



Ministère de la Santé et de la
Prévention

Division de la Santé de la
Reproduction



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Agence Américaine pour le Développement
International



Documentation du processus de l'offre initiale de pilules (OIP) par les matrones des cases de santé



RAPPORT FINAL

Avril 2010



DECLINATOIRE

Les points de vue exprimés par les auteurs dans cette publication ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) ou ceux du Gouvernement des Etats Unis.

REMERCIEMENTS

Ce manuel a été financé par le Gouvernement des Etats Unis à travers le bureau de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) dans le cadre de la documentation du projet pilote du processus de l'offre initiale de pilules (OIP) par les matrones des cases de santé. Le Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP) à travers la Division de la Santé de la Reproduction (DSR) et la Division des Soins de Santé Primaires a mené cette étude avec l'appui technique de Family Health International en collaboration avec le Centre Régional de Formation et de la Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOREP) au profit du Projet Santé Communautaire de USAID-Sénégal (PSC) coordonné par Childfund-Sénégal. Toutes ces institutions ont participé à toutes les étapes du processus (de la conception du protocole à la réalisation de la documentation. L'équipe de recherche remercie toutes les personnes qui ont contribué à la réussite de cette étude, en particulier :

- Pr Jean Charles MOREAU, Chef de service de la Clinique Gynécologique et Obstétricale (CGO) et Président du Conseil d'Administration du CEFOREP ;
- John STANBACK, Deputy Director FHI-NC USA ;
- Trinity ZAN, Senior Technical Officer, FHI-NC USA;
- Barbara SOW, Directrice des programmes, FHI-Sénégal ;
- Mr Mamadou DIAGNE, Directeur des programmes de santé, Childfund-Sénégal ;
- Dr Mamadou Bocar DAFF, Chef de la Division de la Santé de la Reproduction ;
- Dr Ndèye Codou LAKH, Chef de la Division des Soins de Santé Primaires ;
- Mr Amadou Hassane SYLLA, Coordonnateur du CEFOREP ;
- Dr Débé NDIAYE, Médecin Chef de Région de Kaolack ;
- Dr Alioune DIACK, Médecin Chef de Région de Thiès ;
- Dr Mohamed TRAORE, Médecin Chef de Région de Louga ;
- Dr Marie SARR, Médecin Chef de Région de Fatick ;
- Dr Amath MBAYE, Médecin Chef de Région de Kolda.

COLLABORATEURS

Les personnes suivantes ont participé à la documentation :

- John STANBACK, Deputy director, FHI NC USA ;
- Trinity ZAN, Senior Technical Officer, FHI NC USA ;
- Barbara SOW, Directrice des programmes, FHI Sénégal ;
- Dr Karim SECK, Chargé de programme SR, FHI Sénégal ;
- Mr Mamadou DIAGNE, Directeur des programmes de santé, Childfund-Sénégal ;
- Mme Marième FALL, Conseillère SR à Childfund-Sénégal ;
- Mme Julia WHITE, Business Dvt Specialist à Childfund-Sénégal ;
- Ibrahima TOURE, Conseiller IEC / CCC à Childfund-Sénégal ;
- Mme Maïmouna SOW, Assistante SR chargée des SAA à Childfund-Sénégal ;
- Mr Mamadou S. SY, Conseiller Suivi - Evaluation à Childfund-Sénégal ;
- Dr Mamadou Bocar DAFF, Chef de la Division de la Santé de la Reproduction ;
- Dr Ndèye Codou LAKH, Chef de la Division des Soins de Santé Primaires ;
- Mr Amadou Hassane SYLLA, Coordonnateur du CEFOREP ;
- Mr Thierno DIENG, Responsable Recherche CEFOREP ;
- Dr Mohamed DIADHIOU, Assistant Recherche CEFOREP ;
- Mr Ibrahima MALL, Assistant Recherche CEFOREP ;
- Mr Souleymane BARRY, Consultant CEFOREP.

LISTE DES ABREVIATIONS

ADC :	Agent de Développement Communautaire
ASC :	Agent de Santé Communautaire
CEFOREP :	Centre régional de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction
CNRS :	Centre National de Recherche Scientifique
GREFELS :	Groupe de Recherche sur les Femmes et les Lois au Sénégal
CSR :	Coordonnatrice en Santé de la Reproduction
DSR :	Division de la Santé de la Reproduction
EDS :	Enquête de Démographie et de Santé
FAR :	Femmes en Age de Reproduction
FHI :	Family Health International
ICP :	Infirmier Chef de Poste
IEC/PF :	Information-Education-Communication/ Planification Familiale
IEC/CCC :	Information-Education-Communication/Communication pour le Changement de Comportement
ISF :	Indice Synthétique de Fécondité
IST :	Infection Sexuellement Transmissible
MCD :	Médecin Chef de District
MCR :	Médecin Chef de Région
OIP :	Offre Initiale de Pilule
OMD :	Objectif du Millénaire pour le Développement
PF :	Planification Familiale
PNDS :	Programme National de Développement Sanitaire
SR :	Santé de la Reproduction
SSP :	Soins de Santé Primaires
USAID :	Agence Américaine pour le Développement International

RESUME

Au Sénégal, les données de l'Enquête de Démographie et de Santé (EDS IV, 2005) révèlent un faible niveau de la prévalence contraceptive, de l'ordre de 12% ainsi qu'un fort pourcentage de besoins non satisfaits (32%). La situation est plus préoccupante en milieu rural où les niveaux de pratique contraceptive sont encore plus faibles. Pour pallier à cette situation, la nécessité de mettre en œuvre des stratégies alternatives et innovantes pour relever le niveau de la prévalence s'est fait sentir pour contribuer à la maîtrise de la fécondité et à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

La présente expérimentation initiée en 2008 par le Ministère de la Santé et de la Prévention, en partenariat avec l'USAID, consiste à introduire, en milieu communautaire, une offre initiale de pilule (OIP). Elle s'appuie sur les matrones et agents de santé communautaire (ASC) des cases de santé.

L'objectif de cette étude est de documenter les résultats de l'expérimentation à des fins de passage à l'échelle. De manière plus spécifique, il s'agit de décrire les résultats obtenus dans les zones l'ayant abrité, d'évaluer la capacité des matrones à faire une offre initiale de pilule contraceptive dans les cases de santé, d'analyser les perceptions des prestataires, des acteurs et des bénéficiaires directs et indirects ainsi que les facteurs ayant facilité et les autres qui ont été des entraves à l'introduction de l'initiative et enfin de faire des recommandations pour un éventuel passage à l'échelle.

Pour réaliser cette documentation intéressant les régions médicales de Fatick, Kaolack, Kolda, Louga et Thiès, deux approches ont été utilisées :

- une enquête quantitative pour laquelle 56 cases ont été visitées, 51 matrones observées et 222 utilisatrices interviewées ;
- une étude qualitative effectuée sur 10 cases avec un total de 50 entretiens individuels et 15 focus groups.

A l'issue de l'évaluation, il apparaît que l'offre initiale de pilule est maîtrisée par la grande majorité des matrones. Leurs compétences techniques et leur disponibilité sont très satisfaisantes. Les utilisatrices ont des perceptions positives de l'OIP, comme les prestataires (infirmiers, sages-femmes, médecins), les leaders. Une augmentation significative du nombre d'utilisatrices de la PF a été observée.

Bien ces résultats soient appréciables, la supervision comme le renforcement des capacités des matrones et des autres acteurs communautaires est indispensable pour envisager un passage à l'échelle.

TABLE DES MATIERES

DECLINATOIRE	ii
REMERCIEMENTS	3
COLLABORATEURS	4
LISTE DES ABREVIATIONS	5
RESUME	6
TABLE DES MATIERES	7
LISTE DES TABLEAUX.....	8
INTRODUCTION.....	9
1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	9
1.1. Contexte.....	9
1.2. Justification.....	10
2. OBJECTIFS DE L'ETUDE	11
3. METHODOLOGIE	11
3.1. Echantillonnage	12
3.2. Choix des cibles.....	14
3.3. Outils de collecte de données	15
3.4. Recrutement et formation des enquêteurs	16
3.5. Traitement et analyse des données.....	17
3.6. Bilan de la collecte et problèmes rencontrés	18
4. DESCRIPTION DE L'INTERVENTION	20
4.1. Processus d'implantation et zones d'intervention	20
4.2. Cadre institutionnel.....	20
4.3. Stratégie.....	20
4.4. Suivi / Supervision	22
4.5. Résultats de l'intervention	22
5. RESULTATS DE L'ETUDE	23
5.1. Caractéristiques socio démographiques des utilisatrices de l'étude quantitative	23
5.2. Profil des utilisatrices interrogées dans l'enquête qualitative.....	23
5.3. Passé contraceptif des acceptantes OIP.....	24
5.4. Répartition des nouvelles clientes selon les méthodes	25
5.5. Effets secondaires	26
5.6. Capacité des matrones	26
5.7. Opinions des utilisatrices sur les services offerts par la matrone	33
5.8. Capacité fonctionnelle des cases.....	35
5.9. Connaissances des utilisatrices.....	37
6. Perceptions des acceptantes, de la communauté et des prestataires	38
6.1. Perceptions et appréciations des avantages de l'OIP selon les différents groupes sociaux	38
6.2. Pertinence et efficacité de l'intervention	40
6.3. Analyse des facteurs de succès et des contraintes.....	53
7. ANALYSE DES INDICATEURS POUR LE PASSAGE A L'ECHELLE	58
7.1. Pertinence de l'intervention	59
7.2. Efficacité.....	59
7.3. Pérennité	60
7.4. Réplicabilité	61
7.5. Impact et Efficience.....	61
7.6. Equité et Genre.....	61
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	62

