des agents impliqués dans la recherche).



**Photo n°1 :** Photo de groupe des participants à l’atelier de formation

La phase collecte qui a duré 12 mois, s’est faite en 2 temps : les 2 premiers mois ont été consacrés au recueil des données sur les 12 mois[[9]](#footnote-9) avant l’ISBC et les 2 mois après l’ISBC. Ensuite, le recueil des données concernant les 10 mois restants a été effectué, sur une base mensuelle, au fur et à mesure du déroulement de ces mois. Pour les besoins de la collecte un assistant était affecté au district de Pikine, un autre au district de Guédiawaye et les 2 restants au département de Dakar, compte tenu de la charge de travail attendue dans chacune de ces zones (cf. Tableau B en annexe I-2).

Par ailleurs, sur le plan éthique, aucune procédure médicale ou contraignante n’existe dans cette étude. Toute femme, venue en consultation et soumise à l’ISBC/PF, avait la possibilité d’obtenir des services pour satisfaire ses besoins en PF. Pendant l’offre de service, la confidentialité était garantie du fait que tous les services offerts étaient délivrés par des prestataires assermentés. De plus, les données recueillies sont anonymes et les analyses ont été faites sur des données agrégées.

## Exploitation et analyse des données

L’exploitation des données collectées avait été effectuée d’abord manuellement en raison du nombre peu important de PPS et pour permettre aux assistants d’avoir une meilleure maîtrise du processus de collecte. Le dépouillement manuel des fiches de recueil de données s’est fait à l’aide de fiches de dépouillement intermédiaire. Ensuite, les résultats fournis par ces fiches ont été agrégés dans des fiches de synthèse (ou récapitulatives) générant ainsi les séries chronologiques recherchées. A la fin de la collecte, les données ont été saisies en vue d’une exploitation informatique de l’ensemble des résultats.

L’analyse a d’abord consisté à examiner et à comparer ces séries chronologiques, puis à identifier les différences et à en évaluer le degré de signification en recourant à des tests statistiques. L’étape suivante a été axée sur la recherche de l’explication des différences observées quand celles-ci sont significatives, en réexaminant les données détaillées et en recourant aux données qualitatives y afférant.

## Difficultés rencontrées et limites des données

Au cours des opérations de collecte, les assistants ont été confrontés à de nombreuses difficultés de nature et d’importance variées. Ces difficultés peuvent être classées en 2 catégories : les problèmes d’ordre organisationnel ; et ceux d’ordre technique. Si la plupart des problèmes d’ordre organisationnel ont pu être résolus grâce à l’entregent du superviseur ISSU et à l’appui soutenu des coordinatrices SR, en revanche certaines difficultés d’ordre technique sont restées en l’état sans toutefois remettre en cause la qualité des données recueillies.

*a)- Problèmes d’ordre organisationnel*

Il arrivait quelques fois que les assistants ne puissent avoir accès aux registres parce que ceux-ci étaient constamment utilisés par les prestataires ou bien parce qu’il n’était pas possible de les retrouver[[10]](#footnote-10). De même, l’accès aux carnets de fiches ISBC/PF a, quelques fois, posé des problèmes faute d’un bon classement ou de bonnes conditions de conservation engendrant des pertes de temps qui ont été source de retards lors des opérations de collecte, mais aussi des pertes d’information, cependant restées marginales. Par ailleurs, le fait que plusieurs prestataires appartenant à des unités de services différentes partagent le même carnet de fiches ISBC/PF ne contribuait pas non plus à faciliter la collecte des données. Toutefois, ces difficultés n’ont pas eu d’effets négatifs significatifs sur les données recueillies.

*b)- Problèmes d’ordre technique*

Le principal problème d’ordre technique rencontré, lors du recueil des données, est qu’une femme pouvait avoir effectué plusieurs consultations[[11]](#footnote-11) au sein d’un même PPS, au cours des 12 mois de collecte, sans qu’il ait toujours été possible de l’identifier pour éviter de la compter plusieurs fois. Si les prestataires lui administraient la fiche ISBC/PF à chaque contact comme prévu, cela allait se traduire par un gonflement fictif du nombre de femmes soumises à l’ISBC et les résultats auraient été difficiles à interpréter. Mais, en réalité, les prestataires ne soumettaient plus les femmes à

l’ISBC dès qu’ils les identifiaient comme ayant déjà subi cette technique. Cette nouvelle procédure, a pour effet de réduire fictivement le taux de couverture de l’ISBC. En effet, s’il n’y a aucune information (ou notification) permettant de savoir que la femme en question n’est plus concernée (ou éligible), ses consultations suivantes seront prises en considération dans le décompte des consultations, ce qui augmentera fictivement le dénominateur du taux de couverture[[12]](#footnote-12) de l’ISBC.

Deux cas de figures pouvaient se présenter : si les consultations ont eu lieu dans une même unité de soins, les informations contenues dans les registres permettaient, le plus souvent, d’identifier la femme concernée et de ne plus décompter ses consultations suivantes, ce qui permettait d’éviter les doubles emplois. Par contre, face à l’impossibilité de suivre une femme de la CPN à la CPoN puis au PEV, toutes celles qui avaient eu à faire des consultations dans chacune de ces 3 unités de soins, au cours des 12 mois de collecte, et qui n’ont pas été identifiées par les prestataires[[13]](#footnote-13), ont été comptabilisées autant de fois, conduisant ainsi à une surestimation de nombre de femmes soumises à l’ISBC et, par conséquent, à un biais dans le calcul du taux de couverture. En revanche, celles qui ont été identifiées et qui, par conséquent, n’ont pas été soumises une nouvelle fois à l’ISBC, vont en l’absence de notification gonfler fictivement le nombre de consultations, entrainant ainsi une réduction fictive du taux de couverture de l’ISBC.

Un deuxième type de contrainte rencontrée est le fait que l’information disponible[[14]](#footnote-14) ne permettait pas, d’une façon générale, de savoir ce qui est advenu des RV et des références[[15]](#footnote-15). De même, il semble y avoir eu une incompréhension ou une mauvaise interprétation, par des prestataires, de certains concepts tels que le RV, la référence ou l’application d’une méthode, si on en juge d’après la façon dont certaines fiches ont été remplies.

Enfin, le traitement du cas de certaines catégories de femmes s’est révélé être problématique. Il en a été ainsi des femmes accompagnant des malades adultes et de femmes venues rendre visite à des malades[[16]](#footnote-16). Parmi elles, le nombre de celles qui ont été soumises à l’ISBC, est connu. Mais, leur effectif total est inconnu comme elles ne figurent pas dans les registres. Aussi, pour éviter de biaiser les taux de couverture, ces femmes n’ont pas été prises en compte dans le calcul de ces indicateurs. Par ailleurs, pour des raisons d’ordre pratique, l’observation des prestataires qui devait être faite par les assistants, a dû être confiée aux coordinatrices SR. Ces dernières n’ont pu s’en acquitter que tardivement si bien que les fiches d’observation remplies n’ont pu être exploitées.

# RESULTATS DE LA RECHERCHE

## Pratique de l’ISBC dans les PPS échantillons

### *Caractéristiques des PPS échantillons*

Parmi les PPS retenus dans l’échantillon, il y a quatre (04) Centres de Santé (CS), une (01) Maternité et six (06) Postes de Santé (PS). Les PPS dont les zones de couverture comptent le plus de femmes en âge de reproduction (FAR) sont le PS de Médina Gounass (9.974 FAR), le CS de Dominique (9.944 FAR), le PS de HAMO 5 (7.716 FAR) et le CS de Ouakam (7167 FAR). Le nombre de consultations par an ne dépend pas de la taille de la population, ni du nombre de FAR. Ainsi le CS de Colobane, qui couvre 21.095 habitants (hbts) soit 4.852 FAR, n’enregistre que 3.433 consultations par an, contre 28.838 pour le PS de Nimzatt dont la zone de couverture ne compte que 14.463 habitants soit 3.326 FAR.

Le personnel des CS comprend au moins deux (02) médecins, des sages-femmes d’état (SFE), des infirmiers d’état (IDE), des aides infirmiers et des agents de santé communautaire. Les PS disposent d’au moins une (01) SFE, un (01) ICP et des aides infirmiers. La maternité de Dalifort, rattachée au PS de la même localité, est dirigée par une (01) SFE. Dans plusieurs PPS, il a été noté la présence de personnel bénévole ou de stagiaires SFE ou infirmiers. La gamme complète des méthodes contraceptives du programme national SR, autorisée selon le niveau dans la pyramide sanitaire, est disponible dans les PPS.

Tableau 1 : Caractéristiques des 11 PPS retenus dans l’échantillon

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Districts** | **Nom PPS** | **Population**  **couverte** | **Nb**  **FAR** | **Nb prest**  **Formés ISSU** | **Date demarrage ISBC** | **Nbre consul**  **tatio/**  **an[[17]](#footnote-17)** |
| Pikine  365.873 hbts | CS Dominique | 43234 | 9944 | 6 | Juil. 2011 | 8941 |
| Maternité Dalifort | 22763 | 5235 | 3 dont  2ASC | Juil. 2011 | 4277 |
| Darou Khoudoss | 13084 | 3009 | 4 | Juil. 2011 | 11884 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Guédiawaye  324.114 hbts | PS Hamo 5 | 33549 | 7716 | 3 | Juil. 2011 | 32300 |
| PS Darourakhmane | 17449 | 4013 | 5 dont  2 ASC | Mars 2012 | 12153 |
| PS Nimzatt | 14463 | 3326 | 3  dont 1 ASC | Juil. 2011 | 28838 |
| PS Medina Gounass | 43365 | 9974 | 4  dont  2 ASC | Juil. 2011 | 7753 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Dakar ouest | CS Municipal. Ouakam | 31162 | 7167 | 14 | Mars 2012 | 13620 |
| Dakar centre | CS Gaspard Kamara | 23502 | 5406 | 11 | Fév. 2012 | 18867 |
| Dakar nord | PS HLM Grand-Yoff | 28318 | 6513 | 3 | Mars 2012 | 20373 |
| Dakar sud  195.500 hbts | C.S Colobane | 21095 | 4852 | 10 | Avril 2012 | 3433 |

Mis à part le CS de Colobane, presque tous les PPS retenus pour l’étude correspondent à la définition des PPS à haut volume d’activités, si on considère la taille de la population couverte (3,5% à 4% de la population du district), le niveau de fréquentation *(*PPS avec 50% de consultations curatives et préventives (CPC)) offrant une gamme complète de méthodes contraceptives modernes selon les niveaux de la pyramide sanitaire et disposant d’un personnel formé et compétent*.* Le taux d’utilisation des consultations curatives et préventives (CPC) n’a pas été indiqué pour le CS de Colobane, néanmoins vu sa faible fréquentation par rapport à l’importance de son personnel, il peut être classé parmi les PPS non HVA.

La formation à l’ISBC par l’ISSU a ciblé les SFE, les IDE et les aides infirmières. En dehors des médecins, tous les prestataires des PPS retenus pour l’expérimentation de l’ISBC devaient être formés, afin d’impliquer toutes les portes d’entrée dans l’administration de cette approche. Le nombre de prestataires bénéficiaires de ces formations, varie de 14 (11 SFE, 3 infirmières)au CS municipal de Ouakam à 3 (1 SFE et 2 aides soignantes) à la Maternité de Dalifort et au PS de Hamo (2 SFE et 1 infirmier). A l’exception du CS de Dominique (6 agents formés), les CS comptent chacun une dizaine de prestataires formés, alors que les PS en ont au plus 4, c'est-à- dire une SFE, un IDE et une ou deux conseillères. Les SFE sont les principales bénéficiaires de la formation en ISBC dans les CS. Dans 26 PPS du district de Pikine et 20 de Guédiawaye, afin de renforcer l’administration de l’ISBC dans les services de PEV qui reçoivent un nombre important de clientes, des ASC, conseillers en IEC, ont été formés en ISBC par ISSU. A ce personnel dédié à l’ISBC s’ajoutent les bénévoles et les stagiaires qui ont souvent été formés sur le tas par la maîtresse sage-femme et ont participé à sa mise en œuvre.

L’expérimentation de l’ISBC a démarré en 2011 dans 6 PPS, soit 3 à Pikine et 3 à Guédiawaye. Elle a débuté en 2012 dans les 4 districts de Dakar ainsi qu’au PS Darou Rakhmane (Guédiawaye). Presque toutes les portes d’entrée administrent l’ISBC à des degrés divers. Dans la majorité des PPS, les mêmes SFE officient dans ces différentes portes d’entrée et offrent les services en fonction de la demande, conformément aux normes et protocoles SR/PF.

Afin de renforcer l’application de l’ISBC, des SF/ISSU ou SF/modèles ont été placées dans quelques PPS. Le PS deDarou Rakhmane en a bénéficié à partir de mai 2012, soit 2 mois après le démarrage de la collecte sur l’ISBC dans cette structure de santé. Le PS de Madina Gounass a reçu une SFE/ISSU après la période de collecte. Le CS Dominique et le PS de Darou Khoudoss ont chacun reçu 1 SFE /ISSU le dernier mois de collecte.

Pour garantir une correcte application de l’ISBC, il était prévu d’assurer la supervision des prestataires bénéficiaires deux mois après leur formation. Un canevas de rapport de supervision a été élaboré qui devait être conservé par la coordinatrice concernée et une copie envoyée à IntraHealth. Dans les districts de Guédiawaye et de Pikine, ce travail devait être exécuté par les Coordinatrices de ville en collaboration avec le superviseur des soins de santé primaire et les coordinatrices SR. Ces dernières, dans les districts de Dakar, ont assuré ce rôle. Selon les prestataires rencontrés, durant la période retenue pour l’étude, ils n’ont bénéficié que d’une seule supervision. En l’absence de document concernant les supervisions reçues au sein de la plupart des PPS visités, les chercheurs ont dû se contenter de ces déclarations.

Le projet avait mis en place un système dit ‘’Informed Push Model’’ (IPM) pour combattre les ruptures de stock en produits contraceptifs. Les investigateurs n’ont pas pu accéder à des documents informant sur d’éventuelles ruptures de stock des produits contraceptifs ou des outils de l’ISBC, sauf à Hamo 5 où deux cas de rupture de produits contraceptifs ont été relevés dans un registre. Une rupture de stock de contraceptifs, puis de fiches ISBC a été signalée à Dalifort au cours des 2 premiers mois d’introduction de l’approche ISBC. En dehors de ces 2PPS, les prestataires ont affirmé n’avoir pas vécu de ruptures de stock pendant la période d’enquête.

### *Bilan global de la pratique de l’ISBC par PPS*

A l’issue de la formation des prestataires intervenant dans les unités de service de SR des PPS échantillons, l’ISBC/PF était censée y être appliquée de façon systématique à toutes les femmes venues en consultation dans les unités de services autres que la PF, pour elles-mêmes ou pour leurs enfants. Les résultats globaux semblent indiquer, que l’ISBC n’aurait pas été pratiquée de façon systématique dans ces PPS au cours des 12 mois qui ont suivi sa mise en place. En effet, lors des 131.858 consultations effectuées dans l’ensemble des PPS échantillons, toutes portes d’entrée**[[18]](#footnote-18)** confondues, seulement 9.842 ont donné lieu à l’administration de la fiche ISBC, soit 7,5%. Cette proportion passe à 11,8% si on ne considère que les principales portes d’entrée**[[19]](#footnote-19)**, ce qui reste faible malgré tout (cf. tableau 02).

L’examen du tableau 2 ci-après montre que cette dernière proportion varie de 5,3% à 29,2%. Ce sont les PS de Grand-Yoff (29,2%) et Darou Rakhmane (22,8%) ainsi que la maternité de Dalifort (19,0%) et les CS de Colobane (16,0%) et de Gaspard (15,9%) où les fiches d’ISBC ont été administrées le plus fréquemment. En revanche, le CS de Dominique et les PS de Hamo 5 et de Nimzatt sont les PPS où la fréquence d’administration a été le plus faible. Ces moyennes donnent également l’impression que, même dans les PPS les plus performants, la fiche ISBC a été très peu administrée. En réalité, l’ISBC/PF a bel et bien été pratiquée dans tous les PPS échantillon, mais de façon différenciée selon la porte d’entrée et le mois.

Tableau 2 : Proportion de consultations ayant donné lieu à l’administration de la fiche ISBC/PF

par PPS

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **District** | **PPS** | Toutes portes d’entrée confondues | | | Principales portes d’entrée | | |
| Nb total consulta. | Nb ISBC | % | Nb total consulta. | Nb ISBC | % |
| (1) | (2) | (3=2/1) | (4) | (5) | (6=5/4) |
| DAK. OUEST | CS Ouakam | 8 872 | 605 | 6,8% | 6 186 | 556 | 9,0% |
| DAK. CENTRE | CS Gaspard | 15 066 | 1 850 | 12,3% | 11 313 | 1 800 | 15,9% |
| DAKAR NORD | PS HLM G/-Yoff | 18 548 | 3 006 | 16,2% | 6 955 | 2 029 | 29,2% |
| DAKAR SUD | CS Colobane | 1 977 | 276 | 14,0% | 1 571 | 251 | 16,0% |
| PIKINE | CS Dominique | 5 659 | 309 | 5,5% | 5 639 | 300 | 5,3% |
| Mater.Dalifort | 2 601 | 494 | 19,% | 2 600 | 493 | 19,0% |
| PS D. Khoudoss | 10 247 | 235 | 2,3% | 2 152 | 229 | 10,6% |
| GUEDIAWAYE | PS D/Rakhman | 10 344 | 580 | 5,6% | 2 321 | 529 | 22,8% |
| PS Hamo 5 | 25 372 | 1 056 | 4,2% | 16 276 | 1 049 | 6,4% |
| PS M. Gounass | 7 046 | 368 | 5,2% | 2 426 | 245 | 10,1% |
| PS Nimzatt | 26 126 | 1 063 | 4,1% | 13 609 | 905 | 6,7% |
| **Total** | | **131 858** | **9842** | **7,5%** | **71.048** | **8386** | **11,8%** |

**Source :** Tableau C en annexe II-1

### *Pratique de l’ISBC selon les Portes d’entrée*

Pour un PPS donné, la fréquence moyenne d’administration de la fiche ISBC dépend de la taille[[20]](#footnote-20) et de la performance[[21]](#footnote-21) de chacune de ses Portes d’entrée. Or, celles-ci varient sensiblement aussi bien au sein d’un même PPS que d’un PPS à l’autre. Aussi, pour pouvoir comprendre la cause de ces différences de fréquence d’administration de la fiche ISBC par PPS, il est indispensable d’analyser conjointement le poids que représentent les consultations de chaque porte d’entrée et la façon dont cette technique y est pratiquée.

Selon les données recueillies, la CPC constitue le motif de consultations le plus important avec 38,8% de l’ensemble des consultations, toutes unités de soins confondues[[22]](#footnote-22). Elle est suivie par le PEV (22,5%). La CPN, CPoN et la GYoN ne représentent que respectivement 16,0%, 8,7% et 6,7%. La part respective des autres unités de soins est négligeable et varie entre 0,4% et 3,6% (cf. Tableau C en annexe II-1. Compte tenu de leur poids, ces dernières unités de soins influent peu sur le nombre de femmes soumises à l’ISBC et, par conséquent, sur les performances[[23]](#footnote-23) des PPS.

Par ailleurs, l’examen du graphique 1 montre que la pratique de l’ISBC varie sensiblement d’une porte d’entrée à l’autre. La CPoN est l’unité de soins où l’administration de la fiche ISBC se fait le plus fréquemment avec un score moyen, tous PPS confondus, de 23,3% de ses clientes. Elle est suivie de près par les SAA (20,3%) et la CPN (14,5%). Les portes d’entrée restantes sont très loin derrière avec des proportions relativement faibles. Il en est ainsi en particulier du PEV avec 7,3% de ses consultations ayant abouti à l’administration de la fiche ISBC et 2,2% pour la CPC, ce qui est marginal.

Graphique 01 : Proportion de consultation ayant abouti à l’administration d’une fiche ISBC

Parmi toutes les consultations d’une porte d’entrée donnée (tous les PPS

confondus)

**Source :** Tableaux C en annexe II-1.

Toutes fois, ces moyennes ne rendent pas bien compte de l’ampleur de la fréquence de l’administration de la fiche ISBC. En effet, à travers leurs fortes variations mensuelles, les performances des principales portes d’entrée liées à la SR sont très élevées une bonne partie des mois, frisant la systématisation. Ainsi, la CPN au PS Darou Rakhmane a réalisé un score de 89,5% au onzième mois (m11)(cf. tableau F8 en annexe II), la CPoN à la maternité de Dalifort 94,3% en m10(cf. tableau F6 en annexe II), la SAA au CS de Ouakam 100,0% de m6 à m9(cf. tableau F1 en annexe II), etc. En revanche, dans les portes d’entrée non SR (CPC, PEV, etc.), les performances mensuelles sont à la fois très irrégulières et faibles. Ainsi, au CPC du PS Darou Rakhmane, ces scores varient de 0,0% à 4,9% et ceux de son PEV de 3,9% à 38,6%.

Il en résulte que, grâce à leurs performances élevées et en dépit de leur poids modeste, la CPN et la CPoN constituent les portes d’entrée qui ont enregistré le plus grand nombre de consultations ayant abouti à une ISBC, soit respectivement 30,9% et 26,3% des femmes ISBC par rapport à l’ensemble des femmes ayant subi cette technique (9.842). De même, de par son poids, le PEV a apporté une contribution significative avec 22,1% de l’ensemble des femmes ISBC, en dépit de sa faible performance (7,3%) (cf. Tableau C, annexe II-1).