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des cases de santé selon les régions.....	<u>1210</u>
Tableau 2 : Synthèse de la collecte des données quantitative	<u>1814</u>
Tableau 3 : Synthèse de la collecte des données qualitative.....	<u>1915</u>
Tableau 4 : Utilisation des méthodes contraceptives avant l'OIP	<u>2421</u>
Tableau 5 : Statistiques sur la situation des cases.....	<u>2522</u>
Tableau 6 : Répartition des nouvelles clientes selon les méthodes ..	<u>Error! Bookmark not defined.22</u>
Tableau 7 Pourcentage d'utilisatrices qui ont eu des effets secondaires	<u>2623</u>
Tableau 8 : Administration de la grille d'observation	<u>2623</u>
Tableau 9: Evaluation de l'accueil et de l'entretien	<u>2724</u>
Tableau 10 : Evaluation de la qualité des renseignements fournis par la matrone.	<u>2724</u>
Tableau 11 : Evaluation de la qualité des explications fournies par les matrones ..	<u>2825</u>
Tableau 12 : Pourcentage de matrones pouvant appliquer la liste de contrôle	<u>2925</u>
Tableau 13 : Evaluation de la gestion des rendez-vous par les matrones.....	<u>3026</u>
Tableau 14 : Prise en charge des effets secondaires par les matrones	<u>3027</u>
Tableau 15 : Prise en charge des oublis par les matrones.....	<u>3127</u>
Tableau 16: Pourcentage des matrones pouvant remplir correctement les outils PF	<u>3228</u>
Tableau 17 : Niveau de clientes sur la qualité des services de PF délivrés par la matrone	<u>3329</u>
Tableau 18 : Niveau de satisfaction des clientes sur la qualité de l'accueil qui leur a été réservé	<u>3329</u>
Tableau 19 : Niveau de satisfaction des utilisatrices (OIP) sur les coûts des services de PF	<u>3531</u>
Tableau 20 : Répartition des produits PF disponibles selon les méthodes	<u>3531</u>
Tableau 21 : Proportion de Supports et Matériels PF disponibles dans les cases de santé	<u>3632</u>
Tableau 22 : Approvisionnement initiale en produit PF	<u>Error! Bookmark not defined.32</u>
Tableau 23 : Quantité de produit PF disponible pour chaque méthode	<u>Error! Bookmark not defined.33</u>
Tableau 24 :Opinions des utilisatrices OIP sur l'accessibilité de la case de santé...	<u>3633</u>
Tableau 25 : Disponibilité de la matrone.....	<u>3633</u>
Tableau 26 : Pourcentage de nouvelles clientes OIP qui connaissent les avantages de la PF	<u>3734</u>
Tableau 27 : Pourcentage de nouvelles clientes OIP qui connaissent les avantages de la pilule	<u>3734</u>
Tableau 28 : Pourcentage de nouvelles clientes OIP qui connaissent	<u>3835</u>
les effets secondaires de la pilule contraceptive.....	<u>3835</u>
Tableau 29 : Services sollicités par les utilisatrices (OIP) au niveau de la case de santé avant et après l'OIP	<u>Error! Bookmark not defined.48</u>
Tableau 30 : Pourcentages des utilisatrices OIP orienté par les différents acteurs.....	<u>54</u>
Tableau 31 : Pourcentage d'utilisatrices qui participent aux activités communautaires	<u>5554</u>
Tableau 32 : Répartition des utilisatrices de pilules OIP selon les.....	<u>5756</u>
Tableau 33 : Indicateurs obtenus pour le passage à l'échelle	<u>5857</u>

INTRODUCTION

L'une des priorités du PNDS concerne la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, indispensable à la réalisation des OMD 4 et 5. Celle-ci repose sur deux grandes stratégies que sont l'accroissement du taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié et l'espacement des naissances par la planification familiale. Malgré les efforts consentis, la prévalence contraceptive reste encore faible (10%) et contraste avec des besoins non satisfaits élevés (32%). Pour pallier à cette situation, il est urgent de mettre en œuvre d'autres stratégies alternatives et innovantes pour relever le niveau de la prévalence, contribuant ainsi à la maîtrise de la fécondité et à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Par ailleurs, le Ministère de la Santé et de la Prévention met en œuvre un programme visant à redynamiser la stratégie des SSP à travers les structures de santé et acteurs communautaires en appui au système de santé. Les matrones et relais communautaires mènent des activités de promotion de la santé qui contribuent à relever le niveau de performance du programme de planification familiale.

C'est pour mettre à profit cette opportunité, que le Ministère de la Santé et de la Prévention en partenariat avec l'USAID, a mis en œuvre ce projet pilote d'offre initiale de pilules par les matrones au niveau communautaire. Le présent rapport de la documentation du processus mis en place, donne un aperçu sur le processus utilisé, les principaux résultats obtenus et débouche sur des recommandations utiles pour le passage à l'échelle de l'intervention.

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

1.1. Contexte

Au Sénégal, les données de l'Enquête de Démographie et de Santé (EDS IV, 2005) révèlent un faible niveau de la prévalence contraceptive de l'ordre de 12% et aussi un fort pourcentage de besoins non satisfaits (32%). Ceci est plus préoccupant en milieu rural où les niveaux de pratique contraceptive sont encore plus faibles. Conséquemment, la fécondité, qui demeure élevée au Sénégal, est encore plus importante en milieu rural qu'en zone urbaine. En effet, selon l'EDS 2005, l'indice synthétique de fécondité (ISF) était égal à 5,3 enfants par femme ; avec, cependant, des disparités entre les zones urbaines et rurales (respectivement 4,1 et 6,4). Cette situation s'explique par la persistance en milieu rural de forts taux d'analphabétisme et de pauvreté, de pesanteurs socioculturelles et de difficultés d'accès aux services de contraception.

Le gouvernement du Sénégal a mis en œuvre le Programme National de Développement Sanitaire (PNDS), dont l'une des priorités concerne la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, conformément aux engagements du Sénégal pour l'atteinte des Objectifs 4 et 5 du

Millénaire pour le Développement indispensable (OMD 4 et 5). Celui-ci repose sur deux grandes stratégies que sont l'accroissement du taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié et l'espace des naissances par la planification familiale.

Actuellement, au Sénégal, l'offre initiale de méthode contraceptive est concentrée dans les hôpitaux, les centres de santé et les postes de santé disposant du matériel et des personnels ayant les compétences appropriées, alors que 80% de la population vit dans des villages éloignés de ces structures. Selon les statistiques du Groupe de Recherche sur les Femmes et les Lois au Sénégal (GREFELS), 92% des femmes en milieu urbain peuvent trouver une structure de santé se trouvant à 5 km où la PF est offerte contre 53% de leurs sœurs en milieu rural. Dans la plupart des cas, les utilisatrices continuent à s'approvisionner au niveau de ces structures. Face à cette situation, des initiatives de distribution à base communautaire de produits contraceptifs ont été testées et ont montré un important potentiel de succès¹.

La politique de décentralisation renforcée en 1996 par la loi 96-07 du 22 mars 1996 portant transfert de compétences aux collectivités de base a facilité l'appropriation de la gestion du système de santé par les populations. Ce contexte de décentralisation et de participation communautaire a été le cadre de développement d'expériences communautaires qui ont eu des répercussions favorables dans la santé des populations. En effet, face aux défis de réduction de la mortalité et de la morbidité des groupes vulnérables, la santé communautaire qui permet aux populations d'être des actrices principales dans la résolution des problèmes de santé constitue une réponse aux enjeux de santé.

1.2. Justification

Depuis 1996, on assiste à une redynamisation de la mise en œuvre des SSP donnant naissance à un vaste réseau de structures de santé et acteurs communautaires. Dans tous les districts du pays, il existe un réseau d'agents de santé communautaire, de matrones et de relais qui appuient le système de santé en menant des activités de promotion de la santé. Ce réseau d'acteurs communautaires offre une grande opportunité pour booster la prévalence contraceptive, mais il est timidement utilisé à cette fin. De plus, l'éloignement des structures de santé et les coûts des prestations qui y sont offertes représentent de sérieux obstacles à l'accès à l'offre initiale de produits contraceptifs pour les femmes désireuses d'utiliser la planification familiale, particulièrement en milieu rural.

Plusieurs expériences communautaires ont été développées avec l'appui des partenaires. Cependant, malgré leur efficacité, ces expériences n'ont eu qu'un effet limité dans les zones

¹ *Etude du cas du Sénégal : Des débuts prometteurs, des progrès inégaux : Etudes de cas de repositionnement du planning familial, Décembre 2006*

d'intervention. Pour qu'elles aient un impact sur les indicateurs du niveau national, il faut qu'elles soient étendues à toutes les populations. Dès lors, le passage à l'échelle nationale des expériences communautaires réussies s'impose pour relever les défis de l'atteinte des objectifs du millénaire. Dans cette optique, le Ministère de la Santé et de la Prévention a pris l'option de faire de la capitalisation des expériences réussies et de leur passage à l'échelle une orientation stratégique de la politique de santé et a élaboré à cet effet un cadre de passage à l'échelle qui en définit les critères.

La présente expérimentation entre dans cette perspective. Elle est initiée par le Ministère de la Santé et de la Prévention, en partenariat avec l'USAID et consiste à introduire une approche d'offre initiale de pilule (OIP) en milieu communautaire, en s'appuyant sur les acteurs communautaires que sont les matrones et les agents de santé communautaire, organisés au sein des cases de santé. Elle a démarré en 2008 et se déroule actuellement dans 206 cases de santé réparties dans les régions médicales de Fatick, Kaffrine, Kaolack, Kolda, Louga, Sédhiou, Thiès et Ziguinchor. Ce projet pilote dirigé par ChildFund consiste à développer chez les matrones les compétences requises pour offrir la pilule au niveau de la case de santé de façon sécurisée.

2.OBJECTIFS DE L'ETUDE

2.1. Objectif général

L'objectif de cette étude est de documenter le processus de l'expérimentation à des fins de passage à l'échelle.

2.2. Objectifs spécifiques

- 1) Décrire le processus de l'expérimentation et les résultats obtenus dans les zones l'ayant abrité.
- 2) Evaluer la capacité des matrones à faire une offre initiale de pilule contraceptive dans les cases de santé.
- 3) Analyser les perceptions des prestataires, des acteurs et des bénéficiaires directs et indirects.
- 4) Analyser les facteurs ayant facilité et d'autres qui ont été des entraves à l'introduction de l'initiative.
- 5) Faire des recommandations pour un éventuel passage à l'échelle.

3.METHODOLOGIE

Pour réaliser cette étude, une approche participative a été utilisée. Celle-ci consistait, entre autres démarches, à impliquer les acteurs et les bénéficiaires dans la quête et le traitement de l'information recherchée. Deux approches ont été utilisées : une enquête quantitative et une étude qualitative.

L'enquête quantitative est de type descriptif, transversal, aléatoire, par grappe. Après avoir choisi les districts sanitaires de façon raisonnée, un tirage aléatoire simple nous a permis de sélectionner les cases de santé incluses dans l'étude. Ensuite, dans chaque case sélectionnée les cinq (5) nouvelles clientes en planification familiale récemment enregistrées dans les cases de santé ont été incluses dans l'étude.

En ce qui concerne l'enquête qualitative, elle a été réalisée grâce à des méthodes de recherche participative. Cette recherche a privilégié la relation entre les chercheurs et les populations ciblées, en les impliquant aussi bien dans la collecte que dans l'interprétation des informations recueillies. Cette démarche nous a permis d'analyser les données en tenant compte du contexte dans lequel elles ont été produites.

3.1. Echantillonnage

3.1.1. Les sites de l'étude

La sélection des sites de l'étude a été faite en deux étapes. La première consistait à choisir les régions médicales et districts sanitaires de manière non aléatoire. Les critères de sélection étaient relatifs au souci de disposer d'un échantillon le plus représentatif possible de la diversité des contextes socioculturels et sanitaires des zones d'intervention. Cinq (5) districts sanitaires dans cinq (5) régions médicales ont été sélectionnés par l'équipe de recherche parmi les huit où se déroulait l'expérimentation. Ces zones regroupent en tout 154 sur les 206 cases de santé incluses dans l'expérimentation. Les cases de santé échantillons de la présente étude ont été sélectionnées de manière aléatoire parmi les 154. Les régions médicales et districts sanitaires sélectionnés sont les suivants :

Tableau 1 : Répartition des cases de santé selon les régions

Région	District	Nombre de postes de santé inclus dans l'expérimentation	Nombre de cases de santé incluses dans l'étude quantitative	Nombre de cases de santé incluses dans l'étude qualitative
Fatick	Dioffior	6	12	2
Kaolack	Ndoffane	2	4	2
Kolda	Kolda	7	9	2
Louga	Kébémér	3	18	2
Thiès	Thiadiaye	5	13	2
Total		23	56	10

3.1.2. Taille de l'échantillon

L'échantillon a été déterminé à partir de la cible sur laquelle on devait mesurer, en partie, les notions de satisfaction et de qualité à propos des services reçus. Cet échantillon est constitué uniquement par les femmes acceptantes OIP.

Selon le document de l'évaluation à mi-parcours de l'expérimentation, 2098 acceptantes OIP ont été enregistrées dans les cases de santé. C'est parmi elles que nous avons tiré l'échantillon.

L'échantillon devait être représentatif de l'ensemble des districts sanitaires ayant abrité l'expérimentation ; c'est ainsi qu'un échantillon unique a été donc constitué à cet effet. La proportion de clientes "satisfaites par les services reçus" n'étant pas connue, la proportion de 50% a été utilisée afin d'optimiser les chances de faire une bonne estimation. Les autres paramètres utilisés dans le calcul de l'échantillon sont les suivants :

- seuil de confiance $1 - \alpha = 95\%$;
- marge d'erreur absolue = 7% ;
- effet de grappe = 1,5 ;
- taux de non réponse = 10%
- coefficient de correction pour les populations de taille finie.

En tenant compte de ces paramètres, on calcule une taille d'échantillon égale à 278 sujets. Pour faciliter sa répartition parmi les cases de santé nous avons arrondi cette taille à 280.

Parallèlement à l'enquête auprès des clientes, les matrones des cases de santé sélectionnées ont subi une évaluation afin de déterminer leur compétences technique et de mieux apprécier directement la qualité de leurs pratiques en matière d'offre de méthodes contraceptives. Toutes les évaluations ont été réalisées par des sages femmes qualifiées. En pratique, chaque matrone devrait effectuer deux (2) opérations complètes d'OIP, c'est-à-dire un counseling complet, auprès de clientes réelles, ou bien, au cas où il n'y en aurait pas suffisamment, des clientes fictives seraient utilisées.

Concernant l'étude qualitative, l'échantillon est tiré de la liste des cases OIP, mais de façon non aléatoire. Les sujets inclus dans l'enquête qualitative ont été identifiés selon les caractéristiques listées ci-dessus, et selon leur disponibilité et accord à participer à l'enquête. Cet échantillon comporte dix (10) cases de santé dont les trois (3) sont contenues dans les cases sélectionnées pour l'étude quantitative.

3.2. Choix des cibles

3.2.1. Cibles de l'enquête quantitative

L'échantillon est réparti de façon égale dans les cases de santé. Cela ne permettra pas d'avoir un échantillon auto-pondéré, mais réduira le risque de biaiser l'échantillon s'il était réparti proportionnellement au nombre de clientes enregistrées dans chacune des cases.

Ainsi dans chaque case de santé, les cinq (5) dernières acceptantes OIP ont été sélectionnées.

Toutes les matrones des cases sélectionnées ont été incluses dans cette étude ; et une grille d'observation nous a permis d'évaluer leurs pratiques quotidiennes en matière de PF.

3.2.2. Cibles de l'étude qualitative

Les cibles de l'enquête qualitative sont :

- les clientes utilisatrices ;
- les personnels des cases de santé (matrones, agents de santé communautaire/relais communautaires, responsables de comité de santé etc.) ;
- les responsables de comité de santé ;
- les autorités sanitaires (médecins chefs de district, coordonnatrices de district) ;
- les ICP et sages-femmes des postes de santé polarisant les cases incluses dans l'étude ;
- les membres de la communauté (femmes, élus locaux...).

Le schéma opérationnel de la collecte peut être résumé comme suit :

- dans chacune des localités abritant une case de santé visitée, deux utilisatrices et deux leaders communautaires ont été systématiquement interrogés ;
- dans une case sur deux, un focus-group a été organisé avec des femmes en âge de reproduction (FAR) âgées entre 18 et 50 ans, et un focus-group avec le personnel de la case regroupant les différents acteurs intervenant au niveau de la case ;
- dans chacune des régions découpées en zones, un focus-group a été tenu avec le personnel d'encadrement et d'accompagnement du Projet ;
- Et enfin au niveau de chaque district sanitaire, un entretien est réalisé avec un membre de l'équipe cadre du district (MCD ou Coordinatrice SR). Un ICP ou une sage-femme ont été interrogés au niveau d'un des postes de santé polarisant une case couverte par l'étude.

Ce schéma a été conçu de façon à ce que les différentes parties concernées par le projet (bénéficiaires directs et indirects) et les différentes parties prenantes puissent être prises en compte dans la collecte de l'information qualitative.

L'échantillon qualitatif est réparti comme suit :

Tableau 2 : Cibles de l'enquête qualitative

Cibles	Focus group	Entretiens individuels
Autorités sanitaires (MCD/Coordonnatrice SR)	0	5
ICP/Sages-femmes des postes de santé	0	5
Hommes ou leaders communautaires	0	20
Clientèles utilisatrices de la planification familiale	0	20
Femmes en âge de reproduction	5	0
Personnels des cases de santé	5	0
Personnels d'accompagnement/ d'encadrement	5	0
Total	15	50

En tout, 15 groupes de discussion dirigée et 50 entretiens semi-structurés ont été réalisés pour les besoins de l'étude. Les autorités sanitaires et les ICP/sages-femmes des postes de santé sont incluses dans l'enquête qualitative en raison d'une cible par district sanitaire. Les utilisatrices de la PF et les leaders communautaires ont été interviewés à l'aide d'un guide d'entretien semi-structuré ; individuel. Nous avons sélectionnés quatre (4) cibles par case de santé ; ce qui en fera vingt (20) en tout. Les entretiens de groupe ont concerné les femmes en âge de reproduction, les personnels des cases de santé, les personnels d'encadrement et d'accompagnement du projet. Cinq entretiens de groupe étaient organisés pour chacune de ces cibles à raison de 8 à 10 personnes par entretien. En dehors de ces cibles, l'équipe a identifié dans chaque zone sélectionnée la case la plus performante et la case la moins performante en matière d'OIP, afin d'y mener des investigations plus approfondies sur les facteurs explicatifs de leurs situations respectives.

3.3. Outils de collecte de données

3.3.1. Outils de collecte des données quantitatives

Quatre (4) outils de collecte de l'information ont été utilisés pour les besoins de l'étude qualitative:

- Un questionnaire individuel pour les clientes ;
- Une fiche de collecte pour les données de routine ;
- Une grille d'observation (adaptation des grilles utilisées dans l'expérimentation) ;
- Une fiche d'inventaire.

Toutes les clientes interviewées ont été identifiées à partir des registres des cases de santé. Une fois identifiées, les acceptantes OIP sélectionnées ont été enquêtées à l'intérieur des cases de santé, de manière individuelle par des enquêteurs professionnels.

La collecte des données de routine s'est effectuée à partir des registres et cahiers PF disponibles dans les cases de santé. Ces données sont celles des cases au cours de la période de l'expérimentation.

Les observations des gestes des matrones pendant les offres initiales de pilules ont été faites sur des cas réels et simulé, depuis l'accueil jusqu'à la remise du produit à la cliente. Des sages-femmes expérimentées dans l'offre de méthodes contraceptives ont été les observatrices.

3.3.2. Outils de collecte des données qualitatives

Deux (2) outils de collecte de l'information ont été utilisés :

- des guides d'entretien individuels semi-structuré pour les clientes, les autorités sanitaires, les ICP et les hommes/leaders communautaires ;
- des guides d'entretien pour les focus group.

3.4. Recrutement et formation des enquêteurs

En ce qui concerne l'enquête, le CEFOREP a recruté 17 enquêteurs pour la formation et ils ont tous reçu une formation complète sur tous les volets de l'enquête.

Ces agents enquêteurs étaient répartis comme suit :

- sept (7) sages femmes ;
- sept (7) enquêteurs quantitatifs ;
- trois (3) enquêteurs qualitatifs ;

Les agents enquêteurs étaient accompagnés dans leur formation par l'équipe du CEFOREP, le responsable de l'étude qualitative et cinq (5) agents de ChildFund qui ont été désignés après comme chef d'équipe.

La formation des enquêteurs a duré cinq (5) jours. A l'issue de la formation un pré-test a été mené dans les villages situés aux environs de Thiès, ce qui a permis de corriger les outils de collecte de données.

À la fin de la formation, les agents enquêteurs étaient répartis en huit équipes. Ces équipes ont été réparties en cinq groupes selon les régions médicales et ces groupes étaient placés chacun sous la responsabilité d'un superviseur permanent qui était en même temps le chef d'équipe.

La collecte des données s'est déroulée dans la période allant du 26 Janvier 2010 au 12 Février 2010. Toutes les équipes ont été déployées en même temps dans les différentes régions de l'étude. Cependant l'équipe qualitative avait une certaine autonomie dans ces déplacements du

fait de la particularité de leur mission. Cette approche a permis de terminer la collecte des données dans les meilleurs délais et d'assurer un suivi rapproché des équipes.

3.5. Traitement et analyse des données

Les données collectées ont été d'abord codifiées puis saisies sur micro-ordinateur en utilisant le logiciel EPI DATA.

Parallèlement à la collecte des données, le CEFOREP avait mis en place une équipe de saisie des données composée d'opérateurs performants. L'activité avait démarré une semaine après le début de la collecte. Un système de remontée régulière des questionnaires déjà remplis, a été organisé par le CEFOREP avec l'appui logistique de FHI et ChildFund. Ceci nous a permis de terminer la saisie quelques jours après la fin des opérations de collecte.