L’effet combiné du poids de chaque porte d’entrée et de ses scores a conduit au résultat suivant : c’est grâce à la GYoN (67,9% de score), la CPN (40,6%) et au PEV (19,9%) pour lesquels il a fait d’assez bonnes performances que le PS de HLM Grand-Yoff s’est placé en tête des PPS avec 29,2% (cf. graphique 2 et Tableau D, annexe II-2). Celui de Darou Rakhmane doit sa bonne position (deuxième avec 22,8%) à ses performances en CPN (85,4%) et en PEV (18,4%). La maternité de Dalifort (19,0%) s’est distinguée surtout en raison de ses scores en PEV (27,6%) et en CPoN (22,4%) qui sont, somme toute, très modérés. Quant aux CS de Colobane et de Gaspard, leur rang est dû principalement à leurs assez bonnes performances en CPN et en CPoN.

Graphique 02 : Proportion de consultations ayant abouti à l’administration d’une fiche ISBC par

PPS et par porte d’entrée

**Source :** Tableaux D en annexe II-2.

### *Déterminants de la pratique de l’ISBC au sein des portes d’entrée*

Étant donné qu’il n’est pas possible d’agir sur le poids des portes d’entrée pour promouvoir l’ISBC, la seule alternative qui reste est de chercher à améliorer leurs performances, tout en prenant en compte leurs poids. Aussi, s’avère-t-il nécessaire d’identifier les facteurs qui déterminent ces performances et les mécanismes par lesquels ils agissent sur eux de façon à pouvoir les augmenter. Selon les hypothèses retenues dans cette étude, les performances d’une porte d’entrée dépendent de plusieurs facteurs dont : le poids[[24]](#footnote-24) de la porte d’entrée, le nombre de ses prestataires formés en ISBC, l’engagement de ces prestataires[[25]](#footnote-25) et du contexte dans lequel l’unité de soins travaille[[26]](#footnote-26).

1. *Cas de la CPC :*

L’ISBC a été très peu pratiquée en CPC dans la presque totalité des PPS. Le CS de Grand-Yoff se distingue du lot avec une proportion de 8,4% d’administration de la fiche ISBC/PF. Dans les autres PPS, ce taux est nul ou presque nul : 0,0% à Ouakam, Gaspard et Pikine ; et 0,1% à 2,2% pour les PPS restants (cf. Tableau C (Suite et fin) en annexe H-1). Au départ, seuls les ICP avaient été formés en ISBC (cf. Tableau E, annexe II-3). Bien que certains d’entre-eux aient démultiplié cette formation auprès de leurs assistants, il leur a été difficile de mener les activités ISBC. Selon certains prestataires rencontrés par les assistants, cette situation s’expliquerait par leur forte charge de travail due à la très forte affluence de patients dans leurs unités de services. En effet, le nombre moyen de patients consultés par jour est beaucoup plus élevé à la CPC (14,62) qu’au PEV (7,24) et aux portes d’entrées SR telles que la CPN/CPoN/GYoN (4,23), soit plus de 2 fois plus que le PEV et près de 4 fois plus que la CPN/CPoN/GYoN (cf. mode d’estimation de la charge de travail des prestataires par unité de service en annexe IX).

Par ailleurs, certains ICP rencontrés par les assistants considèrent l’ISBC comme étant l’affaire des services liés à la SR et estiment ne pas avoir à rendre compte sur leurs activités relatives à l’ISBC. Enfin, si au début, quelques PPS ont fait de bons scores au CPC, avec le temps ces scores se sont amenuisés en raison du relâchement des agents consécutif à l’insuffisance des supervisions. Le seul cas[[27]](#footnote-27) où l’administration de la fiche ISBC s’est faite de façon assez significative en CPC est dû à l’engagement personnel de l’ICP. Cette situation est regrettable, car le CPC a un fort potentiel de recrutement en raison de son grand réservoir de patientes.

1. *Cas du PEV :*

Le PEV, également, est une porte d’entrée ayant un potentiel élevé de clientes. Ici, aussi, l’ISBC a été pratiquée de façon très irrégulière. Quatre (4) PPS[[28]](#footnote-28) ont réalisé des scores assez satisfaisants au PEV allant de 18,4% à 27,6%. Les 7 restants sont à des niveaux très faibles allant de 1,9% à 7,3% (cf. Tableau C, annexe II-1). Une bonne partie des prestataires ont été formés mais certains avec retard, ce qui a contribué à réduire davantage les performances au PEV des PPS correspondants. Ici, aussi, le principal facteur bloquant est la forte affluence dans cette unité de service qui se traduit par une assez lourde charge de travail selon des prestataires de cette porte d’entrée rencontrés par les assistants. Cependant, il y a plus de possibilités d’accroître leur productivité qu’en CPC. Toutefois, ces prestataires également ne considèrent pas l’ISBC comme faisant partie de leur paquet d’activités et de devoir en rendre compte d’autant plus qu’il y a eu peu de supervision. Enfin, c’est ici qu’il y a eu le plus de ruptures de stocks de fiches ISBC.

Les meilleures performances du PEV ont été réalisées quand du personnel d’appoint[[29]](#footnote-29) a été affecté, en appui à l’ISBC, dans ce type d’unité de service. C’est le cas des PS de Darou Khoudoss et de Nimzatt. Toutefois, ces performances disparaissent avec le départ du personnel d’appoint. Et c’est vraisemblablement pour cette raison que ISSU a pris l’initiative de former, à mi-parcours, une quarantaine de conseillers appartenant au PEV. A la maternité de Dalifort et aux PS de HLM Grand-Yoff et de Darou Rakhmane, la régularité et la forte fréquence de l’administration de la fiche ISBC s’expliquent davantage par l’engagement de leurs responsables respectifs.

Enfin, il convient de rappeler que la fréquence d’administration de la fiche ISBC au PEV est sous estimée en raison de limites dans le recueil des données. En effet, comme indiqué au point 2.6 sur la méthodologie, l’absence de notification du cas des femmes ayant déjà subi l’ISBC, et qui donc ne sont plus éligibles, conduit à une augmentation fictive du dénominateur de la proportion de femmes ISBC, ce qui entraine sa réduction.

1. *Cas de l’ACC :*

Cette Unité de Services a une faible capacité de recrutement pour deux raisons : d’abord, elle a une faible affluence comparée aux autres unités de soins ; ensuite, ici les conditions d’application de l’ISBC n’y sont pas favorables en raison de l’état dans lequel se trouvent les patientes de cette unité de soins. En effet, dans cette porte d’entrée, les patientes sont plus préoccupées par la proximité de leur accouchement qu’elles appréhendent avec anxiété et par leur rétablissement après leur accouchement.

1. *Cas de la GYoN et des SAA :*

Ce sont les portes d’entrée idéales pour l’ISBC comme le counseling en PF fait partie de leur paquet de services. Aussi n’est-t-il pas surprenant que leurs performances aient été très élevées certains mois dans certains PPS tels que le PS de HLM Grand-Yoff avec un taux annuel de 67,9% pour la GYoN (cf. Tableau F3, annexe II-6) ou le PS de Médina Gounass avec un taux annuel de 84,3% pour le SAA (cf. Tableau F10, annexe II-13). Mais, leurs activités ISBC sont irrégulières. De plus, ils ont une faible capacité de recrutement en raison de leur faible affluence, surtout en SAA.

1. *Cas de la CPN et de la CPoN :*

Ces 2 types d’unité de soins sont les portes d’entrée où l’ISBC a été pratiquée le plus fréquemment avec des taux qui approchent la systématisation. Dans presque tous les PPS, ce sont les mêmes prestataires, sage-femme d’état (SFE), qui officient aussi bien à la CPN qu’à la CPoN et à la GYoN. Cependant, la façon dont l’ISBC est pratiquée dans ces 3 portes d’entrée est variable selon le PPS. Selon les responsables des unités SR rencontrés par les assistants, les différences de fréquence entre CPN, CPoN et GYoN tiennent souvent au choix des SFE responsables. Certaines estiment plus efficace de donner la priorité à la CPN pour éviter les déperditions fréquentes à la CPoN. D’autres, pensent que l’ISBC est plus appropriée en CPoN parce que c’est à ce moment que la femme peut adopter une méthode et l’appliquer.

Chacune de ces 2 approches présente des avantages et des inconvénients. En effet, en CPN il est possible d’intercepter toutes les femmes en grossesse sauf celles qui accouchent à domicile et qui ne font pas de CPN le plus souvent. Cependant, rien ne garantit que ces femmes viennent à leurs RV après leur délivrance, comme cela apparaît au chapitre relatif aux résultats de l’ISBC. De même, selon les informations tirées des discussions avec les coordinatrices SR et certaines SF, une bonne partie des femmes venant d’accoucher ne respectent pas leurs RV de CPoN, ce qui peut entrainer de fortes déperditions aussi.

Par ailleurs, l’examen des tableaux de la série F (en annexe II) montre que les performances des différentes portes d’entrée varient sensiblement selon le mois. L’évolution de ces performances est relativement stable pour la CPN révélant une certaine constance, avec une tendance à la hausse, de la pratique de l’ISBC dans cette porte d’entrée (cf. graphique 03 indiquant l’évolution mensuelle des performances des principales portes d’entrée). En revanche, les fluctuations des performances de la CPoN et du PEV sont très fortes avec des tendances divergentes (cf. graphiques A1 et A2 en annexe II-15) indiquant l’évolution mensuelle des performances de la CPoN et du PEV).

Graphique 03 : Proportion de femmes soumises à l’ISBC par porte d’entrée et par mois tous

PPS confondus

**Source :** Tableau F0 en annexe II.

Cette évolution contrastée est due à de nombreux facteurs parmi lesquels la motivation des prestataires occupe une place importante, selon les discussions des assistants avec les prestataires. Dans les unités de services relevant de la SR, leur engagement semble s’être maintenu en dépit de la surcharge de travail que représente l’ISBC, des frustrations liées à l’absence de motivation et de l’insuffisance des supervisions. Par contre, dans les unités de soins autres que celles SR, la motivation semble s’être émoussée avec le temps d’abord en raison du manque de supervision qui donne à penser aux prestataires que cette activité ne présente pas d’intérêt même pour les initiateurs et, ensuite, parce qu’ils considèrent que l’ISBC ne fait pas partie des tâches qui leur sont dévolues.

Enfin, le fait que plusieurs prestataires aient été formés dans une même unité de service n’a pas contribué à accroître sa performance. En effet, le nombre de fiches remplies par les 6 prestataires de la CPN/CPoN/GYoN du CS de Ouakam (424) représentent le tiers de celles remplies par l’unique prestataire des mêmes services du PS de HLM Grand-Yoff (1332) (cf. Tableau E annexe II-3). La même comparaison peut être faite, dans une moindre mesure, entre le CS de Dominique et la Maternité de Dalifort. Enfin, au niveau du CPC et du PEV, le personnel non qualifié semble avoir produit plus de résultats que le personnel qualifié trop chargé.

## Les besoins non satisfaits

Dans cette recherche, les besoins non satisfaits en matière de contraception sont mesurés par la proportion de femmes soumises à l’ISBC/PF qui ont déclaré ne pas être sous contraceptif (non à la question Q6 de la fiche ISBC/PF) mais qui souhaiteraient avoir recours à une méthode contraceptive (oui à la question Q7 de la même fiche). Cette définition est différente de celle utilisée couramment dans les études sur la PF et, en particulier dans les EDS[[30]](#footnote-30). L’objectif de cet indicateur est juste d’évaluer le nombre potentiel de femmes soumises à l’ISBC/PF susceptibles de devenir des clientes de la PF.

Sur les 9.842 femmes soumises à l’ISBC dans les 11 PPS échantillons, les 8.657 ne sont pas sous contraceptifs et sont susceptibles d’avoir des besoins en PF. Parmi ces 8.657 femmes, 6.468 ont exprimé des besoins non satisfaits en matière de contraception, soit un taux 74,7% (cf. Graphique n° 04 ci-après). L’importance de cette proportion montre qu’il existe une demande potentielle énorme en PF dans les localités couvertes par les 11 PPS échantillons.

Graphique 04 : Proportion de femmes éligibles[[31]](#footnote-31) ayant des besoins non satisfaits selon le PPS

Source : Tableau G1 en annexe III-1

La proportion de femmes ayant des besoins non satisfaits varie peu d’un PPS à un autre et se situe entre 58,0% au PS de Darou Khoudoss et 91,2% au PS de Nimzatt (cf. graphique 04). En revanche, au sein d’un même PPS, cette proportion varie d’une porte d’entrée à une autre. Dans presque tous les PPS, la CPN est la porte d’entrée qui a enregistré les proportions les plus élevées de femmes identifiées comme ayant des besoins non satisfaits, avec des taux dépassant les 80%.

La CPoN et le PEV viennent au second rang avec des proportions presque aussi importantes. La GYoN n’a dominé que dans 2 PPS, mais à partir d’effectifs relativement faibles. Alors que pour le CPC, les proportions sont marginales sauf dans 3 PPS sur les 11. Il en résulte que dans un même PPS, la proportion de femmes ayant exprimées des besoins non satisfaits est plus importante au niveau des unités de service spécialisées dans la SR, particulièrement à la CPN et la CPoN et dans une moindre mesure au niveau du PEV (cf. graphique 05).

Graphique 05 : Proportion de femmes ISBC éligibles ayant des besoins non satisfaits par PPS

et selon les principales portes d’entrées

Source : Tableau G3 en annexe III-3

Ces résultats sont corroborés par le graphique 06 suivant qui donne la proportion de femmes ayant exprimé des besoins non satisfaits selon la porte d’entrée, tous PPS confondus. Si on ne prend pas en compte les portes d’entrée[[32]](#footnote-32) ayant de faibles nombres de femmes éligibles[[33]](#footnote-33), ce sont la CPN, les SAA et la CPoN qui ont obtenu les proportions les plus fortes avec respectivement 89,1%, 79,2% et 74,2%. Le PEV a réalisé un score relativement satisfaisant (64,4%), alors que la GYoN, la CPC et la Pédiatrie sont à un niveau moyen avec respectivement 54,9%, 49,1% et 42,9%.

Ces résultats illustrent bien le fait que les principaux services liés à la SR ont une grande capacité de sensibilisation des femmes pour les amener à prendre conscience de leurs besoins en PF. En revanche, les autres services où la PF n’est pas encore bien intégrée, les performances à ce sujet sont encore insuffisantes. Ces différences de performances s’expliquent vraisemblablement par le fait que les services SR maîtrisent mieux et pratiquent plus le counseling PF.

Graphique 06 : Proportion de femmes éligibles ayant exprimé des besoins non satisfaits

selon la porte d’entrée, tous PPS confondus

**Source :** Tableau 04 annexe III-4

Enfin, comme dans le point 3.1 précédent, pour la majeure partie (89,7%) des femmes ayant exprimé un besoin non satisfait, l’administration de la fiche ISBC a abouti à un RV ou à une référence (cf. tableau G5 en annexe III-4). La cause de ce résultat est la même que celle citée au même point (3.1).

## Résultats de l’administration des fiches ISBC

### *Bilan global de l’administration des fiches ISBC*

Quatre cas de figures peuvent se présenter à l’issue de l’administration d’une fiche ISBC/PF à une femme venue en consultation. Celle-ci peut avoir bénéficié immédiatement d’un service de PF (cas de PF appliqué). Ou bien, le prestataire est compétent pour fournir un service de PF mais lui donne rendez-vous à une date ultérieure pour différents motifs (cas de RV). Il peut ne pas être habilité à fournir un service de PF, et si la femme est intéressée, il la réfère vers un service compétent (cas de référence). Si la femme déclare ne pas être intéressée, c’est un cas de refus. Si elle est déjà sous contraceptif, elle n’est pas concernée par l’ISBC. Les cas où la fiche ISBC est mal remplie ou n’a pas été retrouvée, sont classés ‘’Autre’’.

Selon les résultats de la recherche, l’administration de la fiche ISBC a abouti le plus souvent à des rendez–vous (50,2%). Ces derniers sont suivis de loin par les cas de refus (14,9%), les femmes non concernées (12,8%) et les références (8,7%). Les cas de PF appliquée ferment la marche avec 6,8% (cf. Tableau H1 en annexe IV-1). Cette situation est presque la même dans tous les PPS (cf. graphique 07 ci-après) et donne à penser que l’ISBC est très peu productive, comme elle a abouti à un nombre insignifiant de femmes ayant adopté immédiatement une méthode. Cependant, cette impression est erronée dans la mesure où la plupart des femmes venant en consultation ne sont pas en mesure d’appliquer immédiatement une méthode, même si elles désirent en adopter une et, par conséquent, ne pouvaient qu’obtenir un RV ou une référence.

Graphique 07 : Résultats de l’administration des fiches ISBC selon le PPS

Sources : Tableau H1 en annexe IV-1

Si on considère à la fois les femmes ayant appliqué plus celles ayant obtenu un RV ou une référence, on obtient que c’est 65,7% des femmes soumises à l’ISBC qui ont été convaincues d’adopter une méthode de PF. Seule une faible proportion de femmes (14,9%) ont refusé la contraception. De plus, si on ne tient pas compte des femmes non concernées[[34]](#footnote-34) et de celles dont les fiches étaient incomplètes ou non retrouvées, la proportion de femmes soumises à l’ISBC qui ont été convaincues s’élève à 81,4%[[35]](#footnote-35), ce qui témoigne bien que l’ISBC est une stratégie efficace[[36]](#footnote-36) pour amener les femmes ayant des besoins non satisfaits à adopter une méthode de contraception.

Par ailleurs, si on défalque le nombre de femmes ayant appliqué (669) du nombre de nouvelles clientes PF orientées par l’ISBC (1982), on obtient que 1313 femmes, sur les 5798 auxquelles des RV ou des références avaient été donnés, sont revenues pour adopter une méthode, soit 22,6% de ces femmes (cf. tableau H1 en annexe IV-1). Cela signifie que 77,4% d’entre-elles ont été perdues de vue. Bien que ce chiffre soit surestimé[[37]](#footnote-37), il n’en demeure pas moins qu’il traduit une forte déperdition.

### *Résultats de l’administration des fiches ISBC par type d’unité de service*

Comme pour le recrutement de femmes (cf. point 3.1), les résultats de l’administration des fiches ISBC dans un PPS donné dépendent des performances réalisées par chacune de ses portes d’entrée. Or, celles-ci varient d’une porte d’entrée à l’autre (cf. graphique 08 ci-après). En dehors du cas ‘’autres’’ (79,3%), c’est en GYoN (34,0%) et en SAA (25,8%) qu’on retrouve les plus fortes fréquences de cas de ‘’PF appliquée’’. La CPN, la CPoN, l’ACC et les SAA sont les portes d’entrée où, dans la plupart des cas, l’administration de la fiche ISBC a abouti à un RV avec respectivement 89,3%, 56,0%, 49,3% et 46,4% (cf. Tableau H2 annexe IV-2). Pour les portes d’entrée restantes[[38]](#footnote-38), ce sont les ‘’non concernées’’ et les refus qui sont les résultats les plus fréquents. Les paragraphes qui suivent ont pour objet de décrire la situation prévalant dans chaque type de porte d’entrée et d’en analyser les causes de façon à pouvoir en tirer des leçons en vue de l’amélioration de l’efficacité de l’ISBC.

Graphique 08 : Résultats de l’administration des fiches ISBC par unité de services

(Tous PPS confondus)

Source : Tableau H2 annexe IV-2

1. *- Cas des unités de services SR[[39]](#footnote-39)*

Dans les unités de services SR telles que la CPN, la CPoN, les SAA et l’ACC[[40]](#footnote-40), l’administration de la fiche ISBC aux clientes, venues en consultation, a le plus souvent abouti à des RV comme indiqué précédemment. La prédominance des RV s’explique principalement par le statut[[41]](#footnote-41) des clientes. En effet, pour la porte d’entrée CPN, toutes les patientes étant en grossesse, la seule alternative du prestataire, quand la femme accepte d’adopter une méthode, est de lui donner un RV[[42]](#footnote-42) après son accouchement ou bien de la référer vers les services compétents où celle-ci devra se rendre,

toujours après son accouchement. Dans ce cas de figure, il est normal que la presque totalité des femmes (89,3%) aient obtenu un RV (cf. tableau 03 suivant) comme les prestataires de ces unités de services sont habilités à offrir des services de PF. Il en est de même pour la CPoN (56,0%), l’Accouchement (49,3%) et les SAA (46,4%) qui ont également enregistré des proportions élevées, car la plupart de leurs patientes doivent attendre le J42, après avoir vu leurs prochaines menstrues, pour être en mesure d’adopter une méthode contraceptive.