Les données saisies ont subi un nettoyage et des corrections avant d'être analysé, à l'aide du logiciel SPSS. Cette correction consistait à faire des analyses univariées sur les variables afin de vérifier qu'il n'existait pas des codes inattendus et des valeurs aberrantes au niveau des modalités des variables.

Etant donné les objectifs spécifiques de l'étude, les analyses aussi bien univariées, que bivariées ont été effectuées.

En ce qui concerne le traitement et l'exploitation des données de l'étude qualitative, les données recueillies ont été codifiées et traitées avec le logiciel d'analyse de données qualitatives Nvivo 7. Une analyse de contenu fondée sur l'analyse par mots clé et une analyse thématique a été ensuite effectuée pour identifier les axes structurants. Cette analyse nous a permis de dégager les grands axes d'orientation sur les différentes thématiques conçues à partir des objectifs et des résultats attendus de cette étude. Plusieurs grilles d'analyse ont été utilisées à cet effet.

3.6. Bilan de la collecte et problèmes rencontrés

3.6.1. Bilan de l'enquête quantitative

Tableau 3 : Synthèse de la collecte des données quantitatives

<i>Enquête nouvelles clientes utilisatrices</i>	
Nombre d'entretiens prévus	280
Nombre d'entretiens réalisés	222
<i>Taux de réalisation</i>	79 %
<i>Observation des matrones</i>	
Nombre d'observations prévues	56
Nombre d'observations réalisées	56
<i>Taux de réalisation</i>	100%
<i>Inventaire du matériel de l'OIP</i>	
Nombre d'inventaires prévus	56
Nombre d'inventaires réalisés	50
<i>Taux de réalisation</i>	89 %
<i>Collecte des données de routine</i>	
Nombre de fiches prévues	56
Nombre de fiches remplies	50
<i>Taux de réalisation</i>	89 %

Au cours de la documentation de l'OIP, 56 cases de santé OIP ont été visitées comme prévu. Au total, 280 nouvelles clientes utilisatrices devaient être enquêtées et, parmi elles, 222 l'ont été, soit un taux de couverture égal à 79%. Le taux de réponses pour les nouvelles utilisatrices, quant à lui est de 100 %, car aucun cas de refus n'a été enregistré.

L'inventaire du matériel de l'OIP et la collecte des données de routine n'ont été effectués que dans 50 cases. Quant à l'évaluation des matrones, toutes les observations prévues ont été réalisées.

Après saisie et nettoyage du fichier, pour des raisons de complétude, des observations qui comportait trop de valeurs manquantes ont été écartées afin d'éviter des biais dans l'analyse des données. Ainsi, seules 51 cases ont été retenues pour l'analyse des grilles d'observations.

3.6.2. Bilan de l'enquête qualitative

Comme initialement prévu dans la proposition technique de cette documentation, différentes cibles ont été rencontrées dans le cadre de l'enquête qualitative.

Tableau 4 : Synthèse de la collecte des données qualitatives

Cibles	Focus group prévus	Entretiens individuels prévus	Focus group réalisés	Entretiens individuels réalisés
Autorités sanitaires (MCD/Coordonnatrice SR)	0	5	0	6
ICP/Sages-femmes des postes de santé	0	5	0	7
Hommes ou leaders communautaires	0	20	0	20
Clientèles utilisatrices de la PF	0	20	0	20
Femmes en âge de reproduction	5	0	6	/
Personnels des cases de santé	5	0	7	/
Personnels d'accompagnement/ d'encadrement	5	0	5	/
Total	15	50	18	53

A l'arrivée, 53 entretiens semi-structurés ont été réalisés avec les cibles suivantes : utilisatrices (20), leaders communautaires (20, dont dix (10) de chaque sexe, MCD (3), CSR (3), ICP (4), sages-femmes (3).

En complément de ces entretiens individuels, 18 focus-groups ont été tenus avec les personnels de case (7), les femmes en âge de reproduction (6) et le personnel d'encadrement et d'accompagnement du projet (5).

Toutes les cibles et toutes les activités prévues dans le schéma initial de l'étude ont été largement atteintes en termes de couverture et d'effectifs prévus.

3.6.3. Problèmes rencontrés

L'enquête ne s'est pas déroulée sans difficultés. Elles sont liées aux choix de certaines cases. Certaines n'étaient pas fonctionnelles soit parce que la matrone était malade, soit la case en question n'était pas une case OIP. Pour éviter de réduire de manière significative le nombre de cases de l'échantillon d'étude, ces cases ont été systématiquement remplacées par d'autres qui étaient éligibles.

Il n'a pas été toujours possible d'avoir des données complètes surtout avec les grilles d'observation administrées sur des clientes simulées.

Dans de rares cas, l'absence de la matrone était aussi une difficulté à laquelle les enquêteurs, au moment de leur passage, ont été confrontés.

4. DESCRIPTION DE L'INTERVENTION

4.1. Processus d'implantation et zones d'intervention

Le Ministère de la Santé et de la Prévention en partenariat avec l'USAID a initié le projet pilote d'Offre Initiale de Pilules (OIP) contraceptives par les matrones en milieu communautaire. Le Projet avait pour objet de :

1. tester la faisabilité d'une telle approche et de vérifier sa capacité à améliorer l'accès à la contraception moderne au niveau communautaire ;
2. réduire l'écart des besoins non satisfaits en Planification Familiale (PF) et améliorer la couverture contraceptive au Sénégal.

Ce projet pilote est mis en œuvre dans le cadre du programme santé de ChildFund par un consortium d'ONG partenaires qui sont : Africare, Plan-Sénégal, Vision Mondiale, et ChildFund qui a coordonné les actions.

Le projet avait prévu une intervention dans deux cent trente neuf (239) cases mais finalement il a été mis en œuvre dans 174 cases de santé (89%) réparties dans neuf (9) districts des 7 régions d'intervention du PSC : Kaolack / Kaffrine (31), Kolda/ Sédhiou (54), Louga (50), Thiès (106), Ziguinchor (15).

Cet écart observé s'explique par plusieurs par l'ajustement aux critères de sélection prévus par le comité d'éthique (comité nationale de recherche en santé) et la désaffiliation des cases pour des raisons d'incompétences ou d'indisponibilité de la matrone.

4.2. Cadre institutionnel

Afin de mener à bien ce projet pilote un comité de pilotage a été mis en place. Il est composé de la DSR, de FHI et de ChildFund. Ces institutions ont assuré la coordination et ont apporté un appui technique et administratif à l'exécution de l'intervention.

Cette intervention a été précédée de l'élaboration d'un protocole qui comportait la description détaillée de l'intervention. Ce protocole a été approuvé par le CNRS pour les aspects éthiques.

En ce qui concerne les manuels de formation, un sous comité technique a été chargé de la définition des objectifs et de l'élaboration et de la validation du contenu.

4.3. Stratégie

L'intervention a ciblé en priorité les Femmes en Age de Reproduction (FAR) et les chefs de famille. Mais tous les groupes communautaires qui exercent une influence sociale sur la PF et interfèrent avec les décisions des femmes ont été ciblés : les leaders communautaires, les chefs

religieux musulmans et chrétiens, les guérisseurs, les grands-mères et les adolescents. Ces cibles ont été touchées par le plaidoyer, les causeries, les entretiens individuels, les visites à domicile, les stratégies d'écoles (éducation par les pairs), la stratégie grand-mère, le cercle de solidarité des femmes enceintes, l'information sur la PF et l'offre de condom.

4.3.1. Sélection des matrones et des cases

Les critères de sélection des cases définis par le comité d'éthique étaient les suivants : case fonctionnelle (ASC, matrones formés, disponibilité des services curatifs et préventifs de base, disponibilité d'un local, existence d'un comité de santé, gamme de contraceptifs admise par le document de politique, normes et protocoles, cases enrôlées dans le PSC).

Ceux concernant les matrones demandaient que la matrone soit alphabétisée et / ou instruite dans une langue nationale ou en français, ait un âge d'au moins 25 ans, ait reçu une formation de matrone et exerce son métier de matrone dans une case de santé remplissant les critères d'éligibilité retenus.

4.3.2. Le renforcement des compétences

En vue d'améliorer les compétences des matrones et du personnel d'encadrement technique de l'OIP, une formation a été organisée.

La formation visait deux (2) types de cibles qui sont les formateurs et les matrones.

Les formateurs étaient composés du personnel de santé impliqué dans l'OIP (des équipes cadres des régions et de district, des sages femmes et des ICP) et des agents du projet.

En ce qui concerne les matrones, la formation s'est déroulée en trois (3) étapes réparties comme suit :

- une formation théorique (5 jours) ;
- une formation pratique (2 jours) ;
- un suivi post-formation (dans les 45 jours après la formation).

Les outils utilisés sont un guide de suivi du formateur, un manuel de la matrone, un guide de suivi post-formation.

4.3.3. Les tâches des matrones

La matrone occupait une position centrale dans l'OIP en ce sens qu'elle était choisie comme prestataire. Ces tâches consistaient à :

- organiser des activités d'IEC/PF avec l'aide des relais et ASC ;
- réaliser le counseling spécifique sur toutes les méthodes de PF disponibles à la case (pilules, condoms, méthode du collier) ;
- administrer la check-list en cas de choix de pilules contraceptives ;

- fournir la méthode ou référer en cas de non éligibilité ;
- assurer le suivi des clientes sous méthode et la gestion des effets secondaires et des oublis ;
- remplir les outils de collecte des informations.

4.3.4. Activités menées

Dans le cadre de l'OIP, un volume important d'activités a été mené. Parmi ces activités on peut citer des visites à domicile, des causeries, des plaidoyers, l'éducation par les pairs ; la stratégie grand-mère les cercles de solidarités des femmes enceintes, etc,...

4.4. Suivi / Supervision

La mise en place de l'OIP a nécessité une supervision. Ces supervision ont été assurés par les MCD, les coordinatrices SR de régions et de district, les sages-femmes, les ICP et les agents du projet sur la base des outils de suivi post-formation et de supervision qui ont été élaborés à cet effet.

Les supervisons étaient hebdomadaires pour les Agents du projet (ADC), mensuelles (pour les prestataires) ou trimestrielles (pour les équipes cadres de district). Chaque mois les données des cases compilées par les prestataires et les agents du projet étaient collectées et analysées. L'analyse de ces informations recueilli était élargit aux équipes cadre de district et du projet, et aux représentant aux communautés.

4.5. Résultats de l'intervention

Selon les indicateurs de l'évaluation à mi parcours et les rapports trimestriels/annuels de ChildFund, le nombre total de clientes PF depuis le démarrage de l'OIP est 5141 en 2009 alors qu'elle était de 502 en 2008. Entre 2008 et 2009, le nombre de clientes PF en réapprovisionnement est passé de 127 à 3187. Le réapprovisionnement en pilule a enregistré le plus grand accroissement en passant de 121 à 2872 utilisatrices. Le nombre d'abandons est de 180 dont 153 pour la méthode pilule.