Tableau 03 : Résultats de l’administration de la fiche ISBC dans les unités de services SR

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Porte d’entrée | PF applique | RV | Référence | Non concerné | Refus | Autres |
| ACC | 0,0% | 49,3% | 0,0% | 1,5% | 9,1% | 40,3% |
| CPN | 0,0% | 89,3% | 0,2% | 0,1% | 7,2% | 3,2% |
| CPoN | 7,0% | 56,0% | 12,6% | 0,1% | 14,3% | 10,0% |
| SAA | 25,8% | 46,4% | 3,1% | 1,0% | 13,4% | 10,3% |
| GYoN | 34,0% | 8,0% | 1,7% | 18,5% | 30,9% | 6,8% |
| PEDIAT | 0,0% | 10,0% | 14,0% | 44,0% | 0,0% | 32,0% |
| ENSEMBLE | 6, 3% | 66,8% | 5,4% | 2,2% | 12,3% | 7,0% |

Source : Tableau H2 annexe IV-2

Compte tenu du fait que ces portes d’entrées regroupent les plus grands nombres de femmes ISBC (CPN 30,9% ; CPoN 26,3% ; cf. tableau C annexe H-1)[[43]](#footnote-43), l’ampleur de ces proportions est préoccupante car cela va engendrer des effectifs très importants de RV qui constitueront un véritable handicap pour l’ISBC en raison des fortes déperditions parmi les RV. Par ailleurs, ces portes d’entrée ont peu référé comme attendu (0,2% pour la CPN ; 3,1% pour les SAA ; et 12,6% pour la CPoN), car les prestataires qui y travaillent sont habilités à offrir des services de PF. De plus, ces portes d’entrée ont enregistré peu de cas de femmes non concernées (0,1% pour la CPN et la CPoN) pour la raison évidente que leurs clientes ne peuvent être sous contraceptifs comme il s’agit de femmes en grossesse ou qui viennent d’accoucher. Enfin, ces unités de services ont été confrontées à des nombres non négligeables de refus (7,2% pour la CPN et 14,3% pour la CPoN) ce qui est préoccupant.

Dans les unités de services SR restantes (GYoN et Pédiatrie), les résultats sont contrastés. Les RV et les références y sont très peu fréquents (GYoN 8,0% et 1,7% ; Pédiatrie 10,0% et 14,0%). Cependant, la GYoN a réalisé une bonne performance avec 34,0% de femmes ISBC ayant appliqué, mais aussi un taux élevé de refus (30,9%). La Pédiatrie est l’unité de service SR qui a obtenu les performances les plus médiocres (44,0% de non concernées et 32% de fiches non retrouvées ou mal remplies).

Sur le plan de la qualité du remplissage et du classement de fiches ISBC, la CPN a fait de bonnes performances avec juste 3,2% de fiches mal remplies ou non retrouvées. Celles de la CPoN et des SAA sont à la limite de l’acceptable avec respectivement 10,0% et 10,3% de fiches mal remplies ou pas classées. Par contre, ce sont les services des accouchements et de la pédiatrie qui ont eu les performances les plus médiocres avec respectivement 40, 3% et 32,0% de fiches mal remplies ou pas classées.

Enfin, peu de refus à la contraception ont été constatés dans les unités de services SR avec une moyenne, tous PPS confondus, de 16,6%. Seule la GYoN a enregistré un taux assez élevé de cas de refus avec 30,9%. Une réduction de ces taux permettrait d’améliorer l’efficacité de l’ISBC. Les principaux motifs de refus dans les unités de services SR sont liés à la réticence des hommes à la contraception ou à leur absence : mari en voyage 18,6% ou le refus du mari 15,9% (cf. graphique 09 suivant).

Graphique 09 : Proportion des cas de refus selon le motif dans les unités de services SR

Source : Tableau H3 annexe IV-3

1. *Cas des autres unités de services[[44]](#footnote-44)*

Il s’agit ici du PEV, de la CPC et des unités de services restantes[[45]](#footnote-45) regroupées sous le vocable ‘’autre’’. Les 2 premières sont des unités de service qui ont une très forte affluence. Elles accueillent le plus grand nombre de patientes : 22,5% des consultations, tous PPS confondus pour le PEV, et 38,8% pour le CPC (cf. tableau C, annexe II-1). De plus, la PF n’est pas encore bien intégrée dans leur paquet de services. L’administration de la fiche ISBC y a conduit à des résultats contrastés et moins intéressants que ceux des unités de services SR. En effet, si au niveau de ces dernières unités la grande majorité (78,5%[[46]](#footnote-46)) des femmes soumises à l’ISBC se sont engagées à adopter une méthode de PF, tel n’est pas le cas pour les unités de services non SR dont moins de la moitié des femmes ISBC ont appliqué ou eu un RV ou une référence (41,2%[[47]](#footnote-47)).

Tableau 04 : Résultats administration ISBC dans les unités de services non SR

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Porte d’entrée** | **Résultats administration fiches ISBC** | | | | | |
| PF applique | RV | Référence | Non concerné | Refus | Autres |
| CPC | 1,1% | 22,5% | 3,9% | 44,0% | 25,8% | 2,7% |
| PEV | 7,5% | 17,5% | 20,5% | 25,3% | 25,2% | 3,9% |
| AUTRES[[48]](#footnote-48) | 79,3% | 1,8% | 12,6% | 0,0% | 2,7% | 3,6% |
| Ensemble | 7,7% | 18,7% | 14,8% | 30,6% | 24,7% | 3,5% |

Source : Tableau H3.2, annexe IV-3.

En effet, à la CPC et au PEV très peu de femmes ont appliqué (respectivement 1,1% et 7,5%) et les RV ainsi que les références sont peu nombreux (cf. tableau 04). En revanche, ces unités de services comptent un grand nombre de femmes ISBC ‘’non concernées’’ ou ‘’ayant refusé’’. Compte tenu de la faible prévalence contraceptive qui prévaut dans les zones couvertes par les PPS échantillons, l’importance des cas de femmes non concernées s’explique vraisemblablement par des refus déguisés ou l’affluence de clientes PF n’habitant pas dans la zone de couverture du PPS. L’ampleur des refus constatés dans ces unités de services plaide en faveur de cet argument. Cette forte proportion de refus pourrait s’expliquer à la fois par la charge de travail des prestataires et le manque de counseling lors de l’administration des fiches ISBC/PF. Le graphique 10 montre que, comme pour les unités de services SR, les principales causes de refus sont l’absence du mari (36,6%) et le refus du mari (24,4%).

Paradoxalement, ces portes d’entrée ont eu de bons résultats en ce qui concerne le remplissage des fiches et leur classement avec seulement 2,7% de cas de mauvais remplissage ou de perte de fiches pour la CPC et 3,9% pour le PEV (cf. tableau 04).

Graphique 10 : Proportion des cas de refus selon le motif dans les unités de services non SR

Source : tableau H3 en annexe IV-3

Les unités de services classées ‘’autres’’ présentent aussi un profil particulier. Ce sont des services peu fréquentés. Les consultations qu’elles ont effectuées ne représentent que 0,5% de l’ensemble des consultations des 11 PPS échantillons. En revanche, elles ont réalisé une véritable performance en ce qui concerne la proportion de femmes ISBC ayant appliqué : 79,3% (cf. Tableau 4). Si on prend en compte les RV (1,8%) et les références (12,6%), la proportion de femmes que l’ISBC/PF a amené à appliquer une méthode de PF ou à envisager de le faire s’élève à 93,7%. Cela revient à dire que la presque totalité des femmes, soumises à l’ISBC/PF par ces canaux, se sont engagées à adopter une méthode de PF. Cette performance exceptionnelle vient du fait qu’il s’agit de femmes venues demander des renseignements sur la PF et qui, par conséquent, étaient plus prédisposées à adopter une méthode contraceptive.

## - Contribution de l’ISBC/PF à la promotion de la PF

Après avoir analysé l’acceptabilité de l’ISBC/PF et son efficacité interne dans les chapitres précédents, il est question maintenant de déterminer si celle-ci a eu un impact sur l’offre de services de PF et son ampleur. Les paragraphes qui suivent vont d’abord examiner l’évolution de cette dernière entre les 12 mois qui ont précédé le début de l’ISBC/PF et les 12 mois qui l’ont suivi en vue de déterminer si cette offre a augmenté ou pas et, si oui, est-ce que cette augmentation est significative. Ensuite, il s’agira de mesurer la part de l’ISBC/PF dans cette augmentation.

### *Évolution de l’utilisation des services de PF*

La comparaison du nombre de consultations effectuées par les services de PF au cours des 12 mois qui ont précédé le début de l’ISBC avec le nombre de consultations qui ont eu lieu 12 mois après le démarrage de cette approche montre que la fréquentation de ces services a augmenté sensiblement de 17,3% (cf. Tableau I-1 en annexe V). Cette augmentation se retrouve dans presque tous les PPS dont la plupart ont enregistré une assez forte croissance dépassant les 40%. Seuls les PS de Hamo 5 et de Nimzatt se sont inscrits en baisse (cf. graphique 11 suivant). Une telle situation est plutôt favorable à l’ISBC puisqu’elle contribue à offrir plus d’opportunité pour son application.

Graphique 11 : Comparaison du nombre de consultations PF 12 mois avant l’ISBC/PF et 12 mois

après

Source : tableau I-1 en annexe V

Graphique 12 : Comparaison du nombre de nouvelles clientes PF 12 mois avant l’ISBC et 12 mois après

Source : Tableau I-1 en annexe V

L’examen des graphiques (série B) figurant en annexe V montre qu’à travers leurs variations saisonnières marquées, le nombre mensuel de nouvelles clientes au cours des 12 mois après est systématiquement plus élevé que celui de nouvelles clientes au cours des 12 mois avant. Le test T de Student, effectué sur les différences de moyennes observées entre le nombre de nouvelles clientes les 12 mois avant et celui de nouvelles clientes les 12 mois après s’est révélé significatif pour 8 sur les 11 PPS[[49]](#footnote-49) échantillons. Ce résultat est encore plus probant quand on considère le nombre mensuel moyen de nouvelles clientes, tous PPS confondus, qui est passé de 13,56 avant l’ISBC/PF à 28,85 après l’ISBC/PF. Le même test T de Student a montré que la différence entre ces 2 moyennes est très significative avec une valeur de P = 0,000 qui est de loin inférieure à 0,05 (cf. tableau 05 suivant).

Tableau 05 : Résultats du Test T de Student pour la validité de la différence des moyennes de

nombre de nouvelles clientes, tous les PPS échantillon confondus

| **Group Statistics e** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Situation | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
| Nouvelles clientes PF | Avant ISBC | 156 | 13,56 | 11,230 | ,899 |
| Après ISBC | 156 | 28,85 | 26,652 | 2,134 |

| **Independent Samples Test** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Nouvelles clientes PF | |
|  | **Ensemble PPS** |  | Equal variances assumed | Equal variances not assumed |
| Levene's Test for Equality of Variances | F | | 40,317 |  |
| Sig. | | ,000 |  |
| t-test for Equality of Means | t | | -6,602 | -6,602 |
| df | | 310 | 208,359 |
| Sig. (2-tailed) | | ,000 | ,000 |
| Mean Difference | | -15,288 | -15,288 |
| Std. Error Difference | | 2,316 | 2,316 |
| 95% Confidence Interval of the Difference | Lower | -19,845 | -19,853 |
| Upper | -10,732 | -10,724 |

### *Part de l’ISBC/PF dans l’augmentation de l’utilisation des services de PF*

La contribution de l’ISBC/PF à l’augmentation de l’utilisation des services de PF a été mesurée par la proportion de nouvelles clientes orientées par cette pratique. Dans les PPS échantillons, au cours des 12 mois qui ont suivi le démarrage de l’ISBC/PF, le nombre total de nouvelles clientes de leurs services de PF se chiffre à 4.500 femmes (cf. tableau 06 suivant). Quant au nombre de nouvelles clientes orientées vers ces services de PF par l’ISBC/PF, il s’élève à 1982 femmes. Il en résulte que la proportion de nouvelles clientes orientées par cette approche est globalement de 44,0% pour l’ensemble des PPS échantillon. Cela montre que la contribution de l’ISBC/PF à l’augmentation de l’utilisation des services de PF est appréciable : presque la moitié des nouvelles clientes proviennent de l’ISBC/PF.

Tableau 6 : Estimation de la contribution de l’ISBC/PF à l’augmentation de l’utilisation des

services de PF au cours des 12 mois après le début de l’ISBC par PPS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **District** | **PPS** | **Nbre de nouvelles clientes PF** | **Nbre de nouvelles clientes PF orientées par l’ISBC** | **Contribution ISBC**  **%** |
| Dakar Ouest | CS Ouakam | 301 | 86 | 28,6% |
| Dakar Centre | CS Gaspard | 1136 | 300 | 26,4% |
| Dakar Nord | PS HLM Grand-Yoff | 312 | 262 | 84,0% |
| Dakar Sud | CS Colobane | 175 | 29 | 16,6% |
| Pikine | CS Dominique | 429 | 148 | 34,5% |
| Maternité Dalifort | 394 | 198 | 50,3% |
| PS Darou Khoudoss | 282 | 60 | 21,3% |
| Guédiawaye | PS Darou Rakhmane | 184 | 113 | 61,4% |
| PS Hamo 5 | 553 | 238 | 43,0% |
| PS Médina Gounass | 121 | 79 | 65,3% |
| PS Nimzatt | 613 | 469 | 76,5% |
| **TOTAL** | | **4500** | 1982 | 44,0% |

Cette contribution est variable selon le PPS. Elle est plus élevée au PS HLM G/Yoff (84,0%), PS de Nimzatt (76,5%), au PS de Médina Gounass (65,3%) et au PS de Darou Rakhmane (61,4%) où l’ISBC/PF a généré plus de la moitié des nouvelles clientes PF. Le PPS qui a la contribution la plus faible est le CS de Colobane avec un score de 16,6%, ce qui n’est pas négligeable non plus.

# CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

En conclusion, les PPS étudiés montrent une palette de situations, allant de ceux situés dans la banlieue pauvre comprenant une importante population à desservir, et parfois des populations réfractaires à la PF, à ceux des zones plus aisées des districts de Dakar. Tout le personnel qualifié des PPS étudiés a bénéficié de formation en ISBC/PF, mais l’importance du nombre de prestataires formés ne garantit pas leur implication dans l’administration de l’ISBC/PF, et n’a pas eu un impact sur les résultats en ce qui concerne son utilisation. De plus, les PPS étudiés reflètent les diverses stratégies mises en œuvre pour promouvoir la pratique de l’ISBC/PF en leur sein, notamment dans la banlieue.

La méthodologie adoptée pour cette RO s’est révélée pertinente. Elle a permis de mesurer avec suffisamment de précision les indicateurs étudiés et d’identifier les principaux déterminants de leur évolution. Cependant, elle est limitée par le fait que les femmes venant plusieurs fois en consultation ne pouvaient pas être identifiées systématiquement et que l’information disponible ne permet pas de savoir ce qu’il advient des RV et des références.

Contrairement à l’impression que donne le faible taux global d’administration de l’ISBC/PF (tous PPS confondus), cette approche a bel et bien été pratiquée dans tous les PPS échantillons mais de façon différenciée selon les portes d’entrée. En effet, le niveau d’administration des fiches ISBC est très élevé dans les principales portes d’entrée SR telles que la CPoN, la CPN et le SAA. Mais, il est encore insuffisant dans les unités de services non SR telles que le PEV ou la CPN, en raison principalement de la surcharge de travail des prestataires, de leur manque de motivation, de leur rejet de l’ISBC considérée comme ne faisant pas partie de leur mandat et de l’insuffisance des supervisions. Toutefois, l’affluence des patientes est plus importante dans ces dernières portes d’entrée et l’ISBC gagnerait à y être développée.

Par ailleurs, l’approche ISBC/PF est apparue comme un moyen efficace pour amener les femmes à prendre conscience de leurs besoins non satisfaits en PF, particulièrement dans les unités de service relevant de la SR. De plus, dans ces dernières unités, les résultats de l’ISBC sont plutôt satisfaisants, particulièrement au niveau de la CPN et de la CPoN qui ont réalisé de véritables performances en ce qui concerne le nombre de femmes convaincues d’adopter une méthode de PF. Mais ces résultats sont hypothéqués principalement par la forte déperdition des RV et des références et, dans une moindre mesure, par les refus dus à la réticence des maris ainsi que la perte de fiches due aux conditions de conservation et de classement et le mauvais remplissage de fiches ISBC. En revanche, les résultats de l’ISBC/PF dans les services non SR sont encore peu satisfaisants, alors que ces services drainent un nombre important de clientes. Il reste encore d’importants efforts à faire pour améliorer l’ISBC dans ces unités.

Au cours des 12 mois qui ont suivi le début de l’ISBC/PF, le nombre de nouvelles clientes PF s’est considérablement accru, de façon statistiquement significative. Près de la moitié de cette augmentation a été générée par l’ISBC, ce qui prouve la grande capacité de cette approche à contribuer à la promotion de la PF. Pour ces raisons, il est fortement recommandé de procéder au passage à l’échelle de l’ISBC/PF en prenant des mesures d’accompagnement visant à remédier aux problèmes identifiés.

Dans cette perspective, les recommandations suivantes ont été formulées pour aider à répondre aux préoccupations citées précédemment :

1. La CPN étant le service de 1ère ligne, il est indispensable de commencer le recrutement dès cette porte d’entrée et de mettre en place un système de suivi susceptible de réduire aussi bien les déperditions que les doubles emplois par : l’instauration d’un moyen d’identification unique**[[50]](#footnote-50)** des femmes qui permettra de les suivre dans toutes les unités de service ; et par la recherche systématique des perdues de vue.
2. En particulier, mettre en place un moyen d’enregistrement des femmes soumises à l’ISBC de façon à pouvoir les identifier afin de ne plus leur administrer la fiche au cours des consultations suivantes et ne pas comptabiliser ces consultations.
3. Mettre en place un dispositif efficace pour le suivi des RV et des références.
4. Mieux sensibiliser les prestataires, particulièrement ceux des unités de services non SR, et adopter des mesures incitatives (formation, supervision participative, octroi de prix, etc.) susceptibles de les motiver davantage et de les amener à adhérer à l’ISBC/PF.
5. Inciter le personnel infirmier à s’impliquer davantage dans l’application de l’ISBC.
6. Renforcer les capacités des prestataires à bien remplir les fiches et à bien les classer et les conserver.
7. Assurer également la formation du personnel non qualifié qui dispose de plus de temps pour appliquer l’ISBC/PF, tout en gardant présent à l’esprit qu’il existe un lien de cause à effet entre l’implication de ce personnel et l’engagement des prestataires.
8. Sensibiliser les maris à la PF pour encourager les femmes à s’engager dans la contraception.
9. Approfondir l’étude du succès du PS de HLM Grand/Yoff à utiliser comme modèle.
10. Effectuer les supervisions de façon plus régulière selon une approche participative.
11. Intégrer l’ISBC dans le paquet de services de toutes les unités de services SR et non SR.