Les effets secondaires ont été presque inexistant, jusqu'en 2009, seuls 7 cas ont été déclarés.

5. RESULTATS DE L'ETUDE

5.1. Caractéristiques socio démographiques des utilisatrices de l'étude quantitative

L'âge des femmes enquêtées varie entre 17 ans et 52 ans avec une moyenne d'âge qui est de 29,6 ans.

La structure ethnique révèle une forte proportion de Sérère. En effet, près de la moitié des femmes utilisatrices enquêtées (42,3 %) sont des Sérères, 28,4 % sont des Wolofs, 23,9 % sont des Poular et le reste est constitué de Diola, de Mandingues ou d'autres ethnies. Les 3 premières ethnies citées représentent 94,6 % de l'échantillon.

En ce qui concerne leur statut matrimonial, 98,7 % des femmes nouvelles utilisatrices sont mariées dont 67,6 % vivent en régime monogame. Les veuves, les divorcées ou les célibataires représentent moins de 2% des nouvelles utilisatrices.

Dans leur grande majorité, les clientes acceptantes OIP enquêtées sont musulmanes (90,54 %) ou chrétiennes (8,56 %).

La proportion d'enquêtées qui ont atteint l'école primaire est presque identique à celle des femmes qui n'ont jamais été à l'école. La proportion de femmes n'ayant fréquenté que l'école primaire est de 28,38 %. Près du tiers des femmes acceptantes OIP (27,03 %) n'ont reçu aucune éducation formelle. La part des femmes qui ont fréquenté l'école coranique est de 20,72 % soit une femme sur cinq. Par contre, les femmes qui ont atteint au moins le cycle secondaire sont peu nombreuses. Elles constituent moins de 7% des acceptantes OIP.

Près de 37 % Des femmes enquêtées n'ont aucune activité professionnelle. Elles sont vendeuses ou commerçantes (25,23 %) et des agricultrices (15,32 %).

En ce qui concerne leur cadre de vie, les utilisatrices, dans leur grande majorité, vivent avec leur mari (76%) ou avec leur belle famille (12%).

5.2. Profil des utilisatrices interrogées dans l'enquête qualitative

La population enquêtée dans les cinq districts sanitaires de l'enquête qualitative reflète la structure sociale des localités visitées en termes de diversité des profils, sans nécessairement correspondre à un échantillon représentatif des localités en question.

Il est important de décrire le profil individuel et socio-démographique des utilisatrices ayant été interrogées dans le cadre de cette collecte. Sans prétendre à la représentativité, qui n'a d'ailleurs aucun sens dans le cadre d'une enquête qualitative, cette description du profil général des

enquêtées permet de donner une vue d'ensemble de la population enquêtée, de sa composition et de sa diversité éventuellement.

Il convient de souligner de prime abord que toutes les femmes utilisatrices enquêtées sont des femmes mariées. Du point de vue du profil d'âge des utilisatrices touchées, deux (2) des enquêtées sont âgées de 20 ans, et cinq (5) d'entre elles sont âgées de 28 ans. Les femmes âgées entre 30 et 40 ans sont les plus nombreuses, étant au nombre de onze (11), tandis que seules deux (2) femmes des utilisatrices interviewées ont 40 ans ou plus. Dans l'ensemble, seize (16) des vingt (20) femmes utilisatrices interviewées sont âgées entre 25 et 40 ans.

En ce concerne les niveaux de scolarisation et/ou d'alphabétisation de ces utilisatrices, la moitié d'entre elles est analphabète (10 femmes sur les 20) et seules cinq (5) ont fréquenté l'école primaire. La femme la mieux scolarisée dans ce groupe n'a atteint que le niveau collège, tandis que quatre (4) d'entre elles ont reçu une instruction arabe. C'est donc en majorité des femmes analphabètes, avec des niveaux d'instruction extrêmement faibles pour celles d'entre elles qui sont instruites.

Sur les vingt femmes rencontrées, douze (12) ont une descendance comprise entre trois (3) et cinq (5) enfants, alors que les huit (8) autres femmes ont chacune déjà eu six (6) enfants ou plus. Enfin, selon l'activité socio-économique, le profil dominant est celui des femmes qui se consacrent quasi-exclusivement aux tâches domestiques et ménagères. Quatorze (14) d'entre elles se définissent comme des ménagères contre six (6) qui déclarent exercer des activités génératrices de revenus en dehors de la gestion du foyer.

5.3. Passé contraceptif des acceptantes OIP

Tableau 5 : Utilisation des méthodes contraceptives par les acceptantes avant l'OIP

Méthodes	Effectif	Pourcentage
Pilule	4	1,8%
Préservatif masculin	4	1,8%
Préservatif féminin	0	0%
Implant	0	0%
Dispositif Intra Utérin	1	0,5%
Injectable	44	19,8%
Spermicide	0	0%
Méthode des jours fixes (collier)	0	0%
MAMA	2	0,9%
Autres méthodes	2	0,9%
Aucune méthode	165	74,3%
TOTAL	222	100%

Source : Questionnaire individuel cliente

Près de 74.3% des nouvelles utilisatrices déclarent n'avoir jamais utilisé de méthode contraceptive.

Auparavant la méthode la plus utilisée était l'injectable. Elle était utilisée par 19,8% des acceptantes OIP. Pour toutes les autres méthodes les proportions d'utilisatrices étaient très faibles. La pilule contraceptive était utilisée par 1,8% ; le condom masculin par 1,8% et pour les autres méthodes la proportion d'utilisatrices était inférieure à 1%. Ce qui signifie, qu'au niveau des cases de santé, l'offre des méthodes contraceptives était presque inexistante pas avant l'OIP.

5.4. Répartition des nouvelles clientes selon les méthodes

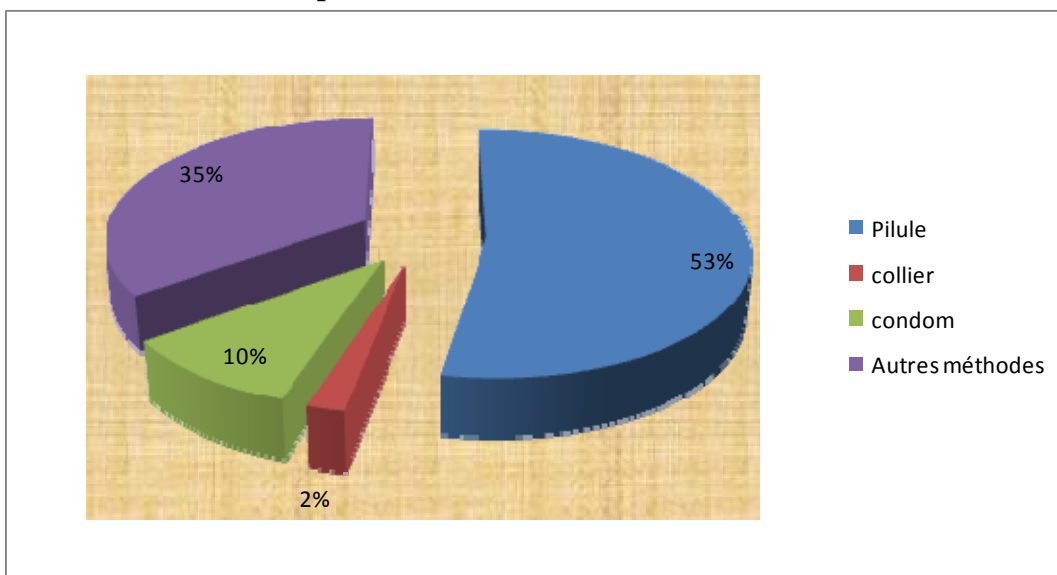
Tableau 6 : Statistiques sur la situation des cases

	Nombre de cases	Nombre minimum par case	Nombre maximum par case	Total	Pourcentage
Clientes reçues pour information en PF (counseling initial et spécifique)	48	5	245	2135	/
Clientes PF depuis démarrage OIP	48	2	122	1170	54,8%
Clientes perdues de vue	48	0	26	104	8,9%
Clientes ayant déclaré des effets secondaires	48	0	4	32	2,7%
Abandons	48	0	7	71	6%

Source : Fiche de collecte des données de routine

L'analyse du tableau ci-dessus montre que 2135 femmes ont été reçues pour information sur la PF, et 1170 d'entre elles sont devenues des utilisatrices soit 54,8%.

Utilisation de la contraception



Source : Fiche de collecte des données de routine

Plus de la moitié (52,6%) des acceptantes OIP utilisent la pilule, 10,5% des condoms et seules 2% utilisent la méthode du collier. La pilule est donc la méthode la plus utilisée chez les femmes

nouvelles acceptantes. Ces résultats sont encourageants car, avant l'OIP, la proportion des femmes qui utilisaient la pilule contraceptive dans les cases de santé étaient égale à 1,8%.

Le nombre de clientes perdues de vue est très faible (104), soit 8,9 % depuis le démarrage de l'OIP. Les effets secondaires ont été relevés dans 2,7% des cas. On note également 6% d'abandons.

5.5. Effets secondaires

Tableau 7 : Pourcentage d'utilisatrices qui ont eu des effets secondaires

Types d'effets secondaires	Effectif	Pourcentage
Amaigrissement progressif	1	0,5%
Saignement pendant les règles	1	0,5%
Maux de tête	1	0,5%
Aucun	219	98,6%
Total	222	100%

Source : Questionnaire individuel cliente

Il y avait peu d'effets secondaires et les rares cas constatés ont été transitoires. Parmi les deux cent vingt (222) deux femmes utilisatrices de pilules contraceptives interrogées, seules trois (3) d'entre elles ont eu des effets secondaires.

5.6. Capacité des matrones

Tableau 8 : Administration de la grille d'observation

	Effectif	Pourcentage
Simulation	28	54,9
Cas réel	23	45,1
Total	51	100,0

Source : Grille d'observation des matrones

Les capacités des matrones ont été observées au moins une fois dans chaque case. Cependant, l'administration de la grille d'observation a été simulée pour la plupart des matrones (54,9%) en l'absence de clientes au moment du passage des enquêtrices.