# ANNEXE I

# (Point 2.4)

ANNEXE I-1

Tableau A : CALENDRIER DE RÉALISATION DE LA RECHERCHE

|  |  |
| --- | --- |
| **OPERATIONS** | **PERIODE** |
| **I - PHASE PREPARATOIRE (3 mois)** |  |
| 1- Élaboration PTF | Septembre 2012 |
| 2- Recherche documentaire | Septembre 2012 |
| 3- Conception méthode et outils de collecte | Septembre 2012 |
| 4- Signature contrat FHI/APAPS | 2 Octobre 2012 |
| 5- Réexamen méthodologie RO | 3 Octobre 2012 |
| 6- Note succincte ISBC/PF | 5 Octobre 2012 |
| 7- Finalisation de la PTF et des outils | 17 - 19 Octobre 2012 |
| 8- Sensibilisation (rencontres avec partenaires) | Octobre 2012 |
| 8.1- Visites aux MCD | 9 - 11 Octobre 2012 |
| 8.2- Rencontre avec les Prestataires et les ICP | 11 - 23 Octobre 2012 |
| 8.3- Visite MCD Sud et rencontre Prestataires CS/Colobane | 07 - 08 Novembre 2012 |
| 9- Élaboration des TDR de la formation des Assistants | 17 - 19 Octobre 2012 |
| 10- Préparation atelier formation (technique et logistique) | 22 Octobre - 16 Novembre 2012 |
| 11- Formation Assistants et C/SR | 20 - 22 Novembre 2012 |
| 12- Réunion de coordination avant démarrage | 24 Novembre 2012 |
| **II - PHASE COLLECTE (13 mois)** |  |
| 2.1 Collecte données rétrospectives 6 mois avant ISBC/PF | Octobre 2012 |
| 2.2 Collecte données rétrospectives 12 mois après ISBC/PF | Décembre 2012 - Juillet 2013 |
| 2.3 Exploitation données (pendant la collecte) | Décembre 2012 - Septembre 2013 |
| 2.4 Rédaction rapports de progrès | Octobre - Novembre 2013 |
| **III - REDACTION RAPPORT D’ANALYSE (5 mois)** |  |
| 3.1 Rédaction rapport d’analyse | Décembre 2013 - Mars 2014 |
| 3.2 Réunion de validation par le Comité technique | Avril 2014 |
| 3.3 Finalisation et reproduction du rapport global | Avril 2014 |
| 3.4 Atelier de présentation des résultats | Mai 2014 |

ANNEXE I-2

Tableau B : LISTE DES PERSONNES AYANT PRIS PART AU RECUEIL DES DONNEES

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DISTRICTS** | **NOM PPS** | **Assistant de recherche** | **Coordinatrice SR** | **Répondant dans le PPS** |
| **Pikine** | CS Dominique | Makhtar SOW | Mme DIOP  Fatou HANE | Mme DIOP Fatou HANE |
| Maternité /PS Dalifort | Mme LO Aminata FALL |
| Darou Khoudoss | Mme SOUGOU Khady FAYE (ICP) |
| **Guédiawaye** | PS Hamo 5 | Malang SAVANE | Mme DIATTA  Mouna TOURE | Mme DIOP Aîda SECK (SFE)  Mme BALDE Diouma BA (SFE)  Mme MARONE Dior CAMARA (ICP) |
| PS Darourakhmane | Mme BA Nogaye DIAGNE (SF)  Mme SORROPOGUI Bassiratou DIAWARA |
| PS Nimzath | Mme NDAO Birima NDIAYE (SF)  Mme DIOUF Abibatou DIALLO (ICP) |
| PS Médina Gounass | Mme SARR Anta DIBA (SF)  Mme DIA Maguette SENE (ICP) |
| **Dakar Ouest** | CS Municipal Ouakam | Mme Sambou Pascaline MBENGUE |  | Mme GUEYE Madjiguène DIONE |
| **Dakar Nord** | PS HLM Grand Yoff |  | Mme Rokhaya THIAM |
| **Dakar Centre** | CS Gaspard Camara | Cheikh FALL | Mme Assiétou NIANG | Mme Assiétou NIANG |
| **Dakar Sud** | C.S Colobane | Mme SECK Mariétou NDIAYE | Mme Soda NIANG |

Tableau C : LISTE DU PERSONNEL D’ENCADREMENT

1. Superviseur : Baka Tamboury NDIAYE
2. Chercheur principal : Dr Ibrahima Lamine DIOP
3. Spécialiste en SR : Madame Marième DIOP

# ANNEXE II

# (Point 3.1)

ANNEXE II-1

Tableau C : Répartition du nombre total de consultations et du nombre de consultations ayant abouti à une ISBC par PPS et par porte d’entrée

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PPS | CPN | | | | CPoN | | | | GYoN | | | | ACC | | | | SAA | | | |
| Cons | ISBC | % | Ag | Cons | ISBC | % | Ag | Cons | ISBC | % | Ag | Cons | ISBC | % | Ag | Cons | ISBC | % | Ag |
| Ouakam | 3 078 | 282 | **9,2%** | 2 | 928 | 140 | **15,1%** | 4 | 202 | 2 | **1,0%** | 4 | 581 | 0 | **0,0%** | 5 | 79 | 49 | **62,0%** | 5 |
| Gaspard | 2 501 | 689 | **27,5%** | 3 | 3 535 | 1016 | **28,7%** | 2 | 1 054 | 8 | **0,8%** | 2 | 0 | 0 | **0,0%** |  | 143 | 0 | **0,0%** | 0 |
| Grand Yoff | 2 017 | 818 | **40,6%** | 1 | 797 | 86 | **10,8%** | 1 | 630 | 428 | **67,9%** | 1 | 0 | 0 | **0,0%** |  | 0 | 0 | **0,0%** | 0 |
| Colobane | 533 | 161 | **30,2%** | 2 | 241 | 61 | **25,3%** | 2 | 157 | 15 | **9,6%** | 2 | 244 | 23 | **9,4%** | 4 | 0 | 0 | **0,0%** | 0 |
| Dominique | 1 808 | 80 | **4,4%** | 4 | 1 000 | 146 | **14,6%** | 4 | 942 | 15 | **1,6%** | 4 | 0 | 0 | **0,0%** |  | 2 | 2 | **100,0%** | 0 |
| Dalifort | 829 | 84 | **10,1%** | 1 | 568 | 127 | **22,4%** | 1 | 286 | 29 | **10,1%** | 1 | 0 | 0 | **0,0%** |  | 1 | 1 | **100,0%** | 1 |
| D. Khoudoss | 487 | 12 | **2,5%** | 2 | 263 | 15 | **5,7%** | 2 | 526 | 2 | **0,4%** | 2 | 0 | 0 | **0,0%** |  | 0 | 0 | **0,0%** | 0 |
| D.Rakhmane | 309 | 264 | **85,4%** | 2 | 74 | 3 | **4,1%** | 2 | 601 | 16 | **2,7%** | 2 | 0 | 0 | **0,0%** |  | 0 | 0 | **0,0%** | 0 |
| Hamo 5 | 4 031 | 312 | **7,7%** | 2 | 2 435 | 565 | **23,2%** | 2 | 3 676 | 53 | **1,4%** | 2 | 1 618 | 0 | **0,0%** | 2 | 60 | 3 | **5,0%** | 2 |
| M. Gounass | 656 | 160 | **24,4%** | 1 | 217 | 43 | **19,8%** | **1** | 553 | 7 | **1,3%** | 1 | 235 | 44 | **18,7%** | 1 | 32 | 27 | **84,4%** | 1 |
| Nimzatt | 4 808 | 182 | **3,8%** | 2 | 1 288 | 382 | **29,7%** | 2 | 246 | 10 | **4,1%** | 2 | 2 073 | 0 | **0,0%** | 2 | 160 | 15 | **9,4%** | 2 |
| Ensemble | 21 057 | 3044 | **14,5%** | 22 | 11 346 | 2584 | **23,3%** | 23 | 8 873 | 585 | **6,6%** | 23 | 4 751 | 67 | **1,4%** |  | 477 | 97 | **20,3%** | 11 |
| % des cons | 16,02% |  |  |  | 8,7% |  |  |  | 6,7% |  |  |  | 3,6% |  |  |  | 0,4% |  |  |  |
| % des ISBC |  | 30,9% |  |  |  | 26,3% |  |  |  | 5,9% |  |  |  | 0,7% |  |  |  | 1,0% |  |  |

PPS = Point de Prestation de Service de Santé ISBC = Consultation ayant abouti à une ISBC

Cons : Nombre total consultations Ag = Nombre de prestataires formés (si la cage est grisée cela signifie que ce

sont les mêmes au CPN, CPoN et GYoN

ANNEXE II-1

Tableau C (Suite & fin) : Répartition du nombre total de consultations et du nombre de consultations ayant abouti à une ISBC par PPS et par porte d’entrée

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PPS | PEV | | | | CPC | | | | Autres | | | | Ensemble | | |
| Cons | ISBC | % | Ag | Cons | ISBC | % | Ag | Cons | ISBC | % | Ag | Cons | ISBC | % |
| Ouakam | 1 978 | 132 | **6,7%** | 3 | 2 026 | 0 | **0,0%** | 3 | 0 | 0 | **0,0%** |  | 8 872 | 605 | **6,8%** |
| Gaspard | 4 223 | 87 | **2,1%** | 2 | 0 | 0 | **0,0%** | 1 | 3 610 | 50 | **1,4%** |  | 15 066 | 1850 | **12,3%** |
| Grand Yoff | 3 511 | 697 | **19,9%** | 2 | 11 593 | 977 | **8,4%** | 2 | 0 | 0 | **0,0%** |  | 18 548 | 3006 | **16,2%** |
| Colobane | 640 | 14 | **2,2%** | 3 | 162 | 2 | **1,2%** | 1 | 0 | 0 | **0,0%** |  | 1 977 | 276 | **14,0%** |
| Dominique | 1 889 | 59 | **3,1%** | 2 | 18 | 7 | **38,9%** | 0 | 0 | 0 | **0,0%** |  | 5 659 | 309 | **5,5%** |
| Dalifort | 917 | 253 | **27,6%** | 3 | 0 | 0 | **0,0%** | 0 | 0 | 0 | **0,0%** |  | 2 601 | 494 | **19,0%** |
| D. Khoudoss | 876 | 200 | **22,8%** | 2 | 8 095 | 6 | **0,1%** | 1 | 0 | 0 | **0,0%** |  | 10 247 | 235 | **2,3%** |
| D.Rakhmane | 1 337 | 246 | **18,4%** | 1 | 7 492 | 47 | **0,6%** | 1 | 531 | 4 | **0,0%** |  | 10 344 | 580 | **5,6%** |
| Hamo5 | 6 134 | 119 | **1,9%** | 1 | 7 418 | 4 | **0,1%** | 1 | 0 | 0 | **0,0%** |  | 25 372 | 1056 | **4,2%** |
| M. Gounass | 1 000 | 35 | **3,5%** | 2 | 4 284 | 49 | **1,1%** | **1** | 69 | 3 | **4,3%** |  | 7 046 | 368 | **5,2%** |
| Nimzatt | 7 267 | 331 | **4,6%** | 3 | 10 180 | 39 | **0,4%** | 2 | 104 | 104 | **100,0%** |  | 26 126 | 1063 | **4,1%** |
| Ensemble | 29 772 | 2173 | **7,3%** | 24 | 51 268 | 1131 | **2,2%** | 13 | 4 314 | 161 | **3,7%** |  | 131 858 | 9842 | **7,5%** |
| % des cons | 22,5% |  |  |  | 38,8% |  |  |  | 3,3% |  |  |  | 100,0% |  |  |
| % des ISBC |  | 22,1% |  |  |  | 11,5% |  |  |  | 1,6% |  |  |  | 100,0% |  |

ANNEXE II-2

Tableau D : Répartition du nombre total de consultations et du nombre de consultations ayant abouti à une ISBC par PPS et selon les principales portes d’entrée

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | CPN | | | | CPoN | | | | GYoN | | | | PEV | | | | Ensemble | | |
| PPS | Cons | ISBC | % | Ag | Cons | ISBC | % | Ag | Cons | ISBC | % | Ag | Cons | ISBC | % | Ag | Cons | ISBC | % |
| Ouakam | 3078 | 282 | **9,2%** | 2 | 928 | 140 | **15,1%** | 4 | 202 | 2 | **1,0%** | 4 | 1 978 | 132 | **6,7%** | 3 | 6 186 | 556 | **9,0%** |
| Gaspard | 2501 | 689 | **27,5%** | 3 | 3535 | 1016 | **28,7%** | 2 | 1 054 | 8 | **0,8%** | 2 | 4 223 | 87 | **2,1%** | 2 | 11 313 | 1 800 | **15,9%** |
| Grand Yoff | 2017 | 818 | **40,6%** | 1 | 797 | 86 | **10,8%** | 1 | 630 | 428 | **67,9%** | 1 | 3 511 | 697 | **19,9%** | 2 | 6 955 | 2 029 | **29,2%** |
| Colobane | 533 | 161 | **30,2%** | 2 | 241 | 61 | **25,3%** | 2 | 157 | 15 | **9,6%** | 2 | 640 | 14 | **2,2%** | 3 | 1 571 | 251 | **16,0%** |
| Dominique | 1808 | 80 | **4,4%** | 4 | 1000 | 146 | **14,6%** | 4 | 942 | 15 | **1,6%** | 4 | 1 889 | 59 | **3,1%** | 2 | 5 639 | 300 | **5,3%** |
| Dalifort | 829 | 84 | **10,1%** | 1 | 568 | 127 | **22,4%** | 1 | 286 | 29 | **10,1%** | 1 | 917 | 253 | **27,6%** | 3 | 2 600 | 493 | **19,0%** |
| D. Khoudoss | 487 | 12 | **2,5%** | 2 | 263 | 15 | **5,7%** | 2 | 526 | 2 | **0,4%** | 2 | 876 | 200 | **22,8%** | 2 | 2 152 | 229 | **10,6%** |
| D.Rakhmane | 309 | 264 | **85,4%** | 2 | 74 | 3 | **4,1%** | 2 | 601 | 16 | **2,7%** | 2 | 1 337 | 246 | **18,4%** | 1 | 2 321 | 529 | **22,8%** |
| Hamo5 | 4031 | 312 | **7,7%** | 2 | 2435 | 565 | **23,2%** | 2 | 3 676 | 53 | **1,4%** | 2 | 6 134 | 119 | **1,9%** | 1 | 16 276 | 1 049 | **6,4%** |
| M. Gounass | 656 | 160 | **24,4%** | 1 | 217 | 43 | **19,8%** | **1** | 553 | 7 | **1,3%** | 1 | 1 000 | 35 | **3,5%** | 2 | 2 426 | 245 | **10,1%** |
| Nimzatt | 4808 | 182 | **3,8%** | 2 | 1288 | 382 | **29,7%** | 2 | 246 | 10 | **4,1%** | 2 | 7 267 | 331 | **4,6%** | 3 | 13 609 | 905 | **6,7%** |
| Ensemble | 21057 | 3044 | **14,5%** | 22 | 11346 | 2584 | **23,3%** | 23 | 8873 | 585 | **6,6%** | 23 | 29 772 | 2173 | **7,3%** | 24 | 71 048 | 8386 | **11,8%** |

ANNEXE II-3

Tableau E : Répartition du personnel, des consultations et des femmes soumises à l’ISBC par PPS et par porte d’entrée

| **PPS** | **Services de soin** | **Effectif personnel** | | | | | **Nbre total consultations** | **Nbre femmes soumises à ISBC** | **Taux global** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Qualifié (SF, Inf.) | | | Non Qualifié | |  | | |
| Formé | | NF | Formé | NF |
| CS Ouakam | CPN | 2 | | 1 | 0 | 0 | 3078 | 282 | 9,2% |
| CPoN | 4 | | 1 | 0 | 0 | 928 | 140 | 15,1% |
| [[51]](#footnote-51)Gynéco | 202 | 2 | 1,0% |
| Acchment | 5 | | 3 | 0 | 4 | 581 | 0 | 0,0% |
| SAA | 79 | 49 | 62,0% |
| PEV | 3 | | 0 | 0 | 0 | 1978 | 132 | 6,7% |
| CPC | 2026 | 0 | 0,0% |
|  | **TOTAL** | **14** | | **5** | **0** | **4** | **8872** | **605** | **6,8%** |
| PS HLM Grand-Yoff |  | Qualifié (SF, Inf.) | | | Non Qualifié | |  | | |
| Formé | | NF | Formé | NF |  | | |
| CPN | 1 | | 0 | 0 | 0 | 2017 | 818 | 40,6% |
| CPoN | 797 | 86 | 10,8% |
| Gynéco | 630 | 428 | 67,9% |
| Acchment |  | |  |  |  | 0 | 0 | 0,0% |
| PEV | 1 | | 0 | 0 | 1 | 3511 | 697 | 19,9% |
| CPC | 1 | | 2 | 0 | 0 | 11593 | 977 | 8,4% |
|  | **TOTAL** | **3** | | **2** | **0** | **1** | **18548** | **3006** | **16,2%** |
| CS Gaspard |  | Qualifié (SF, Inf.) | | | Non Qualifié | |  | | |
| Formé | | NF | Formé | NF |  | | |
| CPN | 3 | | 0 | 0 | 0 | 2501 | 689 | 27,5% |
| CPoN | 2 | | 0 | 0 | 0 | 3257 | 1016 | 31,2% |
| Gynéco | 2 | | 0 | 0 | 0 | 1054 | 8 | 0,8% |
| Acchment |  | |  |  |  | 0 | 0 | 0,0% |
| SAA | 0 | | 0 | 0 | 0 | 143 | 0 | 0,0% |
| PEV | 2 | | 0 | 0 | 0 | 4223 | 87 | 2,1% |
| CPC | 1 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,0% |
| Autres (pédiatrie) | 1 | | 0 | 0 | 0 | 3610 | 50 | 1,4% |
|  | **TOTAL** | **11** | | **0** | **0** | **0** | **14788** | **1850** | **12,5%** |
| CS Colobane |  | Qualifié (SF, Inf.) | | | Non Qualifié | |  | | |
| Formé | | NF | Formé | NF |  | | |
| CPN | 2 | | 0 | 0 | 0 | 533 | 161 | 30,2% |
| CPoN | 241 | 61 | 25,3% |
| Gynéco | 157 | 15 | 9,6% |
| Acchment | 4 | | 0 | 0 | 0 | 244 | 23 | 9,4% |
| PEV/VAT | 2 | | 0 | 1 | 1 | 640 | 14 | 2,2% |
| CPC | 1 | | 0 | 0 | 0 | 162 | 2 | 1,2% |
| SAA |  | |  |  |  | 0 | 0 | 0,0% |
|  | **TOTAL** | **9** | | **0** | **1** | **1** | **1977** | **276** | **14,0%** |
| CS Dominique |  | Qualifié (SF, Inf.) | | | Non Qualifié | |  |  |  |
|  | Formé | NF | | Formé | NF |  |  |  |
| CPN | 4 | 0 | | 0 | 0 | 1808 | 80 | 4,4 |
| CPoN | 1000 | 146 | 14,6 |
| Gynéco | 942 | 15 | 1,5 |
| Acchment |  |  | |  |  | 0 | 0 | 0,0% |
| SAA |  |  | |  |  | 2 | 2 | 100 |
| PEV | 1 | 0 | | 1 | 0 | 1889 | 59 | 3,1 |
| CPC | 18 | 7 | 38,8 |
|  | **TOTAL** | **5** | **0** | | **1** | **0** | **5659** | **309** | **5,5** |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| Maternité Dalifort |  | Qualifié (SF, Inf.) | | | Non Qualifié | |  | | |
| Formé | NF | | Formé | NF |  | | |
| CPN | 1 | 0 | | 0 | 2 | 829 | 84 | 10,1% |
| CPoN | 568 | 127 | 22,4% |
| Gynéco | 286 | 29 | 10,1% |
| Acchment | 0 | 0 | | 0 | 2 | 0 | 0 | 0,0% |
| SAA | 1 | 1 | 100,0% |
| PEV | 0 | 0 | | 0 | 3 | 917 | 253 | 27,6% |
| CPC |  |  | |  |  | 0 | 0 | 0,0% |
|  | **TOTAL** | **1** | **0** | | **0** | **5** | **2601** | **494** | **19,0%** |
|  |  |  | | |  | |  |  |  |

**Tableau E (Suite)**

| **PPS** | **Services de soin** | **Effectif personnel** | | | | **Nbre total consultations** | **Nbre femmes soumises à ISBC** | **Taux global** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Qualifié (SF, Inf.) | | Non Qualifié | |
| Formé | NF | Formé | NF |
| PS Darou Khoudoss | CPN | 2 | 0 | 0 | 0 | 487 | 12 | 2,5% |
| CPoN | 263 | 15 | 5,7% |
| Gynéco | 526 | 2 | 0,4% |
| Acchment |  |  |  |  | 0 | 0 | 0,0% |
| SAA |  |  |  |  | 0 | 0 | 0,0% |
| PEV | 0 | 0 | 1 | 1 | 876 | 200 | 22,8% |
| CPC | 1 | 0 | 0 | 0 | 8095 | 6 | 0,1% |
|  | **TOTAL** | **3** | **0** | **1** | **1** | **10247** | **235** | **2,3%** |
| PS Darou Rakhmane |  | Qualifié (SF, Inf.) | | Non Qualifié | |  | | |
| Formé | NF | Formé | NF |  | | |
| CPN | 2 | 0 | 0 | 1 | 309 | 264 | 85,4% |
| CPoN | 74 | 3 | 4,1% |
| Gynéco | 601 | 16 | 2,7% |
| Acchment |  |  |  |  | 0 | 0 | 0,0% |
| SAA |  |  |  |  | 0 | 0 | 0,0% |
| PEV | 0 | 0 | 1 | 2 | 1337 | 246 | 18,4% |
| CPC | 1 | 0 | 0 | 1 | 7492 | 47 | 0,6% |
| Autres (pansement) | 0 | 0 | 1 | 0 | 531 | 4 | 0,8% |
|  | **TOTAL** | **3** | **0** | **2** | **4** | **10344** | **580** | **5,6%** |
| PS Hamo 5 |  | Qualifié (SF, Inf.) | | Non Qualifié | |  | | |
| Formé | NF | Formé | NF |  | | |
| CPN | 2 | 2 | 0 | 1 | 4031 | 312 | 7,7% |
| Gynéco | 3676 | 53 | 1,4% |
| Acchment | 1618 | 0 | 0,0% |
| SAA | 60 | 3 | 5,0% |
| CPoN |  |  |  |  | 2435 | 565 | 23,2% |
| PEV | 0 | 1 | 0 | 2 | 6134 | 119 | 1,9% |
| CPC | 1 | 1 | 0 | 1 | 7418 | 4 | 0,1% |
|  | **TOTAL** | **3** | **4** | **0** | **4** | **25372** | **1056** | **4,2%** |
| PS Médina Gounass |  | Qualifié (SF, Inf.) | | Non Qualifié | |  | | |
| Formé | NF | Formé | NF |  | | |
| CPN | 2 | 2 | 0 | 0 | 656 | 160 | 24,4% |
| CPoN | 217 | 43 | 19,8% |
| Gynéco | 553 | 7 | 1,3% |
| Acchment | 235 | 44 | 18,7% |
| SAA | 32 | 27 | 84,4% |
| PEV | 0 | 0 | 1 | 1 | 1000 | 35 | 3,5% |
| CPC | 1 | 0 | 0 | 0 | 4284 | 49 | 1,1% |
| Autres( soins bucco dentaire) | 69 | 3 | 4,3% |
|  | **TOTAL** | **3** | **2** | **1** | **1** | **7046** | **368** | **5,2%** |
| PS Nimzatt |  | Qualifié (SF, Inf.) | | Non Qualifié | |  | | |
| Formé | NF | Formé | NF |  | | |
| CPN | 1 | 2 | 0 | 0 | 4808 | 182 | 3,8% |
| Gynéco | 246 | 10 | 4,1% |
| CPoN | 1288 | 382 | 29,7% |
| Acchment | 2073 | 0 | 0,0% |
| SAA | 160 | 15 | 9,4% |
| PEV/ VAT | 0 | 0 | 0 | 3 | 7267 | 331 | 4,6% |
| CPC | 1 | 1 | 0 | 0 | 10180 | 39 | 0,4% |
| Autres (Renseign. dépistage IST) |  |  |  |  | 0 | 104 | 0,0% |
|  | **TOTAL** | **2** | **3** |  | **3** | **26022** | **1063** | **4,1%** |

ANNEXE II-4

Tableau F0 : Nombre de consultations et de femmes soumises à l’ISBC par porte d’entrée et par mois tous PPS confondus

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CPN | | | | CPoN | | | PEV | | | GoYN | | | SAA | | |
|  | Consult. | Soumise | % | Consult. | Soumise | % | Consult. | Soumise | % | Consult. | Soumise | % | Consult. | Soumise | % |
| **M1** | **2 287** | **445** | 19,5% | **1 032** | **329** | 31,9% | 2683 | 296 | 11,0% | 569 | 64 | 11,2% | 89 | 9 | 10,1% |
| **M2** | **2 420** | **260** | 10,7% | **953** | **143** | 15,0% | 2576 | 229 | 8,9% | 603 | 72 | 11,9% | 84 | 11 | 13,1% |
| **M3** | **1 626** | **259** | 15,9% | **794** | **216** | 27,2% | 1980 | 197 | 9,9% | 869 | 83 | 9,6% | 31 | 14 | 45,2% |
| **M4** | **1 874** | **204** | 10,9% | **1 059** | **182** | 17,2% | 2266 | 125 | 5,5% | 934 | 59 | 6,3% | 32 | 7 | 21,9% |
| **M5** | **1 647** | **249** | 15,1% | **953** | **275** | 28,9% | 2572 | 95 | 3,7% | 882 | 42 | 4,8% | 24 | 7 | 29,2% |
| **M6** | **1 720** | **196** | 11,4% | **1 165** | **315** | 27,0% | 2671 | 144 | 5,4% | 681 | 51 | 7,5% | 12 | 3 | 25,0% |
| **M7** | **1 636** | **184** | 11,2% | **996** | **144** | 14,5% | 2584 | 64 | 2,5% | 745 | 52 | 7,0% | 9 | 1 | 11,1% |
| **M8** | **1 448** | **219** | 15,1% | **784** | **185** | 23,6% | 2807 | 159 | 5,7% | 748 | 36 | 4,8% | 26 | 2 | 7,7% |
| **M9** | **1 688** | **261** | 15,5% | **905** | **148** | 16,4% | 2929 | 331 | 11,3% | 745 | 35 | 4,7% | 30 | 3 | 10,0% |
| **M10** | **1 651** | **267** | 16,2% | **1 089** | **192** | 17,6% | 2700 | 254 | 9,4% | 736 | 17 | 2,3% | 58 | 21 | 36,2% |
| **M11** | **1 478** | **248** | 16,8% | **702** | **177** | 25,2% | 1991 | 209 | 10,5% | 763 | 36 | 4,7% | 53 | 14 | 26,4% |
| **M12** | **1 582** | **252** | 15,9% | **914** | **278** | 30,4% | 2013 | 70 | 3,5% | 844 | 48 | 5,7% | 29 | 5 | 17,2% |

ANNEXE II-5

Tableau F1 : Evolution mensuelle des performances des portes d’entrée du CS Ouakam

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Période** | **CPN** | **CPoN** | **GYoN** | **ACC** | **SAA** | **PEV** | **CPC** | **AUTRES** |
| m1 | 1,0% | 28,4% | 28,6% | 0,0% | 100,0% | 12,8% | 0,0% | 0,0% |
| m2 | 14,5% | 13,5% | 0,0% | 0,0% | 18,2% | 5,9% | 0,0% | 0,0% |
| m3 | 19,1% | 19,7% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 5,8% | 0,0% | 0,0% |
| m4 | 4,6% | 83,3% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 3,3% | 0,0% | 0,0% |
| m5 | 5,3% | 10,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 7,6% | 0,0% | 0,0% |
| m6 | 12,2% | 8,0% | 0,0% | 0,0% | 100,0% | 7,9% | 0,0% | 0,0% |
| m7 | 17,0% | 21,8% | 0,0% | 0,0% | 100,0% | 6,6% | 0,0% | 0,0% |
| m8 | 19,5% | 5,0% | 0,0% | 0,0% | 100,0% | 5,8% | 0,0% | 0,0% |
| m9 | 10,4% | 3,4% | 0,0% | 0,0% | 100,0% | 7,7% | 0,0% | 0,0% |
| m10 | 0,0% | 10,5% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 4,0% | 0,0% | 0,0% |
| m11 | 12,5% | 35,0% | 0,0% | 0,0% | 50,0% | 9,9% | 0,0% | 0,0% |
| m12 | 1,6% | 17,2% | 0,0% | 0,0% | 11,1% | 8,0% | 0,0% | 0,0% |
| Ensemble (12 mois) | 9,1% | 15,0% | 1,0% | 0,0% | 62,0% | 6,6% | 0,0% | 0,0% |
| Nbre de Femmes ISBC | 282 | 140 | 2 | 0 | 49 | 132 | 0 | 0 |
| Nbre total consultations | 3078 | 928 | 202 | 581 | 79 | 1978 | 2026 | 0 |

**Début ISBC** : Mars 2012

ANNEXE II-6

Tableau F2 : Evolution mensuelle des performances des portes d’entrée du CS Gaspard Camara

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Période** | **CPN** | **CPoN** | **GYoN** | **ACC** | **SAA** | **PEV** | **CPC** | **AUTRES** |
| m1 | 24,1% | 49,4% | 11,1% | 0,0% | 0,0% | 3,0% | 0,0% | 6,7% |
| m2 | 19,5% | 26,1% | 35,7% | 0,0% | 0,0% | 0,1% | 0,0% | 10,0% |
| m3 | 50,2% | 49,3% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m4 | 21,5% | 21,8% | 1,3% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m5 | 31,1% | 46,8% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m6 | 16,9% | 30,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 10,8% | 0,0% | 0,0% |
| m7 | 24,3% | 13,6% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m8 | 37,9% | 101,4% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 10,4% | 0,0% | 0,0% |
| m9 | 32,4% | 9,2% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m10 | 21,9% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m11 | 24,0% | 44,3% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m12 | 43,5% | 28,6% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| Ensemble (12 mois) | 27,4% | 31,1% | 0,7% | 0,0% | 0,0% | 2, % | 0,0% | 1,3% |
| Nbre de Femmes ISBC | 689 | 1016 | 8 | 0 | 0 | 87 | 0 | 50 |
| Nbre total consultations | 2501 | 3257 | 1054 | 0 | 143 | 4227 | 0 | 3610 |

**Début ISBC** : Février 2012

ANNEXE II-7

Tableau F3 : Evolution mensuelle des performances des portes d’entrée du PS HLM Grand-Yoff

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Période** | **CPN** | **CPoN** | **GYoN** | **ACC** | **SAA** | **PEV** | **CPC** | **AUTRES** |
| m1 | 54,2% | 11,5% | 59,4% | 0,0% | 0,0% | 27,7% | 16,8% | 0,0% |
| m2 | 10,0% | 13,2% | 28,3% | 0,0% | 0,0% | 16,4% | 20,3% | 0,0% |
| m3 | 49,1% | 5,5% | 90,6% | 0,0% | 0,0% | 28,1% | 9,0% | 0,0% |
| m4 | 33,5% | 4,9% | 83,3% | 0,0% | 0,0% | 17,6% | 2,1% | 0,0% |
| m5 | 36,0% | 7,4% | 76,8% | 0,0% | 0,0% | 14,8% | 6,2% | 0,0% |
| m6 | 22,7% | 12,2% | 51,0% | 0,0% | 0,0% | 17,4% | 7,0% | 0,0% |
| m7 | 32,7% | 12,9% | 84,4% | 0,0% | 0,0% | 14,5% | 4,6% | 0,0% |
| m8 | 30,8% | 15,2% | 91,8% | 0,0% | 0,0% | 7,5% | 5,6% | 0,0% |
| m9 | 77,5% | 12,5% | 56,4% | 0,0% | 0,0% | 22,1% | 9,9% | 0,0% |
| m10 | 76,5% | 7,5% | 72,1% | 0,0% | 0,0% | 25,7% | 8,7% | 0,0% |
| m11 | 75,3% | 11,6% | 38,2% | 0,0% | 0,0% | 31,6% | 5,8% | 0,0% |
| m12 | 62,5% | 14,3% | 63,0% | 0,0% | 0,0% | 12,2% | 4,6% | 0,0% |
| Ensemble (12 mois) | 40,5% | 10,7% | 67,9% | 0,0% | 0,0% | 19,8% | 8,4% | 0,0% |
| Nbre de Femmes ISBC | 818 | 86 | 428 | 0 | 0 | 697 | 977 | 0 |
| Nbre total consultations | 2017 | 797 | 630 | 0 | 0 | 3511 | 11593 | 0 |

**Début ISBC** : Mars 2012

ANNEXE II-8

Tableau F4 : Evolution mensuelle des performances des portes d’entrée du CS de Colobane

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Période** | **CPN** | **CPoN** | **GYoN** | **ACC** | **SAA** | **PEV** | **CPC** | **AUTRES** |
| m 1 | 54,5% | 68,8% | 92,9% | 11,1% | 0,0% | 20,0% | 2,0% | 0,0% |
| m 2 | 13,0% | 0,0% | 66,7% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m 3 | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 12,5% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m 4 | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 15,6% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m5 | 8,0% | 11,8% | 0,0% | 14,3% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m6 | 2,6% | 6,3% | 0,0% | 5,6% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m7 | 18,9% | 0,0% | 0,0% | 9,1% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m8 | 7,0% | 15,8% | 0,0% | 10,3% | 0,0% | 1,3% | 0,0% | 0,0% |
| m9 | 63,3% | 42,9% | 0,0% | 20,7% | 0,0% | 3,0% | 0,0% | 0,0% |
| m 10 | 88,1% | 55,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m 11 | 82,1% | 36,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 2,9% | 0,0% | 0,0% |
| m 12 | 39,4% | 30,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 2,7% | 0,0% | 0,0% |
| Ensemble (12 mois) | 30,2% | 25,3% | 0,5% | 9,4% | 0,0% | 2,1% | 1,2% | 0,0% |
| Nbre de Femmes ISBC | 161 | 61 | 15 | 23 | 14 | 2 | 0 | 0 |
| Nbre total consultations | 573 | 241 | 157 | 245 | 640 | 162 | 0 | 0 |

**Début ISBC** : Avril 2012

ANNEXE II-9

Tableau F5 : Evolution mensuelle des performances des portes d’entrée du CS Dominique

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Période** | **CPN** | **CPoN** | **GYoN** | **ACC** | **SAA** | **PEV** | **CPC** | **AUTRES** |
| m1 | 4,4% | 12,1% | 10,3% | 0,0% | 0,0% | 41,8% | 100,0% | 0,0% |
| m2 | 2,4% | 8,5% | 0,0% | 0,0% | 100,00% | 15,3% | 15,4% | 0,0% |
| m3 | 2,4% | 38,2% | 2,3% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m4 | 2,8% | 36,9% | 2,4% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m5 | 0,0% | 23,9% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m6 | 3,9% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m7 | 14,5% | 2,9% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m8 | 5,9% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m9 | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m10 | 1,3% | 4,5% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m11 | 3,5% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 3,8% | 0,0% | 0,0% |
| m12 | 23,8% | 62,8% | 4,4% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| Ensemble (12 mois) | 4,4% | 14,6% | 1,5% | 0,0% | 100,0% | 3,1% | 38,8% | 0,0% |
| Nbre de Femmes ISBC | 80 | 146 | 15 | 0 | 2 | 59 | 7 | 00 |
| Nbre total consultations | 1808 | 1000 | 942 | 0 | 2 | 1889 | 18 | 00 |

**Début ISBC** : Juillet 2011

ANNEXE II-10

Tableau F6 : Evolution mensuelle des performances des portes d’entrée de la Maternité de Dalifort

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Période** | **CPN** | **CPoN** | **GYoN** | **ACC** | **SAA** | **PEV** | **CPC** | **AUTRES** |
| m1 | 10,9% | 35,7% | 41,2% | 0,0% | 100,0% | 91,3% | 0,0% | 0,0% |
| m2 | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m3 | 12,9% | 37,2% | 18,0% | 0,0% | 0,0% | 87,0% | 0,0% | 0,0% |
| m4 | 23,6% | 22,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 63,9% | 0,0% | 0,0% |
| m5 | 86,2% | 37,0% | 39,1% | 0,0% | 0,0% | 29,7% | 0,0% | 0,0% |
| m6 | 27,3% | 1,8% | 33,3% | 0,0% | 0,0% | 3,4% | 0,0% | 0,0% |
| m7 | 0,0% | 0,0% | 5,9% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m8 | 20,5% | 26,5% | 6,7% | 0,0% | 0,0% | 29,9% | 0,0% | 0,0% |
| m9 | 0,0% | 27,4% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m10 | 0,0% | 94,3% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m11 | 0,0% | 15,4% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 42,2% | 0,0% | 0,0% |
| m12 | 15,2% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| Ensemble (12 mois) | 10,1% | 22,3% | 10,1% | 0,0% | 100,0% | 27,5% | 0,0% | 0,0% |
| Nbre de Femmes ISBC | 84 | 127 | 69 | 0 | 1 | 235 | 0 | 0 |
| Nbre total consultations | 829 | 568 | 286 | 0 | 1 | 917 | 0 | 0 |

**Début ISBC** : Juillet 2011

ANNEXE II-11

Tableau F7 : Evolution mensuelle des performances des portes d’entrée du PS D Khoudoss

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Période** | CPN | CPoN | GoYN | **ACC** | **SAA** | **PEV** | **CPC** | **AUTRES** |
| m1 | 8,7% | 44,4% | 8,7% | 0,0% | 0,0% | 1,5% | 0,1% | 0,0% |
| m2 | 0,0% | 28,6% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m3 | 0,0% | 9,1% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 88,7% | 0,0% | 0,0% |
| m4 | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 21,7% | 0,0% | 0,0% |
| m5 | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 15,5% | 0,0% | 0,0% |
| m6 | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 35,4% | 0,0% | 0,0% |
| m7 | 0,0% | 2,8% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 16,9% | 0,0% | 0,0% |
| m8 | 0,0% | 2,9% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 5,2% | 0,0% | 0,0% |
| m10 | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 89,7% | 0,0% | 0,0% |
| m11 | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 9,5% | 0,1% | 0,0% |
| m12 | 0,0% | 23,1% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 5,6% | 0,2% | 0,0% |
| m12 | 13,8% | 15,4% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 25,0% | 0,3% | 0,0% |
| Ensemble (12 mois) | 2,4% | 5,7% | 0,4% | 0,0% | 0,0% | 22,8% | 0,0% | 0,0% |
| Nbre de Femmes ISBC | 12 | 15 | 2 | 0 | 0 | 200 | 6 | 0 |
| Nbre total consultations | 487 | 263 | 526 | 0 | 0 | 876 | 8095 | 0 |

**Début ISBC** : Juillet 2011

ANNEXE II-12

Tableau F8 : Evolution mensuelle des performances des portes d’entrée du PS D Rakhmane

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Période** | **CPN** | **CPoN** | **GYoN** | **ACC** | **SAA** | **PEV** | **CPC** | **AUTRES** |
| m1 | 82,5% | 50,0% | 24,6% | 0,0% | 0,0% | 38,6% | 4,9% | 12,5% |
| m2 | 58,5% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 35,9% | 4,2% | 0,0% |
| m3 | 94,7% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 20,9% | 0,0% | 0,0% |
| m4 | 100,0% | 20,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 14,9% | 0,2% | 0,0% |
| m5 | 100,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 18,1% | 0,2% | 0,0% |
| m6 | 72,4% | 0,0% | 3,2% | 0,0% | 0,0% | 15,5% | 0,2% | 0,0% |
| m7 | 85,7% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 4,3% | 0,0% | 0,0% |
| m8 | 100,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 14,1% | 0,0% | 0,0% |
| m9 | 87,5% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 13,1% | 0,0% | 0,0% |
| m10 | 80,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 22,3% | 0,0% | 0,0% |
| m11 | 89,5% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 6,5% | 0,0% | 0,0% |
| m12 | 88,9% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 3,9% | 0,0% | 0,0% |
| Ensemble (12 mois) | 85,4% | 4,0% | 2,6% | 0,0% | 0,0% | 18,6% | 0,6% | 0,7% |
| Nbre de Femmes ISBC | 264 | 3 | 16 | 0 | 0 | 246 | 47 | 4 |
| Nbre total consultations | 309 | 74 | 601 | 0 | 0 | 1337 | 7492 | 531 |

**Début ISBC** : Mars 2012

ANNEXE II-13

Tableau F9 : Evolution mensuelle des performances des portes d’entrée du PS Hamo 5

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **periode** | **CPN** | **CPoN** | **GYoN** | **ACC** | **SAA** | **PEV** | **CPC** | **AUTRES** |
| m1 | 6,6% | 16,5% | 0,9% | 0,0% | 0,0% | 11,8% | 0,0% | 0,0% |
| m2 | 4,0% | 14,0% | 0,8% | 0,0% | 0,0% | 9,3% | 0,0% | 0,0% |
| m3 | 6,8% | 14,3% | 2,5% | 0,0% | 33,3% | 1,1% | 0,0% | 0,0% |
| m4 | 7,4% | 19,5% | 3,1% | 0,0% | 8,3% | 0,4% | 0,0% | 0,0% |
| m5 | 6,1% | 22,8% | 2,0% | 0,0% | 0,0% | 0,3% | 0,0% | 0,0% |
| m6 | 8,2% | 27,7% | 3,1% | 0,0% | 25,0% | 1,1% | 0,0% | 0,0% |
| m7 | 8,5% | 34,9% | 1,9% | 0,0% | 0,0% | 1,0% | 0,0% | 0,0% |
| m8 | 8,8% | 17,4% | 0,9% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m9 | 7,1% | 29,8% | 1,2% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m10 | 10,9% | 23,8% | 0,3% | 0,0% | 0,0% | 0,7% | 0,2% | 0,0% |
| m11 | 15,0% | 32,9% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 1,0% | 0,4% | 0,0% |
| m12 | 8,4% | 26,8% | 0,6% | 0,0% | 0,0% | 0,5% | 0,0% | 0,0% |
| Ensemble (12 mois) | 7,7% | 23,2% | 6,9% | 0,0% | 5,0% | 1,9% | 0,0% | 0,0% |
| Nbre de Femmes ISBC | 312 | 565 | 53 | 0 | 3 | 119 | 4 | 0 |
| Nbre total consultations | 4031 | 2435 | 3672 | 1618 | 60 | 6134 | 7418 | 0 |

**Début ISBC** : Juillet 2011

ANNEXE II-14

Tableau F10 : Evolution mensuelle des performances des portes d’entrée du PS M Gounass

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Période** | **CPN** | **CPoN** | **GYoN** | **ACC** | **SAA** | **PEV** | **CPC** | **AUTRES** |
| m1 | 74,0% | 11,1% | 8,8% | 66,7% | 0,0% | 1,7% | 0,0% | 0,0% |
| m2 | 10,0% | 7,7% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 1,9% | 0,0% | 0,0% |
| m3 | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 14,3% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m4 | 0,0% | 14,3% | 2,2% | 4,3% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m5 | 0,0% | 14,3% | 0,0% | 15,4% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m6 | 1,5% | 23,8% | 0,0% | 3,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m7 | 0,0% | 45,5% | 0,0% | 29,2% | 0,0% | 5,1% | 0,0% | 0,0% |
| m8 | 23,8% | 52,6% | 0,0% | 11,1% | 100,0% | 7,7% | 10,3% | 0,0% |
| m9 | 30,2% | 8,7% | 0,0% | 45,8% | 100,0% | 0,0% | 2,4% | 0,0% |
| m10 | 56,6% | 35,7% | 0,0% | 25,0% | 69,2% | 7,2% | 2,2% | 0,0% |
| m11 | 38,8% | 11,4% | 0,0% | 9,5% | 83,3% | 4,6% | 0,0% | 0,0% |
| m12 | 57,9% | 11,1% | 3,2% | 23,5% | 100,0% | 6,1% | 4,7% | 5,9% |
| Ensemble (12 mois) | 24,3% | 19,8% | 1,2% | 18,7% | 84,3% | 3,5% | 1,1% | 4,3% |
| Nbre de Femmes ISBC | 160 | 43 | 7 | 44 | 27 | 35 | 49 | 3 |
| Nbre total consultations | 686 | 217 | 553 | 235 | 32 | 1000 | 4284 | 69 |

**Début ISBC** : Juillet 2011

ANNEXE II-15

Tableau F11 : Evolution mensuelle des performances des portes d’entrée du PS Nimzatt