5.6.1. Accueil et entretien

Tableau 9: Evaluation de l'accueil et de l'entretien

		Satisfaisant	Moyen	Faible	Non fait	Total
Accueil cordial de la cliente	Effectif	47	2	2	/	51
	Pourcentage	92,2%	3,9%	3,9%	/	100,0%
Demande du motif de la visite	Effectif	51	/	/	/	51
	Pourcentage	100,0%	/	/	/	100,0%
Confidentialité de l'entretien	Effectif	32	1	2	16	51
	Pourcentage	62,7%	2,0%	3,9%	31,4%	100,0%
Entretien avec la matrone	Effectif	27	8	7	9	51
	Pourcentage	52,9%	15,7%	13,7%	17,6%	100,0%

Source : Grille d'observation des matrones

Globalement, les règles de l'accueil et de l'entretien ont été respectées par les matrones observées mais à des degrés divers. Ainsi, l'accueil a été satisfaisant dans 92,2% des cas et le motif de la visite a été systématiquement demandé par la matrone (100%). Par contre, au rang des omissions, dans près du tiers des observations (31,4%), la matrone n'a pas rassuré la cliente sur le caractère confidentiel de leur entretien et l'entretien n'a été mené de façon satisfaisante que chez une cliente sur deux (52,9%).

5.6.2. Renseignements et explications

5.6.2.1. Renseignements

Tableau 10 : Evaluation de la qualité des renseignements fournis par la matrone

		Satisfaisant	Moyen	Faible	Non fait	Total
Renseignement sur les méthodes disponibles au Sénégal	Effectif	25	13	13		51
	Pourcentage	49,0%	25,5%	25,5%		100,0%
Choix de la méthode par la cliente	Effectif	48	1		2	51
	Pourcentage	94,1%	2,0%		3,9%	100,0%
Référence de la cliente si méthode choisie non disponible	Effectif	31	/	/	/	31*
	Pourcentage	100,0%	/	/	/	100,0%
Application de la liste de vérification	Effectif	44	1	4	2	51
	Pourcentage	86,3%	2,0%	7,8%	3,9%	100,0%

Source : Grille d'observation des matrones

*L'écart observé est dû au fait que dans 20 cas, la question n'était pas adaptée aux clientes

Au sortir de l'entretien, les renseignements fournis par la matrone sur les méthodes disponibles au Sénégal n'ont été exhaustifs que pour la moitié des clientes (49,0%).

Le choix de la cliente a été respecté dans l'essentiel des cas (94,1%) mais, à 2 reprises, la matrone n'a pas interrogé la cliente sur le type de méthode qu'elle souhaitait adopter. Dans les cas où la méthode n'était pas disponible dans la case, la référence a été systématique (5 cas observés). La matrone a correctement vérifié que la pilule était compatible avec l'état de santé de la cliente en utilisant la liste de vérification OMS/FHI dans 86,3 % des cas. La vérification était peu satisfaisante dans 7,8% des cas ou n'a tout bonnement pas été effectuée dans deux cas (3,9% des cas).

5.6.2.2. Explications

Tableau 11 : Evaluation de la qualité des explications fournies par les matrones

		Satisfaisant	Moyen	Faible	Non fait	Total
Informations spécifiques fournies sur la méthode choisie	Effectif	36	9	6		51
	Pourcentage	70,6%	17,6%	11,8%	/	100,0%
Vérification de compréhension des informations fournies	Effectif	20	15	4	12	51
	Pourcentage	39,2%	29,4%	7,8%	23,5%	100,0%
Information sur l'arrêt possible de la méthode au moment voulu	Effectif	23	3	6	19	51
	Pourcentage	45,1%	5,9%	11,8%	37,3%	100,0%
Offre de la méthode choisie	Effectif	48		1	2	51
	Pourcentage	94,1%		2,0%	3,9%	100,0%

Source : Grille d'observation des matrones

Les explications spécifiques fournies à la cliente par les matrones ont été satisfaisantes ou moyennement satisfaisantes près de 9 fois sur 10 (88,2%) et les matrones ont offert la méthode choisie dans 94,1% des cas. Dans 2 cas, la méthode n'a pas été offerte.

Par contre, deux (2) pratiques n'ont pas été satisfaisantes car l'attitude de moins de la moitié des matrones a été conforme :

- la vérification d'une bonne compréhension des explications apportées (39,2%) et
- l'information de la cliente sur la possibilité d'arrêter la méthode au moment qu'elle aura choisi par elle-même (45,1%).

5.6.3. Application de la liste de contrôle

Tableau12 : Pourcentage de matrones pouvant appliquer la liste de contrôle

		Oui	Non	Total
Questions posées dans l'ordre chronologique	Effectif			
	Pourcentage	84,3%	15,7%	100,0%
Questions posées pour éliminer une maladie	Effectif	46	5	51
	Pourcentage	90,2%	9,8%	100,0%
Informations sur les autres méthodes si COC non disponibles	Effectif	23	3	26*
	%	88,5%	11,5%	100,0%
Offre d'une autre méthode disponible à la case	Effectif	19	1	20*
	Pourcentage	95,0%	5,0%	100,0%
Questions posées pour éliminer une grossesse	Effectif	46	5	51
	Pourcentage	90,2%	9,8%	100,0%
Prise immédiate des COC en l'absence de grossesse	Effectif	46	5	51
	Pourcentage	90,2%	9,8%	100,0%
Référence et arrêt des COC en cas de suspicion de grossesse	Effectif	17	1	18*
	Pourcentage	94,4%	5,6%	100,0%

Source : Grille d'observation des matrones

* L'écart observé par l'effectif total de 51 est dû au fait que dans ces cas, la question n'était pas adaptée aux clientes.

Dans l'utilisation de la liste de contrôle, la plupart des matrones ont posé les questions dans l'ordre chronologique (84,3% des cas) et ont éliminé une pathologie associée pouvant contre indiquer l'utilisation de la pilule (90,2% des cas) en posant les questions appropriées. Dans le même ordre d'idée, elles ont informé sur les autres méthodes disponibles près de 9 fois sur 10 (88,5%) quand la pilule n'était pas appropriée et elles ont fournies une autre méthode disponible au niveau de la case dans 95,0% des cas.

Elles ont posé à la cliente les questions pour éliminer une éventuelle grossesse 9 fois sur 10 (90,2%) et lui ont recommandé, dans la foulée, de commencer immédiatement la prise de COC. En cas de suspicion de grossesse, elles ont référé la cliente dans 94,4% des cas.

Ces résultats indiquent que l'essentiel des matrones maîtrisent la liste de vérification OMS/FHI et respectent ses règles d'utilisation.

5.6.4. Retour rendez-vous

Tableau 13 : Evaluation de la gestion des rendez-vous par les matrones

		Satisfaisant	Moyen	Faible	Non fait	Total
Rendez-vous fourni	Effectif	49	2	/	/	51
	Pourcentage	96,1%	3,9%	/	/	100,0%
Information sur possibilité d'un rendez-vous en cas de problèmes	Effectif	37	5	4	5	51
	Pourcentage	72,5%	9,8%	7,8%	9,8%	100,0%

Source : Grille d'observation des matrones

A la fin de la consultation, les matrones ont presque systématiquement donné rendez vous à la cliente (96,1%) mais, dans près de 1 cas sur 10 (9,4%), elles ne lui ont pas expliqué qu'elle pouvait revenir à tout moment en cas de problème.

5.6.5. Gestion des effets secondaires

Tableau 14 : Prise en charge des effets secondaires par les matrones

		Oui	Non	Total
Accueil cordial	Effectif	50	1	51
	Pourcentage	98,0%	2,0%	100,0%
Demande du motif de la visite / type d'effets secondaires	Effectif	49	2	51
	Pourcentage	96,1%	3,9%	100,0%
Prise en charge des inquiétudes	Effectif	40	11	51
	Pourcentage	78,4%	21,6%	100,0%
Prise en charge appropriée de l'effet secondaire	Effectif	45	6	51
	Pourcentage	88,2%	11,8%	100,0%
Information sur le retour en cas de persistance ou en cas de besoin	Effectif	35	12	47*
	Pourcentage	74,5%	25,5%	100,0%

Source : Grille d'observation des matrones

* L'écart observé est dû au fait que dans 4 cas, la question n'était pas adaptée aux clientes

La gestion des effets secondaires a été satisfaisante car, à chaque étape, dans près de 8 observations sur 10, la matrone a eu la bonne attitude. En effet, en cas de survenue de manifestations adverses, la matrone a cordialement accueilli la cliente (98,0%). Elle s'est d'abord enquis du motif de la visite dans des proportions quasi similaires (96,1%). Elle a rassuré la cliente par rapport à ses inquiétudes (78,4%) et a pu assumer de manière correcte la prise en charge de l'effet secondaire (88,2%). Elle a également demandé à la cliente de revenir en cas de persistance de l'effet secondaire ou au besoin dans 74,5% des cas.

5.6.6. Gestion des oublis

Tableau 15 : Prise en charge des oublis par les matrones

		Oui	Non	Total
Accueil cordial de la cliente	Effectif	51		51
	Pourcentage	100,0%		100,0%
Demande du motif de la visite / vérification de la plaquette	Effectif	47	4	51
	Pourcentage	92,2%	7,8%	100,0%
Prise en charge des inquiétudes la cliente	Effectif	40	11	51
	Pourcentage	78,4%	21,6%	100,0%
Prise en charge appropriée selon le nombre de pilule et la rangée oubliée	Effectif	45	6	51
	Pourcentage	88,2%	11,8%	100,0%
Information sur le retour en cas de persistance ou en cas de besoin	Effectif	27	17	44*
	Pourcentage	61,4%	38,6%	100,0%

Source : Grille d'observation des matrones

* L'écart observé est dû au fait que dans 7 cas, l'information n'était pas disponible.

Le comportement de la matrone en cas d'oublis de prise de la pilule par la cliente a été satisfaisant car, à chaque étape, au moins 8 fois sur 10, elle a eu la bonne attitude. Elle a cordialement accueilli la cliente (100%). Elle a vérifié sur la plaquette que la cliente a

effectivement oublié de prendre sa pilule (92,2%), l'a rassurée (78,4%), lui a donné la conduite à tenir appropriée (88,2%). Elle a, par contre, omis de lui demandé de revenir en cas de besoin dans un tiers des cas (38,6%).

5.6.7. Remplissage des outils

Tableau 16: Pourcentage des matrones pouvant remplir correctement les outils PF

		Oui	Non	Total
Cahier PF disponible	Effectif	51	/	51
	Pourcentage	100,0%	/	100,0%
Cahier PF bien tenu	Effectif	44	7	51
	Pourcentage	86,3%	13,7%	100,0%
Cahier PF tracé selon les normes	Effectif	41	10	51
	Pourcentage	80,4%	19,6%	100,0%
Enregistrement des clientes selon les procédures	Effectif	36	15	51
	Pourcentage	70,6%	29,4%	100,0%
Notification correcte des effets secondaires	Effectif	24	7	31*
	Pourcentage	77,4%	22,6%	100,0%
Notification correcte de la prise en charge des effets secondaires	Effectif	19	8	27*
	Pourcentage	70,4%	29,6%	100,0%
Notification correcte des cas référés pour effets secondaires	Effectif	25	4	29*
	Pourcentage	86,2%	13,8%	100,0%
Notification correcte des cas référés pour cause de méthodes non disponibles	Effectif	26	11	37*
	Pourcentage	70,3%	29,7%	100,0%
Notification correcte de la provenance des clientes vues pour réapprovisionnement	Effectif	18	17	35*
	Pourcentage	51,4%	48,6%	100,0%
Disponibilité des fiches / cahiers de stock	Effectif	49	1	50*
	Pourcentage	98,0%	2,0%	100,0%
Remplissage correctes des fiches / cahiers de stock	Effectif	38	11	49*
	Pourcentage	77,6%	22,4%	100,0%

Source : Grille d'observation des matrones

* L'écart observé est dû au fait que dans ces cas, la question n'était pas applicable.

Les outils sont le plus souvent disponibles (cahier de PF 100% - fiches de stock 98,0%). Le cahier de PF est relativement bien tenu (86,3%) et tracé selon les normes (80,4%).

Pour ce qui concerne les cas observés d'effets secondaires, leur enregistrement dans le cahier a été adéquat (77,4%), la notation correcte de leur prise en charge dans la colonne prévue l'a été dans 70,4% des cas et la mention en rouge des cas référés pour effets secondaires dans la colonne observation dans 86,2% des observations.

La matrone a souligné ou écrit en rouge dans la colonne "observation" les cas référés pour d'autres méthodes non disponibles dans la case dans 70,6% des cas. L'enregistrement des clientes y est correctement effectué dans les colonnes prévues mais à un degré moindre par rapport aux items précédents (70,3%). Enfin, la provenance des clientes vues pour réapprovisionnement a été inscrite convenablement dans 51,4% des cas observés.

5.7. Opinions des utilisatrices sur les services offerts par la matrone

5.7.1. Perception des utilisatrices sur la qualité des services offerts par la matrone

Les informations fournies par les femmes interviewées nous permettent de mieux apprécier les compétences des matrones et la qualité de leurs services. Les affirmations recueillies confirment les résultats de l'évaluation des capacités techniques des matrones.

Tableau 17 : Niveau de satisfaction des clientes sur la qualité des services de PF délivrés par la matrone

	Effectif	Pourcentage
Satisfaisant	217	97,7
Sans avis	4	1,8
Peu satisfaisant	1	,5
Total	222	100,0

Source : Questionnaire individuel cliente

En effet 97,7% des femmes utilisatrices OIP interrogées estiment qu'elles sont satisfaites de la qualité des services délivrés par les matrones des cases de santé. Une seule cliente déclare qu'elle est peu satisfaite de la qualité des services au niveau de la case.

Tableau 18 : Niveau de satisfaction des clientes sur la qualité de l'accueil qui leur a été réservé

	Effectif	Pourcentage
Satisfaisant	212	95,5
Sans avis	8	3,6
Peu satisfaisant	2	0,9
Total	222	100,0

Source : Questionnaire individuel cliente

Presque toutes les acceptantes OIP enquêtées (95,5%) estiment avoir été bien accueillies par la matrone. Seules deux clientes ne sont pas satisfaites de la qualité de l'accueil des services et 3.6% d'entre elles sont sans avis.

Selon les acceptantes OIP, près de 9 fois sur 10, la matrone a posé des questions pour écarter l'éventualité d'une maladie et, dans 95,3% des cas, elle en a fait de même pour éliminer une grossesse.

Le choix des nouvelles clientes a été libre et éclairé dans 90,8% des cas. Dans 9 cas sur 222, le choix a été orienté par la matrone selon certaines clientes.

De l'avis des nouvelles clientes, celle-ci a donné des informations sur les méthodes contraceptives dans près de 96% pour des cas. Elle leurs a fourni des informations sur la méthode choisie dans 95,4% des cas, leur a donné un rendez vous (97,7% des cas) et leur a demandé de revenir en cas de besoins (97,3%).

Presque tous les entretiens entre les matrones et les nouvelles clientes ont été conformes aux règles d'intimité et de confidentialité (99,5%), à une exception près. Les nouvelles clientes ont pu poser des questions à la matrone à l'issue de l'entretien dans 95,8% des cas.

Les informations obtenues auprès des femmes utilisatrices dans le cadre de l'enquête qualitative corroborent ces résultats en mettant en exergue l'attitude positive de la matrone au moment de l'accueil et de l'entretien. En relatant le processus par lequel elles ont été reçues par la matrone, elles indiquent toutes le caractère discret et confidentiel de l'entretien que celle-ci leur a réservé comme le révèlent ci-après, les propos de ces deux utilisatrices :

« La première fois que je suis venue pour voir la matrone, elle m'avait bien reçue dans la discrétion. Elle avait fermé la porte à clé et m'avait mise à l'aise (...) ; Elle m'a demandée l'objet de ma visite et je lui avais tout raconté concernant le nombre d'enfants que j'ai eu par rapport à mon âge, la fatigue que j'ai ressentie sur moi et des maladies. Je lui ai dit que, compte tenue de tous ces raisons, je voulais adopter une méthode de planning. Elle en était contente et me montra toutes les méthodes disponibles dans la case et les informations ayant trait à ces méthodes. Après, j'ai été motivée et j'ai choisi moi-même la pilule parce que c'est facile à pratiquer et moins chère. C'est ainsi que ça s'est passé et depuis deux ans je n'ai eu aucun problème et mon enfant est bien portant. »

(Utilisatrice, 28 ans, mariée, 5 enfants, analphabète, vendeuse)

« Oui la matrone bien formée peut donner la pilule sans problème car ça fait longtemps que mère F. me traite et je n'ai jamais eu de problème avec ce qu'elle m'offre comme services. Quand je suis venue pour la première fois la rencontrer me faire planifier, elle m'avait bien reçu dans de très bonnes conditions à savoir et dans la discrétion la plus absolue car elle avait fermé la porte, m'avait montrée toutes les méthodes avec les informations adéquates et quand j'étais convaincu, elle m'avait demandé de choisir personnellement ma méthode préférée. »

(Utilisatrice, 33 ans, mariée, 7 enfants, arabisante)

5.7.2. Appréciation des coûts des services de PF par les utilisatrices

Tableau 19 : Appréciation des coûts de la PF par les utilisatrices

	Effectif	Pourcentage
Abordables	210	94,6
Relativement abordables	4	1,8
Chers	3	1,3
Pas de réponses	5	2,3
Total	222	100,0

Source : Questionnaire individuel cliente

La qualité de l'offre initiale de pilule peut être liée en partie à la perception communautaire sur le coût des services reçus par les utilisatrices. Le coût des services a été jugé abordable par les nouvelles utilisatrices dans leur grande majorité. Plus de 94,6% des femmes qui utilisent les méthodes contraceptives estiment que le coût de la contraception est abordable, 1,8% le trouve relativement abordable et seule 1,3% le trouvent élevé.

5.8. Capacité fonctionnelle des cases

5.8.1. Disponibilité des produits PF dans les cases de santé

Tableau 20 : Répartition des produits PF disponibles selon les méthodes

Type de méthode disponible	Pourcentage
Loféménal®	98,0%
Ovrette®	91,8%
Condom masculin	91,8%
Colliers	95,9%

Source : Fiche d'inventaire du matériel OIP

Les résultats de l'inventaire sont dans l'ensemble très satisfaisants et laisse penser que les cases de santé ont une capacité fonctionnelle acceptable. Les produits contraceptifs de l'OIP étaient généralement disponibles dans la quasi-totalité des cases visitées et ils étaient conservés selon les normes dans 98% des cas.

En ce qui concerne les ruptures, les résultats de l'étude montrent qu'elles ont été peu fréquentes. Huit (8) cases sur 48 ont eu une rupture de stock au cours des trois (3) derniers mois.

La plupart des nouvelles utilisatrices interrogées, (86,3%) ont déclaré n'avoir eu aucun problème pour se réapprovisionner en contraceptif. Ce qui confirme que les ruptures de stock ont été peu fréquentes dans l'ensemble.

5.8.2. Disponibilité des supports et logistique de l'OIP

Tableau 21 : Proportion de supports et matériels PF disponibles dans les cases de santé

Type de supports et matériels PF disponibles	Pourcentage
Cahier PF	100,0%
Cahier IEC du relais	93,9%
Manuel PF de la matrone	96,0%
Plan d'action de la case	70,0%
Coin PF	90,0%
Méthodes contraceptives	92,0%
Listes de contrôle en langue locale	71,4%
Listes des effets secondaires	83,3%
Support sur la prise en charge des oublis	87,8%
Counseling/ Etape du BER CER	75,0%

Source : Fiche d'inventaire du matériel OIP

La capacité fonctionnelle des cases de santé peut se mesurer également à partir de la gestion du matériel qui leur a été remis au démarrage de l'OIP. Dans leur grande majorité les cases de santé ont bien conservées le matériel de l'OIP. Le cahier PF était présent dans toutes les cases de santé visitées. Le cahier IEC du relais a été retrouvé dans 94% des cases, le manuel PF de la matrone dans 96% des cas. Cependant, on compte une dizaine de cases qui ne disposaient pas de plan d'action, de liste de contrôle en langue locale ni de supports sur le counseling/étape du BER CER.

5.8.3. Accessibilité de la case et disponibilité de la matrone

Les femmes ont jugé la case facile d'accès dans 96,8% des cas et la matrone était généralement disponible (99,5%).

Tableau 24 : Opinions des utilisatrices OIP sur l'accessibilité de la case de santé

	Effectif	Pourcentage
Accès facile	210	96,8
Accès difficile	2	0,9
Case très distante	5	2,3
Total	217	100,0

Source : Questionnaire individuel cliente

Tableau 25 : Disponibilité de la matrone

	Effectif	Pourcentage
Oui	219	99,5
Non	1	0,5
Total	220	100,0

Source : Questionnaire individuel cliente

5.9. Connaissances des utilisatrices

5.9.1. Connaissance des avantages de la PF

En enquêtant les acceptantes OIP, il apparaît que parmi les avantages énumérés de la PF, seuls 2 sont connus par plus de moitié des nouvelles clientes. Il s'agit du repos de l'organisme maternel (94,6%) et du bon développement physique et affectif de l'enfant (80,6%). Les autres avantages, réduction des risques de décès des enfants (15,3%) et de naissance prématurée (16,2%), disponibilité pour le travail et la productivité (39,6%) et économie des ressources (45,5%) sont plus ou moins mal connus.