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **periode** | **CPN** | **CPoN** | **GYoN** | **ACC** | **SAA** | **PEV** | **CPC** | **AUTRES** |
| m1 | 20,4% | 30,4% | 15,6% | 0,0% | 75,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| m2 | 27,3% | 14,8% | 0,0% | 0,0% | 80,0% | 6,0% | 2,4% | 0,0% |
| m3 | 0,0% | 9,1% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,4% | 0,2% | 100,0% |
| m4 | 0,0% | 1,5% | 3,7% | 0,0% | 0,0% | 2,4% | 0,1% | 100,0% |
| m5 | 0,0% | 100,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,8% | 0,0% | 100,0% |
| m6 | 0,0% | 49,7% | 0,0% | 0,0% | 40,0% | 0,5% | 0,0% | 100,0% |
| m7 | 0,0% | 3,4% | 5,9% | 0,0% | 11,1% | 0,0% | 0,4% | 100,0% |
| m8 | 0,0% | 17,1% | 12,5% | 0,0% | 8,7% | 5,7% | 0,7% | 100,0% |
| m9 | 0,0% | 10,0% | 0,0% | 0,0% | 5,6% | 16,7% | 0,8% | 100,0% |
| m10 | 0,0% | 52,8% | 4,8% | 0,0% | 0,0% | 14,0% | 0,0% | 100,0% |
| m11 | 0,0% | 54,3% | 0,0% | 0,0% | 3,6% | 3,1% | 0,2% | 0,0% |
| m12 | 0,0% | 93,2% | 3,4% | 0,0% | 5,0% | 0,6% | 0,3% | 0,0% |
| Ensemble (12 mois) | 3,7% | 29,6% | 4,0% | 0,0% | 9,3% | 4,5% | 0,3% | 100,0% |
| Nbre de Femmes ISBC | 182 | 382 | 10 | 0 | 15 | 331 | 39 | 104 |
| Nbre total consultations | 4808 | 1288 | 246 | 0 | 160 | 7,267 | 10180 | 104 |

ANNEXE II-15

Graphique A1 : Evolution mensuelle des performances de la CPN par PPS et par mois

ANNEXE II-15

Graphique A2 : Evolution mensuelle des performances des CPoN par PPS

ANNEXE II-15

Graphique A3 : Evolution mensuelle des performances des PEV par PPS

# ANNEXE III

# (Point 3.2)

ANNEXES III-1

Tableau G1 : Proportion de femmes ayant des besoins non satisfaits par le PPS

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PPS | Nombre femmes Soumises ISBC | Nombre de femmes non concernées[[52]](#footnote-52) | Femmes ISBC éligibles[[53]](#footnote-53) aux BNS[[54]](#footnote-54) | Femmes ayant BNS | Pourcentage |
| (1) | (2) | (3) | (4)=(2)–(3) | (5) | (6)=(5)/(4) |
| CS OUAKAM | 605 | 15 | 590 | 479 | 81,2% |
| CS GASPARD CAMARA | 1850 | 24 | 1 826 | 1 441 | 78,9% |
| PS HLM GRAND YOFF | 3006 | 853 | 2 153 | 1 376 | 63,9% |
| CS COLOBANE | 276 | 4 | 272 | 208 | 76,5% |
| CS DOMINIQUE | 309 | 28 | 281 | 202 | 71,9% |
| M.DALIFORT | 494 | 32 | 462 | 351 | 76,0% |
| PS DAROU KHOUDOSS | 235 | 116 | 119 | 69 | 58,0% |
| PS DAROU RAKHMANE | 580 | 38 | 542 | 432 | 79,7% |
| PS HAMO5 | 1056 | 1 | 1 055 | 729 | 69,1% |
| PS MEDINA GOUNASS | 368 | 25 | 343 | 256 | 74,6% |
| PS NIMZATT | 1063 | 49 | 1 014 | 925 | 91,2% |
| ENSEMBLE | 9842 | 1185 | 8 657 | 6 468 | 74,7% |

ANNEXE III-3

Tableau G3 : Proportions de femmes ayant des besoins non satisfaits par PPS et selon les 5 principales portes d’entrée

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **CPN** | **CPoN** | **PEV** | **GoYN** | **CPC** |
| CS OUAKAM | 81,9% | 81,4% | 77,8% | 50,0% | 0,0% |
| CS GASPARD CAMARA | 92,3% | 71,8% | 70,1% | 50,0% | 0,0% |
| PS HLM GRAND YOFF | 92,5% | 53,5% | 42,8% | 50,3% | 0,0% |
| CS COLOBANE | 80,6% | 72,1% | 84,6% | 46,7% | 72,7% |
| CS DOMINIQUE | 82,5% | 76,0% | 25,0% | 64,3% | 0,0% |
| M.DALIFORT | 81,0% | 88,9% | 63,7% | 100,0% | 0,0% |
| PS DAROU KHOUDOSS | 100,0% | 80,0% | 44,0% | 100,0% | 0,0% |
| PS DAROU RAKHMANE | 89,7% | 66,7% | 75,9% | 18,8% | 0,0% |
| PS HAMO5 | 83,7% | 61,9% | 65,5% | 66,0% | 0,0% |
| PS MEDINA GOUNASS | 96,2% | 60,5% | 89,7% | 28,6% | 31,8% |
| PS NIMZATT | 88,5% | 97,1% | 85,1% | 87,2% | 100,0% |
| ENSEMBLE | 89,1% | 74,2% | 64,4% | 56,5% | 47,8% |

ANNEXE III-2

Tableau G2 : Nombre de femmes éligibles, nombres de femmes ayant des besoins non satisfaits et leur proportion par PPS et par porte d’entrée

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **CPN** | | | **CPoN** | | | **PEV** | | | **GoYN** | | | **SAA** | | | **CPC** | | | **ACC** | | | **AUTRES** | | |
| **pps** | **ISBC** | **BNS** | **%** | **ISBC** | **BNS** | **%** | **ISBC** | **BNS** | **%** | **ISBC** | **BNS** | **%** | **ISBC** | **BNS** | **%** | **ISBC2** | **BNS** | **%** | **ISBC2** | **BNS** | **%** | **ISBC2** | **BNS** | **%** |
| CS OUAKAM | 282 | 231 | 81,9% | 140 | 114 | 81,4% | 117 | 91 | 77,8% | 2 | 1 | 50,0% | 98 | 84 | 85,7% | 0 | 0 | 0,0% | 0 | 0 | 0,0% | 0 | 0 | 0,0% |
| CS GASPARD CAMARA | 689 | 636 | 92,3% | 1014 | 728 | 71,8% | 87 | 61 | 70,1% | 8 | 4 | 50,0% | 0 | 0 | 0,0% | 0 | 0 | 0,0% |  |  | 0,0% | 28 | 12 | 42,9% |
| PS HLM GRAND YOFF | 818 | 757 | 92,5% | 86 | 46 | 53,5% | 400 | 171 | 42,8% | 324 | 163 | 50,3% | 0 | 0 | 0,0% | 0 | 0 | 0,0% | 525 | 239 | 45,5% | 0 | 0 | 0,0% |
| CS COLOBANE | 160 | 129 | 80,6% | 61 | 44 | 72,1% | 13 | 11 | 84,6% | 15 | 7 | 46,7% | 0 | 0 | 0,0% | 22 | 16 | 72,7% | 1 | 1 | 100,0% | 0 | 0 | 0,0% |
| CS DOMINIQUE | 80 | 66 | 82,5% | 146 | 111 | 76,0% | 32 | 8 | 25,0% | 14 | 9 | 64,3% | 4 | 4 | 100,0% | 0 | 0 | 0,0% | 7 | 6 | 85,7% | 0 | 0 | 0,0% |
| M.DALIFORT | 84 | 68 | 81,0% | 126 | 112 | 88,9% | 226 | 144 | 63,7% | 26 | 26 | 100,0% | 2 | 2 | 100,0% | 0 | 0 | 0,0% |  |  | 0,0% | 0 | 0 | 0,0% |
| PS DAROU KHOUDOSS | 12 | 12 | 100,0% | 15 | 12 | 80,0% | 84 | 37 | 44,0% | 2 | 2 | 100,0% | 0 | 0 | 0,0% | 0 | 0 | 0,0% | 6 | 6 | 100,0% | 0 | 0 | 0,0% |
| PS DAROU RAKHMANE | 263 | 236 | 89,7% | 3 | 2 | 66,7% | 228 | 173 | 75,9% | 16 | 3 | 18,8% | 0 | 0 | 0,0% | 0 | 0 | 0,0% | 28 | 15 | 53,6% | 4 | 3 | 75,0% |
| PS HAMO5 | 312 | 261 | 83,7% | 565 | 350 | 61,9% | 119 | 78 | 65,5% | 53 | 35 | 66,0% | 6 | 4 | 66,7% | 0 | 0 | 0,0% | 3 | 3 | 100,0% | 0 | 0 | 0,0% |
| PS MEDINA GOUNASS | 159 | 153 | 96,2% | 43 | 26 | 60,5% | 29 | 26 | 89,7% | 7 | 2 | 28,6% | 54 | 30 | 55,6% | 44 | 14 | 31,8% | 31 | 19 | 61,3% | 3 | 1 | 33,3% |
| PS NIMZATT | 182 | 161 | 88,5% | 382 | 371 | 97,1% | 289 | 246 | 85,1% | 39 | 34 | 87,2% | 30 | 28 | 93,3% | 3 | 3 | 100,0% | 32 | 22 | 68,8% | 75 | 74 | 98,7% |
| ENSEMBLE | 3041 | 2710 | 89,1% | 2581 | 1916 | 74,2% | 1624 | 1046 | 64,4% | 506 | 286 | 56,5% | 194 | 152 | 78,4% | 69 | 33 | 47,8% | 633 | 311 | 49,1% | 110 | 90 | 81,8% |

ANNEXE III-4

Tableau G4 : Proportion de femmes éligibles ayant des besoins non satisfaits selon la porte d’entrée

tous PPS confondus

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Porte d’entrée | Femmes Soumises à ISBC | Femmes Non concernées | Femmes ISBC éligibles à BNS[[55]](#footnote-55) | Femmes ayant BNS | Proportion Femmes ayant BNS |
| ACCOUCHEMENT | 67 | 1 | 66 | 33 | 50,0% |
| CPC | 1131 | 498 | 633 | 311 | 49,1% |
| CPN | 3044 | 3 | 3041 | 2710 | 89,1% |
| CPON | 2584 | 3 | 2581 | 1916 | 74,2% |
| DEPISTAGE IST/SIDA | 28 | 0 | 28 | 23 | 82,1% |
| GOYN | 585 | 108 | 477 | 262 | 54,9% |
| PANSEMENT | 4 | 0 | 4 | 3 | 75,0% |
| PEDIATRIE | 50 | 22 | 28 | 12 | 42,9% |
| PEV | 2173 | 549 | 1624 | 1046 | 64,4% |
| RENSEIGNEMENTS | 75 | 0 | 75 | 74 | 98,7% |
| SAA | 97 | 1 | 96 | 76 | 79,2% |
| VISITE | 5 | 0 | 5 | 1 | 20,0% |
| Ensemble | 9843 | 1185 | 8658 | 6467 | 74,7% |

Tableau G5 : Répartition des femmes ayant exprimé des besoins non satisfaits selon les

résultats de l’administration de l’ISBC par PPS

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PPS | Femmes ayant BNS | Femmes BNS ayant appliqué | | Femmes BNS ayant eu RV ou Référence | |
| Nbre | Proportion | Nbre | Proportion |
| CS OUAKAM | 479 | 51 | 10,6% | 428 | 89,4% |
| CS GASPARD CAMARA | 1 441 | 37 | 2,6% | 1 404 | 97,4% |
| PS HLM GRAND YOFF | 1 376 | 177 | 12,9% | 1 199 | 87,1% |
| CS COLOBANE | 208 | 8 | 3,8% | 200 | 96,2% |
| CS DOMINIQUE | 202 | 28 | 13,9% | 174 | 86,1% |
| M.DALIFORT | 351 | 58 | 16,5% | 293 | 83,5% |
| PS DAROU KHOUDOSS | 69 | 41 | 59,4% | 28 | 40,6% |
| PS DAROU RAKHMANE | 432 | 3 | 0,7% | 429 | 99,3% |
| PS HAMO5 | 729 | 3 | 0,4% | 726 | 99,6% |
| PS MEDINA GOUNASS | 256 | 5 | 2,0% | 251 | 98,0% |
| PS NIMZATT | 925 | 258 | 27,9% | 667 | 72,1% |
| ENSEMBLE | 6 468 | 669 | 10,3% | 5 799 | 89,7% |

# ANNEXE IV

# (Point 3.3)

ANNEXE IV-1

Tableau H1 : Résultats de l’administration des fiches ISBC selon le PPS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PPS | Services autres que PF | | | | | | | Service PF |
| Nbre femmes soumises à ISBC | PF Appliqué | RV | Référence | Non concerné[[56]](#footnote-56) | Refus | Autres[[57]](#footnote-57) | Nbre de clientes PF orientées par ISBC |
| CS OUAKAM | 605 | 51 | 358 | 61 | 15 | 25 | 95 | 86 |
| 100,00% | 8,43% | 59,17% | 10,08% | 2,48% | 4,13% | 15,70% |
| CS GASPARD | 1 850 | 37 | 1389 | 92 | 24 | 111 | 197 | 300 |
| 100,00% | 2,00% | 75,08% | 4,97% | 1,30% | 6,00% | 10,65% |
| HLM G/YOFF | 3 006 | 177 | 1044 | 148 | 853 | 667 | 117 | 262 |
| 100,00% | 5,89% | 34,73% | 4,92% | 28,37% | 22,19% | 3,89% |
| CS COLOBANE | 276 | 8 | 206 | 3 | 4 | 55 | 0 | 29 |
| 100,00% | 2,90% | 74,64% | 1,09% | 1,45% | 19,93% | 0,00% |
| CS DOMINIQUE | 309 | 28 | 198 | 2 | 28 | 39 | 14 | 148 |
| 100,00% | 9,06% | 64,08% | 0,65% | 9,06% | 12,62% | 4,53% |
| Mat. DALIFORT | 494 | 58 | 261 | 3 | 32 | 97 | 43 | 198 |
| 100,00% | 11,74% | 52,83% | 0,61% | 6,48% | 19,64% | 8,70% |
| PS D. KHOUDOSS | 235 | 41 | 24 | 2 | 116 | 45 | 7 | 60 |
| 100,00% | 17,45% | 10,21% | 0,85% | 49,36% | 19,15% | 2,98% |
| D. RAKHMANE | 580 | 3 | 283 | 137 | 38 | 72 | 47 | 113 |
| 100,00% | 0,52% | 48,79% | 23,62% | 6,55% | 12,41% | 8,10% |
| PS HAMO 5 | 1 056 | 3 | 376 | 295 | 1 | 259 | 122 | 238 |
| 100,00% | 0,28% | 35,61% | 27,94% | 0,09% | 24,53% | 11,55% |
| PS M. GOUNASS | 368 | 5 | 247 | 4 | 25 | 31 | 56 | 79 |
| 100,00% | 1,36% | 67,12% | 1,09% | 6,79% | 8,42% | 15,22% |
| PS NIMZATT | 1 063 | 258 | 558 | 107 | 49 | 71 | 20 | 469 |
| 100,00% | 24,27% | 52,49% | 10,07% | 4,61% | 6,68% | 1,88% |
| **TOTAL** | **9842** | **669** | **4944** | **854** | **1185** | **1472** | **718** | **1982** |
| **%** | 100,00% | **6,80%** | **50,23%** | **8,68%** | **12,04%** | **14,96%** | **7,29%** | - |

Source : Dépouillement électronique données recueillies par les assistants

**Calcul proportion femmes ISBC sensibilisées** :

(669 + 4944 + 854) / (669 + 4944 + 854 + 1472) = 81,4%

ANNEXE IV-2

Tableau H2 : Résultats administration de la fiche ISBC par unité de services

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Unité de services | Nbre consult. | Nbre fem.sou | PF applique | RV | Référence | Non concerné | Refus | Autres | TOTAL |
| ACC | 4 751 | 67 | 0 | 33 | 0 | 1 | 6 | 27 | 67 |
| 0,0% | 49,3% | 0,0% | 1,5% | 9,0% | 40,3% | 100,0% |
| CPN | 21 057 | 3 044 | 1 | 2 717 | 5 | 3 | 220 | 98 | 3 044 |
| 0,0% | 89,3% | 0,2% | 0,1% | 7,2% | 3,2% | 100,0% |
| CPON | 11 346 | 2 584 | 180 | 1 447 | 325 | 3 | 370 | 259 | 2 584 |
| 7,0% | 56,0% | 12,6% | 0,1% | 14,3% | 10,0% | 100,0% |
| GYoN | 8 873 | 585 | 199 | 47 | 10 | 108 | 181 | 40 | 585 |
| 34,0% | 8,0% | 1,7% | 18,5% | 30,9% | 6,8% | 100,0% |
| SAA | 477 | 97 | 25 | 45 | 3 | 1 | 13 | 10 | 97 |
| 25,8% | 46,4% | 3,1% | 1,0% | 13,4% | 10,3% | 100,0% |
| PEDIATRIE | 3 610 | 50 | 0 | 5 | 7 | 22 | 0 | 16 | 50 |
| 0,0% | 10,0% | 14,0% | 44,0% | 0,0% | 32,0% | 100,0% |
| **Total SR** | **50 114** | **6427** | **405** | **4294** | **350** | **138** | **790** | **450** | **6427** |
|  |  | **6,3%** | **66,8%** | **5,4%** | **2,2%** | **12,3%** | **7,0%** | **100,0%** |
| CPC | 51 268 | 1 131 | 12 | 255 | 44 | 498 | 292 | 30 | 1131 |
| 1,1% | 22,5% | 3,9% | 44,0% | 25,8% | 2,7% | 100,0% |
| PEV | 29 772 | 2 173 | 164 | 381 | 446 | 549 | 548 | 85 | 2173 |
| 7,5% | 17,5% | 20,5% | 25,3% | 25,2% | 3,9% | 100,0% |
| AUTRES | 704 | 111 | 88 | 2 | 14 | 0 | 3 | 4 | 111 |
| 79,3% | 1,8% | 12,6% | 0,0% | 2,7% | 3,6% | 100,0% |
| **Total Non SR** | **81 744** | **3 415** | **264** | **638** | **504** | **1047** | **843** | **119** | **3 415** |
|  |  | **7,7%** | **18,7%** | **14,8%** | **30,6%** | **24,7%** | **3,5%** | **100,0%** |
| **Ensemble** | 131 858 | 9 842 | 670 | 4 935 | 855 | 1 186 | 1 634 | 752 | 9 842 |
| 6,8% | 50,1% | 8,7% | 12,1% | 16,6% | 7,6% | 100,0% |

ANNEXE IV-3

Tableau H3.1 : Motifs de refus par porte d’entrée dans les Unités de Services SR

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MOTIFS REFUS** | **UNITES DE SERVICES (PORTE D'ENTREE)** | | | | | | | |
|  | **CPN** | **CPoN** | **GYoN** | **SAA** | **ACC** | **PEDIA** | **S/T Unité SR** | |
| **Nb** | **%** |
| Fait PF traditionnelle | 1 | 22 | 11 | 1 | 0 | 2 |  |  |
| 0,4% | 6,1% | 5,6% | 6,7% | 0,0% | 14,3% |  |  |
| Veut attendre prochaines règles | 2 | 5 | 1 | 0 | 0 | 2 |  |  |
| 0,8% | 1,4% | 0,5% | 0,0% | 0,0% | 14,3% |  |  |
| Refus du mari | 50 | 40 | 22 | 3 | 0 | 1 |  |  |
| 21,1% | 11,1% | 11,2% | 20,0% | 0,0% | 7,1% |  |  |
| Mari en voyage | 41 | 63 | 29 | 2 | 0 | 8 |  |  |
| 17,3% | 17,5% | 14,7% | 13,3% | 0,0% | 57,1% |  |  |
| Pas de mari | 3 | 4 | 40 | 1 | 0 | 1 |  |  |
| 1,3% | 1,1% | 20,3% | 6,7% | 0,0% | 7,1% |  |  |
| Peur effets secondaires | 7 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |  |  |
| 3,0% | 0,3% | 0,5% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |  |  |
| Avait souffert d'infertilité | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |
| 2,5% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |  |  |
| N'a pas encore de grossesse | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |
| 0,0% | 2,8% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |  |  |
| Désir grossesse | 1 | 3 | 61 | 1 | 0 | 0 |  |  |
| 0,4% | 0,8% | 31,0% | 6,7% | 0,0% | 0,0% |  |  |
| Stérilité | 0 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 |  |  |
| 0,0% | 0,8% | 1,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |  |  |
| Pré ménopause | 3 | 11 | 2 | 0 | 0 | 0 |  |  |
| 1,3% | 3,1% | 1,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |  |  |
| Motif non spécifié | 99 | 153 | 12 | 6 | 5 | 0 |  |  |
| 41,8% | 42,6% | 6,1% | 40,0% | 83,3% | 0,0% |  |  |
| Autres motifs 1 | 22 | 40 | 16 | 1 | 1 | 0 |  |  |
| 9,3% | 11,1% | 8,1% | 6,7% | 16,7% | 0,0% |  |  |
| Autres motifs 2 | 2 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |
| 0,8% | 1,1% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |  |  |
| **TOTAL**  Pourcentage en colonne | **237** | **359** | **197** | **15** | **6** | **14** |  |  |
| 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |  |  |
| **Pourcentage en ligne** | **14,4%** | **21,8%** | **12,0%** | **0,9%** | **0,4%** | **0,9%** |  |  |

ANNEXE IV-3

Tableau H3.2 : Motifs de refus par porte d’entrée dans les Unités de Services Non SR

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MOTIFS REFUS** | **UNITES DE SERVICES (PORTE D'ENTREE)** | | | | | |
|  | **PEV** | **CPC** | **AUTRE** | **S/T Unité SR** | | **ENSEMBLE** |
| **Nb** | **%** |
| Fait PF traditionnelle | 12 | 19 | 0 |  |  | 68 |
| 2,4% | 6,2% | 0,0% |  |  | 4,1% |
| Veut attendre prochaines règles | 1 | 0 | 0 |  |  | 11 |
| 0,2% | 0,0% | 0,0% |  |  | 0,7% |
| Refus du mari | 134 | 50 | 0 |  |  | 300 |
| 26,4% | 13,3% | 0,0% |  |  | 18,2% |
| Mari en voyage | 154 | 115 | 0 |  |  | 412 |
| 30,4% | 37,6% | 0,0% |  |  | 25,0% |
| Pas de mari | 10 | 31 | 0 |  |  | 90 |
| 2,0% | 10,1% | 0,0% |  |  | 5,5% |
| Peur effets secondaires | 7 | 11 | 0 |  |  | 27 |
| 1,4% | 3,6% | 0,0% |  |  | 1,6% |
| Avait souffert d'infertilité | 2 | 0 | 0 |  |  | 8 |
| 0,4% | 0,0% | 0,0% |  |  | 0,5% |
| N'a pas encore de grossesse | 0 | 0 | 0 |  |  | 10 |
| 0,0% | 0,0% | 0,0% |  |  | 0,6% |
| Désir grossesse | 26 | 33 | 1 |  |  | 126 |
| 5,1% | 10,8% | 25,0% |  |  | 1,0% |
| Stérilité | 1 | 12 | 0 |  |  | 18 |
| 0,2% | 3,9% | 0,0% |  |  | 1,1% |
| Pré ménopause | 4 | 9 | 0 |  |  | 29 |
| 0,8% | 2,9% | 0,0% |  |  | 1,8% |
| Motif non spécifié | 96 | 16 | 3 |  |  | 390 |
| 18,9% | 5,2% | 75,0% |  |  | 23,7% |
| Autres motifs 1 | 44 | 7 | 0 |  |  | 131 |
| 8,7% | 2,3% | 0,0% |  |  | 8,0% |
| Autres motifs 2 | 16 | 3 | 0 |  |  | 25 |
| 3,2% | 1,0% | 0,0% |  |  | 1,5% |
| **TOTAL**  Pourcentage en colonne | **507** | **306** | **4** |  |  | **1645** |
| 100,0% | 100,0% | 100,0% |  |  | 100,0% |
| **Pourcentage en ligne** | **30,8%** | **18,6%** | **0,2%** |  |  | **100,0%** |

# ANNEXE V (Point 3.4)

ANNEXE V-1

Tableau I-1 : Comparaison évolution de l’utilisation des Services PF et évolution du nombre de nouvelles clientes entre les 12 mois avant l’ISBC et les 12 mois après

# 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **District** | **PPS** | **Nb consultations au Service de PF** | | | **Nombre de nouvelles clientes** | | |
| **12 mois avant** | **12 mois après** | **Variations**  **%** | **12 mois avant** | **12 mois après** | **Variations** |
| Dakar Ouest | CS Ouakam | 3916 | 4426 | 13,0% | 254 | 301 | 18,5% |
| Dakar Centre | CS Gaspard | 2896 | 4162 | 43,7% | 229 | 1136 | 396,1% |
| Dakar Nord | PS HLM G.Yoff | 1758 | 2537 | 44,3% | 191 | 312 | 63,4% |
| Dakar Sud | CS Colobane | 1294 | 1458 | 12,7% | 166 | 175 | 5,4% |
| Pikine | CS Dominique | 3292 | 3434 | 4,3% | 370 | 429 | 15,9% |
| Maternite Dalifort | 859 | 1677 | 95,2% | 133 | 394 | 196,2% |
| PS D. Khoudoss | 875 | 1598 | 82,6% | 102 | 282 | 176,5% |
| Guediawaye | PS D. Rakhmane | 1103 | 1809 | 64,0% | 71 | 184 | 159,2% |
| PS Hamo 5 | 7376 | 7011 | -4,9% | 451 | 553 | 22,6% |
| PS Médina Gounass | 156 | 708 | 353,8% | 26 | 121 | 365,4% |
| PS Nimzatt | 3446 | 2808 | -18,5% | 57 | 613 | 975,4% |
| **TOTAL** | | 26971 | **31628** | **17,3%** | 2050 | **4500** | 119,5% |

ANNEXE 5-2

Graphique B-1 : Evolution mensuel du nombre de nouvelles clientes 12 mois avant et 12 mois après

du CS Ouakam

ANNEXE 5-3

Graphique B-2 : Evolution mensuel du nombre de nouvelles clientes 12 mois avant et 12 mois après

du CS Gaspard Camara

ANNEXE 5-4

Graphique B-3 : Evolution mensuel du nombre de nouvelles clientes 12 mois avant et 12 mois après

du PS HLM Grand-Yoff

ANNEXE 5-5

Graphique B-4 : Evolution mensuel du nombre de nouvelles clientes 12 mois avant et 12 mois après

du CS Colobane

ANNEXE 5-6

Graphique B-5 : Evolution mensuel du nombre de nouvelles clientes 12 mois avant et 12 mois après

du CS Dominique

ANNEXE 5-7

Graphique B-6 : Evolution mensuel du nombre de nouvelles clientes 12 mois avant et 12 mois après

de la Maternité Dalifort

ANNEXE 5-8

Graphique B-7 : Evolution mensuel du nombre de nouvelles clientes 12 mois avant et 12 mois après

du PS Darou Khodoss

ANNEXE 5-9

Graphique B-8 : Evolution mensuel du nombre de nouvelles clientes 12 mois avant et 12 mois après

du PS Darou Rakhmane

ANNEXE 5-10

Graphique B-9 : Evolution mensuel du nombre de nouvelles clientes 12 mois avant et 12 mois après

du PS Hamo 5

ANNEXE 5-11

Graphique B-10 : Evolution mensuel du nombre de nouvelles clientes 12 mois avant et 12 mois après du PS Médina Gounass

ANNEXE 5-12

Graphique B-11 : Evolution mensuel du nombre de nouvelles clientes 12 mois avant et 12 mois après du PS Nimzatt

# ANNEXE VI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REPUBLIQUE DU SENEGAL**  Ministère de la Santé,  de la Prévention et de l’Hygiène Publique  DIVISION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION |  | Logo INTRAHEALTH - Documents Word & PPT |

# MODELE DE FICHES ISBC

REGION MEDICALE ………………………………………………………………………………….

DISTRICT SANITAIRE ………………………….……… PPS …………………….……………….

N° Cliente ….............................. N° FICHE D’INTERVENTION …………….………………

Date …………………….…………………….. Nom du prestataire………………………………..

**FICHE D’IDENTIFICATION SYSTEMATIQUE DES BESOINS DU CLIENT**

**DES FEMMES AGEES DE 15 A 49 ANS**

**(A remplir par le prestataire et à archiver)**

***L'objet de la fiche est d'utiliser les principaux motifs de visite des clients comme porte d'entrée pour leur offrir des services de planification familiale.***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q1** | Renseigner l’âge de la cliente | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ en année | | **Aller à** |
| **Q2** | Raison principale de la visite | Consultation prénatale…………………... | **1** |  |
| PEV………………………………………... | **2** |  |
| Dépistage, traitement IST/SIDA…..……. | **3** |  |
| Suivi croissance de l'enfant………….…. | **4** |  |
| Consultation postnatale………….……… | **5** |  |
| Soins après avortement……..………….. | **6** |  |
| PTME…………………………………..…. | **7** |  |
| CPC………………………………..……… | **8** |  |
| SAA………………………………………… | **9** |  |
| Echographie…..…………………..……… | **10** |  |
| GYoN…………………………..…………. | **11** |  |
| Autre motif SR  (à préciser) ……………. | **12** |  |
| Je voudrais vous poser d’autres questions pour savoir si vous avez des besoins relatifs à l’espacement des naissances qui pourraient être pris en charge lors de la consultation | | | | |
| **Q3** | Connaissez-vous la planification familiale ? | Oui…………………………………………. | **1** | **🡪 Q4** |
| Non………………………………………… | **2** | **🡪 Q7** |
| **Q4** | Quelles sont les méthodes que vous connaissez ? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | **🡪 Q5** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | **🡪 Q5** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | **🡪 Q5** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | **🡪 Q5** |
| **Q5** | Avez-vous déjà utilisé une ou des méthodes ? | Oui…………………………………………. | **1** | **🡪 Q6** |
| Non………………………………………… | **2** | **🡪 Q7** |
| **Q6** | Etes-vous sous contraception?  Si oui, conseiller et remercier. | Oui…………………………………………. |  | **Fin** |
| Non………………………………………… |  | **🡪 Q7** |
| **Q7** | **Informer sur la PF ensuite poser la question suivante**: Souhaiteriez-vous utiliser une méthode contraceptive? | Oui…………………………………………. |  | **Fin** |
| Non………………………………………… |  | **🡪 Q8** |
| ***Si Oui, Appliquer la PF***  ***Donner un RV***   ***Référer*** | | | |  |
| **Q8** | Pour quelles raisons ne souhaiteriez pas utiliserune méthode contraceptive  **SENSIBILISER SUR LA PF** |  | | **Fin** |

|  |
| --- |
|  |

**OBSERVATIONS DU PRESTATAIRE**

# ANNEXE VII

# MODELE DE FICHES DE DEPOUILLEMENT F1, F2, F3, F4, F5 et F6

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ministère de la Santé  et de la Prévention |  |  |

EVALUATION DE L’ISBC/PF DANS LES PPS DE DAKAR

**F1**

**FICHE DE DEPOUILLEMENT DES REGISTRES PF[[58]](#footnote-58)**

**(Données sur les 12 mois après le début de l’ISBC/PF)**

**I - IDENTIFICATION**

* 1. District sanitaire: …..…….……………………..………………………………………………………….…… /\_\_/
  2. Nom du PPS : ….……………………………………….……………………………………………………… /\_\_/
  3. Nom de l’unité de prestation de services ………………………………..…………………………………. /\_\_/
  4. Nom du Prestataire[[59]](#footnote-59) : ………….………………………………………………………………………… /\_\_/\_\_/
  5. Nom de l’agent de collecte : ……………………………………………..………………………………..… /\_\_/
  6. Date de collecte : ………………………………………………..…..…………………… /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/
  7. Période couverture données : Mois de :……………… ………..… /\_\_/\_\_/ Année : …… /\_\_/\_\_/

**II - DONNEES SUR LES EFFETS DE L’ISBC SUR LA PF**

* 1. Nombre total de femmes (15-49 ans) consultées pour la PF[[60]](#footnote-60) : ………………………....….. /\_\_/\_\_/\_\_/
  2. Dont Nouvelles[[61]](#footnote-61) : …………………….. /\_\_/\_\_/\_\_/ Anciennes[[62]](#footnote-62) : …….…….. /\_\_/\_\_/\_\_/
  3. Nombre total de clientes identifiées par l’ISBC/PF[[63]](#footnote-63) : ……………………….……………….… /\_\_/\_\_/\_\_/
  4. Dont : Nouvelles : ……………….……. /\_\_/\_\_/\_\_/ Anciennes : ………….… /\_\_/\_\_/\_\_/
  5. Services de provenance des clientes identifiées par ISBC/PF[[64]](#footnote-64) :

**Unités de services Anciennes Nouvelles TOTAL**

* CPN : …………………….…… /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/
* CPoN ……..: ………………… /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/
* GoYN : ………………………… /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/
* PEV : ……………..…………… /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/
* VAT : …………..……………… /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/
* CPC : ………………….……… /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/
* SAA : ……….………………… /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/
* SPC : ………………..……… /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/
* Autres à préciser  : ……..… /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/
* Autres à préciser  :………... /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/

**OBSERVATIONS** : …………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ministère de la Santé  et de la Prévention |  |  |

## EVALUATION DE L’ISBC/PF DANS LES PPS DE DAKAR

**F2**

**FICHE DE DéPOUILLEMENT DES REGISTRES DES SERVICES AUTRES que la pf ET DES FICHES ISBC/PF**

**(Données sur les 12 mois après le début de l’ISBC/PF)**

**I - IDENTIFICATION**

* 1. District sanitaire : …………………..………………..…………………………… /\_\_/
  2. Nom du PPS : ………………..……………………………………………….…. /\_\_/
  3. Nom de l’Unité de prestation de services : ………………….…………..... /\_\_/\_\_/
  4. Nom du Prestataire[[65]](#footnote-65) : …….…………….…………………………………… /\_\_/\_\_/
  5. Nom de l’agent de collecte : ………….…………………………..…………… /\_\_/
  6. Date de collecte : ………………………..…………………… /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/
  7. Période de couverture des données : Mois : …. /\_\_/\_\_/ Année : ...… /\_\_/\_\_/

**II - DONNEES SUR LA COUVERTURE ET LES SERVICES ISBC/PF**

* 1. Nombre total de femmes 15-49 ans venues[[66]](#footnote-66) en consultation[[67]](#footnote-67) : …..… /\_\_/\_\_/\_\_/

* 1. Nombre de femmes soumises à l’ISBC/PF [[68]](#footnote-68): ………………………… /\_\_/\_\_/\_\_/
  2. Résultats administration fiche ISBC/PF[[69]](#footnote-69):

1. PF appliquée : …………………………………………..………………………………………. /\_\_/\_\_/
2. Rendez-vous : …………………………………………..……………………………………… /\_\_/\_\_/

1. Référence : …………………………………………..…..……………………………..……… /\_\_/\_\_/
2. Non concerné [[70]](#footnote-70): ….………………………………………..…………….……….……………/\_\_/\_\_/

1. Fiche ISBC/PF incomplètes : ………………………………………….…….…..…..……… /\_\_/\_\_/
2. Fiches ISBC manquantes : ……………………..…..………………………………….…… /\_\_/\_\_/
3. Cas de refus[[71]](#footnote-71) : …………………………………..……………….…………………………. /\_\_/\_\_/

dont : - Fait PF traditionnelle ou méthode naturelle (collier du cycle) : …….………… /\_\_/\_\_/

- Veut attendre prochaines règles : …………..…….…………………….…….….. /\_\_/\_\_/

- Refus du mari : ………………………………….…….…………………..…….… /\_\_/\_\_/

- Mari en voyage : ……………………………..……….………………..……….… /\_\_/\_\_/

- Pas de mari : ………………………………..………………………………..…… /\_\_/\_\_/

- A peur effets secondaires PF : ………………………………...……….……..… /\_\_/\_\_/

- Avait souffert d’infertilité : …………………………………………….…..……… /\_\_/\_\_/

- N’a pas encore eu de grossesse ……………………….…….…….…..……… /\_\_/\_\_/

- Désir grossesse : ……………………………………………………….…….….. /\_\_/\_\_/

- Stérilité : ………..………………………………………………….…….….…….. /\_\_/\_\_/

- Pré-ménopause : ……………………………………………….……….……….. /\_\_/\_\_/

- Motif non spécifié : ……………………………………….…….…..…………… /\_\_/\_\_/

- Autres motifs 1 : ….……………………………….……………………………… /\_\_/\_\_/

- Autres motifs 2 : ….……………………………….……………………………… /\_\_/\_\_/

**III - ESTIMATION BESOINS NON SATISFAITS**[[72]](#footnote-72)

Nombre de femmes qui souhaitent adopter une méthode (oui à Q7) ……………….…… /\_\_/\_\_/

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ministère de la Santé  et de la Prévention |  |  |

## EVALUATION DE L’ISBC/PF DANS LES PPS DE DAKAR

**F3**

**FICHE DE DéPOUILLEMENT DES DONNEES sur les 12 mois précédant le début de l’ISBC**

**I - IDENTIFICATION**

* 1. District sanitaire : ………………………………..…..………………………… /\_\_/\_\_/
  2. Nom du PPS : ……………………………………….…………………….…. /\_\_/\_\_/
  3. Nom de l’unité de prestation de Services : ……………………………… /\_\_/\_\_/
  4. Nom du Prestataire[[73]](#footnote-73) : ……………………………………………………… /\_\_/\_\_/\_\_/
  5. Nom de l’agent de collecte : ………………………………………………… /\_\_/\_\_/
  6. Date de collecte : …………………………..…………………… /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/
  7. Période de couverture des données : Mois : ..…. /\_\_/\_\_/ Année : …… /\_\_/\_\_/

**II - DONNEES sur la frequentation des services**[[74]](#footnote-74)

* 1. Nombre total de femmes venues en consultation PF[[75]](#footnote-75) : …………………… /\_\_/\_\_/\_\_/
  2. Nombre de nouvelles clientes dans le programme PF[[76]](#footnote-76) : ……………….. /\_\_/\_\_/\_\_/

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ministère de la Santé  et de la Prévention |  |  |

## EVALUATION DE L’ISBC/PF DANS LES PPS DE DAKAR

**F4**

**GRILLE D’OBSERVATION des prestataires ISBC**

(à leur Poste de travail lors de l’administration de la fiche ISBC/PF)

**I - IDENTIFICATION**

* 1. District sanitaire de : …………………………..……………..………….….…………….……… /\_\_/
  2. Nom du PPS : …………………………………………….……………….….……….….………. /\_\_/
  3. Nom de l’Unité de prestation de Service : ……………………….…….…….…….………….. /\_\_/
  4. Nom du Prestataire : …………………………………………….……..…….…….………... /\_\_/\_\_/
  5. Qualification Prestataire : ……………………………….………………….…..….……..… /\_\_/\_\_/
  6. Date de formation du prestataire : …………….…………….…..….……….…..….. /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/
  7. Date début ISBC/PF : ……………………………………….…..………..……..…… /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/
  8. Nom de l’observateur : ……….…………………………………………….…….………… /\_\_/\_\_/
  9. Date de l’observation : ……………………….……………..….….…………. /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/
  10. Heure début application ISBC/PF : ……………………………….…….…….…… /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/
  11. Heure fin application ISBC/PF : …………………………………………………… /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Eléments à apprécier** | **Résultats** | **Observations** |
| **Le prestataire** | |  |  |
|  | A salué la cliente |  |  |
|  | A mis à l’aise la cliente |  |  |
|  | A demandé l’objet de la visite |  |  |
|  | A mentionné l’objet de la visite dans |  |  |
| * Dossier du client |  |  |
| * Registre |  |  |
| * Autre support à préciser |  |  |
|  | A rassuré la cliente sur la prise en charge de son besoin |  |  |
|  | A demandé à la cliente si elle a des besoins en PF ? |  |  |
|  | A aidé la cliente à exprimer ses besoins en PF |  |  |
|  | A fait la synthèse des besoins en PF identifiés chez la cliente |  |  |
|  | A notifié les besoins en PF identifiés dans |  |  |
| * Dossier du client |  |  |
| * Registre |  |  |
| * Autre support à préciser |  |  |
|  | A respecté la confidentialité |  |  |
|  | A assuré la prise en charge (PEC) |  |  |
|  | A notifié le mode de PEC sur |  |  |
| * Registre correspondant |  |  |
| * Dossier de la cliente |  |  |
| * Autre support à préciser |  |  |
|  | A utilisé la fiche ISBC/PF selon les normes du Protocole |  |  |
|  | A utilisé le carnet de référence pour tous les référés |  |  |
|  | A rempli le carnet selon les normes d’inscription |  |  |
|  | A remis un volet à la cliente référée |  |  |
|  | A informé la cliente de la procédure à suivre |  |  |
|  | A remercié la cliente |  |  |
| **TOTAL OUI** | |  |  |

O = Oui N = Non NA = Non applicable Heure fin observation : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

**commentaires :** (appréciations générales sur la compréhension du contenu de la fiche ISBC/PF, sur la capacité de remplissage de la fiche, sur la capacité de référer, sur le respect des procédures, etc.)

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ministère de la Santé  et de la Prévention |  |  |

## EVALUATION DE L’ISBC/PF DANS LES PPS DE DAKAR

**F5**

**DONNEES QUALITATIVES[[77]](#footnote-77)**

**I - IDENTIFICATION**

* 1. District sanitaire: …..…….………………………….……………………….…… /\_\_/
  2. Nom du PPS : ….……….………………………………………………………… /\_\_/
  3. Nom de l’agent de collecte : ……………………..……………………………… /\_\_/
  4. Date de collecte : ……………………..……………………… /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/
  5. Période de couverture des données : Mois de : .… /\_\_/\_\_/ Année : … /\_\_/\_\_/

**II - caracteristiques PPS**

* 1. Type de PPS : Centre de santé :  Poste de santé :  Autre (à préciser) :
  2. Zone couverte par le PPS (commune d’arrondissement, quartiers) : ………..…………….

………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

* 1. Nombre d’habitants ……………………………………………………….…………
  2. Nombre de FAR : …………………………………………………………………….
  3. Niveau prévalence contraceptive dans le District et dans la zone couverte par

le PPS : ……………………………………………………………………………..…

…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………….

* 1. Liste des Unités de prestation de services dans le PPS : ………………………

………………………………………………………………………………………………….

* 1. Liste des Unités non spécifiquement PF fournissant des services PF : ……….

………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………..

**III - ORGANISATION DE L’ISBC/PF**

* 1. Nbre de prestataires : ….………… dont formés en ISBC/PF : ………………….
  2. Date de formation des prestataires en ISBC/PF : …………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

* 1. Nbre de prestataires formés en l’ISBC/PF qui pratiquent l’ISBC/PF : ………….

………………………………………………………………………………………………….

* 1. Date de début d’application de l’ISBC/PF dans le PPS : ………………………..

………………………………………………………………………………………………….

* 1. Périodes de rupture dans l’application de l’ISBC/PF et motif : …………………..…….…………….

………………………………………………………………………………………………….

* 1. Charge de travail des prestataires (faible, modérée, élevée, expliquer et si modérée ou élevée existe-t-il des possibilités d’augmenter leur charge de travail) : …………………………….

................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

* 1. Est-ce que le PPS bénéficie du Programme POUCH. Si Oui impact ? : ………..…………………

...........................................................................................................................................................

* 1. Est-ce que le PPS bénéficie du Programme Sage-femme. Si Oui impact ? : …

...........................................................................................................................................................

* 1. Qui assure la coordination des activités d’ISBC/PF dans le PPS ? Selon quelle procédure (type de contrôle, périodicité, feed-back) ? ………………………………………………………………………

..……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

**IV - APPLICATION DE L’ISBC/PF**

* 1. Régularité utilisation fiche ISBC : Si irrégulier ou interruption pour quelle durée, dans quelles unités de services, pourquoi (congé ou absence prestataire et pas de remplaçant, charge de travail prestataire, manque d’engagement, rupture de stock de fiches ISBC, rupture de contraceptifs, arrêt fourniture services de PF, etc.) et comment y remédier ? : ………………………………………

……….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………………..

* 1. Remplissage des fiches ISBC/PF : Proposition de fiches incomplètes ou mal remplies ; si proposition plus de 05% quelles sont les insuffisances constatées (rubriques non renseignées ou mal renseignées, erreurs dans les sauts ou passer à, confusion dans les réponses, etc.), les causes de ces insuffisances (niveau compréhension fiche ISBC, manque maîtrise remplissage fiche ISBC/PF, méconnaissance concept besoins non satisfaits, manque d’engagement, non respect étapes remplissage – fiche remplie bien après entretien- etc. ) et comment y remédier ? : …………………

.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……

…………………………………………………………………………………………………..

* 1. Classement des fiches (ISBC, de référence et de contre référence) : bien, assez bien, passable ; si pas bien quelles sont les insuffisances constatées, les causes de ces et comment y remédier ? …..

…………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………..……………………………………………

* 1. Tenue des registres (Bien, assez bien, passable ; si pas bien quelles sont les insuffisances constatées (rubriques non renseignées ou mal renseignées – en cas ISBC, omission mention SAD et/ou provenance de la cliente-, confusion dans les réponses –numéro cliente, date- etc.), les causes de ces insuffisances (niveau compréhension fiche ISBC, manque maîtrise remplissage fiche ISBC/PF, méconnaissance concept besoins non satisfaits, manque de coordination des références, manque d’engagement, rupture de stock de registre, durée files d’attente, etc. ) et comment y remédier ? : …..

…………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………..……………………………………………………

**V - DIFFICULTES RENCONTREES**

* 1. Par les prestataires pour la bonne application de l’ISBC/PF et comment y remédier ?

……………………………………………………..……………………………………………………………..

……………………………………………………..……………………………………………………………..

……………………………………………………..……………………………………………………………..

* 1. Par les Assistants de recherche pour le recueil des données et comment y remédier ?

……………………………………………………………………………………………………………..……..

……………………………………………………………………………………………………..……………..

…………………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ministère de la Santé  et de la Prévention |  |  |

EVALUATION DE L’ISBC/PF DANS LES PPS DE DAKAR

**F6**

**PERSONNEL DES PPS CHARGES DE L’ISBC/PC**

Nom du District : ………………………………………………….. /\_\_/ Nom du PPS : ……………………………………. /\_\_/

Nom de l’Unité de prestation de service : …………………… Sigle : …………………… Nom du Responsable : …………………….....

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom et Prénoms**  **des Prestataires** | **Qualification** | **Formé ISBC[[78]](#footnote-78)** | **Date de formation** | **Application ISBC[[79]](#footnote-79)** | **Date début ISBC** | **Observations**  (périodes arrêt ISBC, rupture de stock de carnets de fiches, congé, absence du personnel, etc.) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Observations d’ordre général sur l’Unité de prestation de service : …………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# 

# ANNEXE VIII

# CADRE LOGIQUE DE L’ETUDE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OBJECTIFS SPECIFIQUES** | **RESULTATS ATTENDUS** | **INDICATEURS** | **SOURCE DES DONNEES** |
| Déterminer l’acceptabilité ISBC | * Avoir mesuré le niveau d’application de l’ISBC/PF par type d’unité de service. * Avoir déterminé les facteurs qui expliquent les différents niveaux d’application de l’ISBC | * Proportion de consultations ayant abouti à l’administration d’une fiche ISBC/PF. * Liste des facteurs influant sur le niveau de pratique de l’ISBC/PF. | * Recueil des données des registres des différentes portes d’entrée et fiches ISBC à l’aide de la fiche de collecte F2 pour la période des 12 mois après. * Collecte des informations sur les facteurs déterminant la pratique de l’ISBC/PF à partir de la fiche F5 et F4 |
| Mesurer les besoins non satisfaits en PF | * Avoir évalué la capacité de l’ISBC/PF à amener les femmes à prendre conscience de leurs besoins en PF. * Avoir évalué l’efficacité de l’ISBC à convaincre les femmes à rechercher une méthode. * Avoir évalué la capacité de l’ISBC/PF à amener les femmes ayant BNS à adopter effectivement une méthode. | * Proportion de femmes ISBC ayant exprimé besoins non satisfaits –BNS- (pas sous contraceptif (non à Q6) mais disposées à appliquer une méthode (oui à Q7)). * Proportion de femmes ISBC ayant appliqué ou ayant accepté un RV ou une référence. * Proportion de femmes ayant BNS qui finissent par appliquer une méthode. | * Recueil des données des fiches ISBC à l’aide de la fiche de collecte F2 pour la période des 12 mois après. |
| Évaluer la contribution ISBC à l’augmentation utilisation services PF | * Avoir mesuré la part de l’ISBC/PF dans l’augmentation du nombre de nouvelles clientes PF. * Avoir testé le degré de validité des accroissements constatés. | * Proportion de nouvelles clientes générées par l’ISBC. * Marge d’erreur due à l’échantillonnage | * Recueil des données des registres de PF à l’aide des fiches de collecte F1 et F3 pour les 12 mois avant et les 12 mois après. * Application test T de Student sur les séries chronologiques de nombre de nouvelles clientes 12 mois avant et 12 mois après. |
| Formuler recommandations pour améliorer application ISBC/PF et définir conditions éventuelles de passage à l’échelle. | * Avoir tiré les leçons des analyses effectuées et identifié les solutions susceptibles de remédier aux principaux problèmes auxquels l’ISBC/PF est confrontée. |  | * Analyse (interprétation et explication) des données collectées. |

# 

# ANNEXE IX

# ESTIMATION CHARGE DE TRAVAIL DES PRESTATAIRES

**I - PRINCIPES**

La charge de travail est estimée par le nombre moyen de patients consultés par jour et par prestataire dans une unité de service donnée. Elle s’obtient par en rapportant le nombre total de patients consultés pendant une année dans un type d’unité de service donnée, tous les PPS confondus, au nombre total de prestataires qualifiés intervenant dans ces unités de services multiplié par le nombre de jour de travail par an (240 jours).

Ce calcul ne prend pas en compte la nature des consultations.

**II - ESTIMATION DU NOMBRE DE JOURS DE TRAVAIL PAR AN**

(5 jours ouvrables/semaine) x (48 semaines[[80]](#footnote-80)) = 240 jours de travail.

**III - ESTIMATION DE LA CHARGE DE TRAVAIL EN CPC**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PPS[[81]](#footnote-81)** | **Nbre prestataires** | | **Nbre consultations** |
| **qualifiés** | **non qualifiés** |
|  | PS HLM Grand-Yoff | 1 | 2 | 11.593 |
|  | PS Darou Khoudoss | 1 | - | 8.095 |
|  | PS Darou Rakhmane | 1 | 1 | 7.412 |
|  | PS Hamo 5 | 2 | 1 | 7.418 |
|  | PS Médina Gounass | 1 | - | 4.353 |
|  | PS Nimzatt | 2 | - | 10.180 |
| **TOTAL** | | **10** | **4** | **49.131** |

Charge moyenne de travail par prestataire = [(49.131) / (10+4)]/240 = 14,62 patients/jour.

**IV - ESTIMATION DE LA CHARGE DE TRAVAIL EN CPN + CPoN + GYoN**[[82]](#footnote-82)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PPS** | **Nbre prestataires** | | **Nbre consultations** |
| **qualifiés** | **non qualifiés** |
|  | CS Ouakam | 8 | - | 4.208 |
|  | PS HLM Grand-Yoff | 1 | - | 3.444 |
|  | CS Gaspard Camara | 7 | - | 6.822 |
|  | CS Colobane | 2 | - | 931 |
|  | CS Dominique | 4 | - | 3.750 |
|  | Maternité Dalifort | 1 | 2 | 1.683 |
|  | PS Darou Khoudoss | 2 | - | 1.276 |
|  | PS Darou Rakhmane | 2 | 1 | 984 |
|  | PS Hamo 5 | 4 | 1 | 9.325 |
|  | PS Médina Gounass | 4 | - | 1.693 |
|  | PS Nimzatt | 3 | - | 8.575 |
| **TOTAL** | | **38** | **4** | **42.681** |

Charge moyenne de travail par prestataire = [(42.681) / (38+4)]/240 = 4,23 patients/jour.

**V - ESTIMATION DE LA CHARGE DE TRAVAIL AU PEV**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PPS** | **Nbre prestataires** | | **Nbre consultations** |
| **qualifiés** | **non qualifiés** |
|  | PS HLM Grand-Yoff | 1 | 1 | 3.511 |
|  | CS Gaspard Camara | 2 | - | 4.223 |
|  | CS Colobane | 2 | 2 | 640 |
|  | CS Dominique | 1 | 1 | 1.907 |
|  | Maternité Dalifort | - | 3 | 917 |
|  | PS Darou Khoudoss | - | 2 | 876 |
|  | PS Darou Rakhmane | - | 3 | 1.337 |
|  | PS Hamo 5 | 1 | 2 | 6.134 |
|  | PS Médina Gounass | - | 2 | 1.000 |
|  | PS Nimzatt | 0 | 3 | 7.267 |
| **TOTAL** | | **7** | **19** | **27.812** |

Charge moyenne de travail par prestataire = [(27.812) / (7+19)]/240 = 7,24 patients/jour.

1. - Performance mesurée par la proportion de femmes venues en consultation qui ont été soumises à l’ISBC/PF. [↑](#footnote-ref-1)
2. - éligibles à des besoins non satisfaits en PF, c'est-à-dire les Femmes soumises à l’ISBC qui ne sont pas sous contraceptifs et qui

   sont donc susceptibles d’avoir des besoins en PF. [↑](#footnote-ref-2)
3. - Femmes en grossesse, femmes venant d’accoucher, femmes venant de subir un avortement, etc. [↑](#footnote-ref-3)
4. - Toutes les femmes soumises à l’ISBC sans les femmes non concernées (c'est-à-dire sous contraceptif), et celles dont les fiches

   étaient incomplètes ou non retrouvées, [↑](#footnote-ref-4)
5. - Femmes ayant appliqué plus celles ayant obtenu un RV ou une référence. [↑](#footnote-ref-5)
6. - En fait le nombre de consultations ayant abouti à l’administration d’une fiche ISBC/PF car le nombre de femmes n’est pas connu en

   raison du fait qu’une femme peut avoir effectué plusieurs consultations sans qu’il soit possible de l’identifier. [↑](#footnote-ref-6)
7. - Dont 12 à Dakar et 4 à Guédiawaye. [↑](#footnote-ref-7)
8. - Les données tirées de ces fiches n’ont pas été utilisées dans l’analyse en raison de leur manque de fiabilité, [↑](#footnote-ref-8)
9. - Initialement cette période devait être limitée aux 6 mois avant le début de l’ISBC. Mais pour pouvoir prendre en compte les variations

   saisonnières éventuelles, elle a été étendue aux 12 mois avant l’ISBC. [↑](#footnote-ref-9)
10. - Faute d’un bon archivage ou de bonnes conditions de conservation. [↑](#footnote-ref-10)
11. - Il en est ainsi des unités de soins telles que la CPN, la CPoN et le PEV où les femmes doivent faire 3 à 4 visites. [↑](#footnote-ref-11)
12. - A savoir le nombre de femmes soumises à l’ISBC sur le nombre de femmes ayant effectué une consultation. [↑](#footnote-ref-12)
13. - A la suite de leur interview. [↑](#footnote-ref-13)
14. - Aussi bien dans les registres que sur les fiches ISBC. [↑](#footnote-ref-14)
15. - Les fiches de contre référence n’ont pas été remplies régulièrement. [↑](#footnote-ref-15)
16. - Ces situations ont été considérées dans certains PPS comme une porte d’entrée. [↑](#footnote-ref-16)
17. - Y compris la PF [↑](#footnote-ref-17)
18. - CPN, CPoN, GYoN, PEV, ACC, SAA, CPC et Autres (IST, Pansement, Informations, etc.) sauf PF [↑](#footnote-ref-18)
19. - CPN, CPoN, GYoN et PEV. [↑](#footnote-ref-19)
20. - En termes de nombre de consultations de femmes pour elles-mêmes ou pour leurs enfants. [↑](#footnote-ref-20)
21. - En termes de proportion de consultations ayant abouti à l’administration d’une fiche ISBC/PF. [↑](#footnote-ref-21)
22. - Il s’agit ici uniquement des consultations effectuées par des femmes pour elles-mêmes ou pour leurs enfants qui intéressent le projet.

    En fait, le nombre total de consultations est beaucoup plus élevé si on prend en compte les consultations de patients de sexe masculin. [↑](#footnote-ref-22)
23. - En termes de proportion de consultations ayant abouti à l’administration d’une fiche ISBC/PF. [↑](#footnote-ref-23)
24. - En termes de nombre de consultations de femmes pour elles-mêmes ou pour leurs enfants. [↑](#footnote-ref-24)
25. - Motivation, maîtrise de l’ISBC, charge de travail et possibilités d’accroissement de productivité [↑](#footnote-ref-25)
26. - Organisation et coordination interne du PPS, disponibilité de stock de fiches ISBC, supervision des activités ISBC, [↑](#footnote-ref-26)
27. - au PS de HLM Grand-Yoff [↑](#footnote-ref-27)
28. - PS HLM Grand-Yoff ; Maternité de Dalifort ; PS de Darou Khoudoss ; PS de Darou Rakhmane. [↑](#footnote-ref-28)
29. - Stagiaire, assistant, bénévole, etc. [↑](#footnote-ref-29)
30. - Selon l’EDS, les femmes considérées comme ayant un besoin non satisfait en matière de contraception sont celles actuellement en union, non utilisatrices de la contraception et qui ont déclaré ne plus vouloir d’enfant (limiter les naissances) ou qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant la prochaine naissance (espacer les naissances). [↑](#footnote-ref-30)
31. - Femmes éligibles, c’est-à-dire : le nombre total de femmes soumises à l’ISBC après déduction de celles parmi elles qui était déjà

    sous contraception, soit 9842 - 1185 = 8657. [↑](#footnote-ref-31)
32. Pansement, Renseignement et IST/SIDA [↑](#footnote-ref-32)
33. - Il s’agit des femmes qui ne sont pas sous contraception. [↑](#footnote-ref-33)
34. - Ce sont les femmes déjà sous contraceptif ou qui ne sont pas sexuellement actives (non en union). [↑](#footnote-ref-34)
35. - Voir calcul au bas du tableau 01 de l’annexe chap 3.3 [↑](#footnote-ref-35)
36. - En plus de ce résultat, l’ISBC apparaît également comme un moyen de sensibilisation de masse peu coût. [↑](#footnote-ref-36)
37. - Ce chiffre inclus les clientes CPN (donc en grossesse) ayant eu un RV et qui vont accoucher au-delà de la date limite de la collecte

    ainsi que celles référées vers d’autres PPS. [↑](#footnote-ref-37)
38. - PEV (25,3% pour le NC et 25,2% pour les refus) ; CPC (44,0% pour le NC et 25,8% pour les ); GYoN (31,6% pour le NC);

    Pédiatrie (44,1% pour le NC et 14,0% pour les références); etc. [↑](#footnote-ref-38)
39. - La CPN, la SAA, la CPoN et l’ACC. [↑](#footnote-ref-39)
40. - Initialement, il n’était pas prévu de faire de l’ISBC dans cette unité de service. [↑](#footnote-ref-40)
41. - Femmes en grossesse, femme venant d’accoucher, femme venant d’avorter, etc. [↑](#footnote-ref-41)
42. - S’il est habilité à offrir des services de PF. [↑](#footnote-ref-42)
43. - Seul le PS de D. Khoudoss se singularise avec 10,2% de RV en raison du fait que sa CPN et sa CPoN sont restées 10 mois sans ISBC. [↑](#footnote-ref-43)
44. - PEV ; CPC; GYoN; Pédiatrie; etc. [↑](#footnote-ref-44)
45. - Pansement, Soins dentaires, Renseignement, etc. [↑](#footnote-ref-45)
46. - 6,3% + 66,8% +5,4% = 78,5%, cf. tableau 01 [↑](#footnote-ref-46)
47. - 7,7% +18,7% + 14,8% = 41,2%, cf. tableau 02 [↑](#footnote-ref-47)
48. - Service dentaire, service Pansement, service des renseignements, etc. [↑](#footnote-ref-48)
49. - Test rejeté pour Colobane, Dominique et Gounass. [↑](#footnote-ref-49)
50. - Comme le carnet mère/enfants en cours d’expérimentation. [↑](#footnote-ref-50)
51. [↑](#footnote-ref-51)
52. - Femmes sous contraceptif. [↑](#footnote-ref-52)
53. - Femmes soumises à l’ISBC sans celles ayant déclaré être sous contraceptif. [↑](#footnote-ref-53)
54. - BNS = Besoins en PF non satisfaits [↑](#footnote-ref-54)
55. - Femmes éligibles, c’est-à-dire : le nombre total de femmes soumises à l’ISBC après déduction de celles parmi elles qui était déjà sous

    contraception, soit 9842 - 1185 = 8657. [↑](#footnote-ref-55)
56. - Femmes sous contraception. [↑](#footnote-ref-56)
57. - Fiches incomplètes ou perdues [↑](#footnote-ref-57)
58. = Unité de prestation de services PF et autres Unités SR offrant des services PF. [↑](#footnote-ref-58)
59. = Si un Registre unique mettre le nom de la prestataire principale suivi de la mention (RU) ; Si un Registre par prestataire

    mettre n° ordre suivi du nom de la prestataire. [↑](#footnote-ref-59)
60. = Source : Registre PF [↑](#footnote-ref-60)
61. = Source : Oui à Nouvelle dans le Programme à la Colonne 3 du Registre PF [↑](#footnote-ref-61)
62. = Source : Non à Nouvelle dans le Programme à la Colonne 3 du Registre PF [↑](#footnote-ref-62)
63. = Source : Mention SAD Registre PF [↑](#footnote-ref-63)
64. = Source : Complément SAD Registre PF [↑](#footnote-ref-64)
65. Si un Registre unique, mettre le nom de la prestataire suivi de la mention RU. Si un Registre par

    Prestataire, mettre n° ordre suivi du nom de la Prestataire [↑](#footnote-ref-65)
66. Pour elle-même, pour son enfant ou pour accompagner un malade. [↑](#footnote-ref-66)
67. Source : Registre des Unités de Prestation de service autres que la PF [↑](#footnote-ref-67)
68. Source : Carnets Fiches ISBC/PF et Registre Unités de service autres que la PF [↑](#footnote-ref-68)
69. Source : Carnets Fiches ISBC/PF [↑](#footnote-ref-69)
70. Femmes ayant répondu Oui à Q6 de la fiche ISBC/PF (sous contraceptif, etc.) [↑](#footnote-ref-70)
71. Femmes ayant répondu Non à Q7 de la fiche ISBC/PF [↑](#footnote-ref-71)
72. Source : Fiche ISBC/PF [↑](#footnote-ref-72)
73. Si un Registre unique, mettre le nom de la Prestataire principale suivi de la mention RU. Si un

    Registre par Prestataire, mettre n° ordre suivi du nom de la Prestataire [↑](#footnote-ref-73)
74. Concerne les Unités de prestation de services PF et celles non PF mais fournissant des services PF [↑](#footnote-ref-74)
75. Venue en consultation PF ou pour un autre service mais ayant demandé aussi de la PF. [↑](#footnote-ref-75)
76. Oui à la Colonne 3 du Registre PF [↑](#footnote-ref-76)
77. Cette fiche est destinée à recueillir, pendant la période des 12 mois après le début de l’ISBC/PF, les informations nécessaires pour présenter la situation du PPS, pour expliquer les problèmes rencontrés par les prestataires, les évolutions observées et déterminer les solutions à proposer. [↑](#footnote-ref-77)
78. **O = Oui  N = Non** [↑](#footnote-ref-78)
79. **O = Oui N = Non NA = Non applicable** [↑](#footnote-ref-79)
80. - 52 semaines dans l’année moins 4 semaines de congé [↑](#footnote-ref-80)
81. - PPS appliquant l’ISBC [↑](#footnote-ref-81)
82. - En général ces unités de services sont tenues par les mêmes prestataires [↑](#footnote-ref-82)