Tableau 26 : Pourcentage de nouvelles clientes OIP qui connaissent les avantages de la PF

	Effectif	Pourcentage
Repos de l'organisme de la mère	210	94,6%
Bon développement physique et affectif de l'enfant	179	80,6%
Economie des ressources	101	45,5%
Disponibilité pour le Travail / Productivité	88	39,6%
Réduction des risques de naissance prématurée	36	16,2%
Réduction du risque de décès des enfants	34	15,3%
Autres	1	0,5%

Source : Questionnaire individuel cliente

5.9.2. Connaissance des avantages de la pilule contraceptive

De manière plus spécifique, les avantages de la pilule contraceptive ne sont pas mieux connus des acceptantes OIP interrogées. L'efficacité de la méthode est la mieux reconnue (73,4%). Les autres avantages ont été cités par moins de la moitié des nouvelles clientes : rareté des effets secondaires (5,9%), diminution du volume des règles et de l'intensité des dysménorrhées (8,6%), réversibilité de la méthode (17,1%), non interférence avec l'acte sexuel (20,7%), régularisation du cycle menstruel (29,7%), efficacité (40,5%).

Tableau 27 : Pourcentage de nouvelles clientes OIP qui connaissent les avantages de la pilule

	Effectif	Pourcentage
Méthode sûre	163	73,4%
Absence d'interférence avec l'acte sexuel	46	20,7%
Coût peu élevé	90	40,5%
Diminution des douleurs et du volume des règles	19	8,6%
Régularisation du cycle menstruel	66	29,7%
Réversibilité de la méthode	38	17,1%
Effets secondaires peu fréquents	13	5,9%
Autres	9	4,1%

5.9.3. Connaissance des effets secondaires de la pilule contraceptive

Tableau 28 : Pourcentage de nouvelles clientes OIP qui connaissent les effets secondaires de la pilule

	Effectif	Pourcentage
Maux de tête	90	40,5%
Vertiges	75	33,8%
Saignement	71	32,0%
Nausées	53	23,9%
Augmentation du poids	48	21,6%
Absence de règles	23	10,4%
Seins douloureux	12	5,4%
Ne protège pas contre les IST/SIDA	4	1,8%
Les prises quotidiennes sont contraignantes	1	0,5%
Autres	6	2,7%

Source : Questionnaire individuel cliente

Les effets secondaires de la pilule sont également mal connus des nouvelles clientes. Elles ont cité par ordre décroissant : les maux de tête (40,5%), les vertiges (33,8%), les métrorragies (32%), les nausées (23,9%), la prise pondérale (21,6%), l'aménorrhée (10,4%) et la mastodynie (5,4%).

6. Perceptions des acceptantes, de la communauté et des prestataires

6.1. Perceptions et appréciations des avantages de l'OIP selon les différents groupes sociaux

L'avantage de l'OIP réside moins dans le fait de faire accepter l'idée d'espacement des naissances, qui était largement acceptée par la plupart de ces communautés au travers diverses pratiques anticonceptionnelles que celle de l'intérêt des méthodes modernes de planification familiale. C'est justement en faisant mieux connaître les méthodes modernes et leurs avantages qu'elle participe à modifier le sens du rapport (négatif) qu'ils entretiennent avec celles-ci dans un sens plus positif. C'est donc pour avoir largement modifié les perceptions et les appréciations des femmes, de leurs conjoints et de la communauté en général, que l'OIP semble susciter une adhésion assez étendue des différentes catégories sociales. Quelle que soit la zone d'enquête, les services offerts par l'OIP sont perçus comme permettant de renforcer la capacité des femmes dans la prévention et la prise en charge de la santé de la reproduction, et de soulager les hommes sur les dépenses en matière de santé.

« C'est une bonne chose qui réduit la pauvreté parce qu'il ya trop de maladies et les ordonnances sont chères. C'est une bonne chose aussi qui rentabilise la case et promeut une amélioration des revenus des populations. »

(Utilisatrice, 50 ans, mariée, 5 enfants, analphabète)

« C'est une bonne chose qui nous empêche d'aller en Gambie (3km) ou à Médina Yoro Foula (23 km). Nous ne payons plus le transport pour la chercher. J'en ai tiré aussi des avantages parce que j'ai une bonne santé maternelle et infantile ainsi que mon mari car si je faisais toujours des naissances rapprochées, il ne sera jamais épanoui (mari) et ne pourra pas travailler »

(Utilisatrice, 33 ans, mariée, 7 enfants, arabisante)

Ces appréciations positives par les femmes est relayé également par les agents communautaires qui, compte tenu de leur position, sont à la fois témoins et acteurs des changements observés dans les différentes communautés où cette intervention a été expérimentée.

« Comme avantages on peut noter avec l'introduction de la PF au niveau de la case un gain de temps pour la femme qui devait faire des kilomètres pour aller jusqu'au Poste de Santé mais aussi un gain d'argent, elle ne dépense plus 1000 francs ou 2000 francs ou 3000 francs. Elle va juste à la case de santé et elle choisit sa méthode. »

(Agent du Projet, ADC Ndorna)

Au delà des appréciations positives émises par l'ensemble des personnes interrogées qui renvoient le plus souvent aux avantages apportés par cette initiative dans leur vécu quotidien, notamment en termes d'amélioration de l'accès aux services de PF, le fait d'avoir recruté le personnel de la localité et d'en renforcer les compétences constituent également des aspects stratégiques très productifs qui encouragent l'adhésion communautaire au projet. Dans les entretiens réalisés, cet aspect est apparu comme très bien perçu par les populations, l'assimilant souvent à une reconnaissance des compétences de la localité.

« (...) aussi le fait de prendre une personne de notre localité et la doter de compétence est une fierté de la population. Les populations en ont apprécié et sont très contents car le constat aujourd'hui est que leur famille s'épanouissement. L'intervention OIP a apporté un renforcement de capacités au personnel de la case et à certains membres du village. (...) Personnellement ça m'a apporté une bonne santé et ça m'a donné plus de temps pour pouvoir travailler. (...) En tout cas les populations sont contentes parce que la mortalité maternelle et infantile est très réduite maintenant ; nos maris ont gagné une économie parce que maintenant ils achètent moins d'ordonnances. »

(Utilisatrice, 20 ans, mariée, 3 enfants, coiffeuse/couturière, Primaire)

« Par rapport aux avantages j'ai noté la valorisation des activités au niveau de la case de santé. On s'est rendu compte que les cases où l'offre est introduite ont beaucoup plus de valeur actuellement que les autres et les matrones pour la plupart préfèrent être enrôlées dans les cases où l'offre existe (...). L'autre aspect c'est la valorisation non seulement des cases mais aussi des acteurs, c'est un plus qu'elles ont par rapport aux autres cases »

(Agent du Projet, ADC Kaolack)

Des différentes catégories sociales interrogées, l'adhésion et l'appréciation de l'OIP ont été totales et sans réserve. Cette adhésion sans faille, renvoie aux avantages offerts par cette initiative aux populations des différentes localités où elle a été expérimentée.

6.2. Pertinence et efficacité de l'intervention

6.2.1. Acceptabilité sociale de l'OIP et une meilleure acceptation de la contraception moderne

L'existence d'une demande insatisfaite en matière de planification familiale renvoie au décalage existant entre les aspirations et les pratiques des individus en matière de fécondité et de contraception : en d'autres termes, une partie de la population souhaiterait réduire sa fécondité mais divers obstacles (difficultés d'accès aux services, coût de la contraception, manque de connaissances, désapprobation familiale ou sociale, désaccord du partenaire, etc.) entravent le passage à l'acte. C'est pour contribuer à lever certaines des barrières identifiées entravant l'accès à la contraception moderne, notamment le rejet social de la planification moderne, que l'initiative offre initiale de pilules (OIP) a été mise en œuvre afin d'accroître l'acceptabilité sociale et l'accessibilité pour les populations en milieu rural.

La planification familiale comme pratique de régulation de la fécondité a pendant longtemps été posée comme un problème moral dans les communautés sénégalaises, en particulier en milieu rural, l'assimilant souvent à l'infanticide ou comme voie d'accès à la débauche, notamment pour les jeunes et pour les femmes. Cet état de fait a pendant longtemps constitué l'une des entraves fondamentales au recours à la contraception moderne comme le souligne d'ailleurs un des agents de développement communautaire rencontré dans le cadre de l'enquête qualitative :

*« L'acceptabilité de la PF au niveau de la communauté était pas acquise au début ; le sujet de la planification familiale était tabou, c'était même très difficile d'en parler tellement les gens étaient réticents*** Il fallait donc parler aux populations pour leur faire percevoir le contenu de la PF, ses avantages, et son utilité. »*

(Agent de développement communautaire)

Dans cette perspective, l'un des défis majeurs de l'initiative OIP était donc d'améliorer l'acceptabilité sociale de la planification familiale moderne dans les différentes zones d'intervention. Une utilisation accrue des méthodes de contraception modernes ne pouvant être effective que dans un environnement social et culturel où ces méthodes sont socialement acceptées, et donc où leur utilisation ne s'accompagne ni d'un opprobre, ni d'une stigmatisation ou d'un rejet social.

L'analyse des entretiens réalisés avec les différentes catégories de population, aussi bien avec les leaders communautaires (religieux, chefs de villages ou conseiller ruraux) qu'avec les potentiels bénéficiaires (utilisatrices, FAR, etc.) ou acteurs (prestataires, personnels cases, acteurs communautaires) montrent que par le biais des différentes activités menées, l'initiative OIP a réussi à faire connaître les avantages de la PF aux différents segments des communautés. Cette approche qui vulgarise l'utilité et les avantages (sanitaires, économiques, sociaux, etc.) aussi bien pour la femme, pour l'homme que pour les enfants, de l'utilisation des méthodes de contraception moderne s'est traduite par une amélioration de l'acceptation communautaire des méthodes de planification familiale modernes. Cette adhésion des communautés aux méthodes modernes de planification familiale a été analysée à travers les perceptions, représentations et appréciations que les différentes personnes interviewées ont émises sur les méthodes de contraception moderne et plus généralement sur leur appréciation de l'initiative d'offre initiale de pilules dans les cases de santé par les matrones.

Cette acceptation communautaire s'est traduite par une appréciation positive de l'initiative d'abord, des services offerts ensuite et s'exprime dans les diverses appréciations des personnes interrogées, aussi bien les utilisatrices que les leaders communautaires :

« Nous allions à Djoffior faire la queue toute la journée et, dès fois, ou la sage femme est absente ou que la méthode n'est pas disponible. Nous perdions beaucoup de temps dès fois nous n'arrivions pas à préparer nos repas. C'était une perte de temps. Maintenant que le programme est dans la case, la femme peut prendre son petit déjeuner, marcher doucement et venir à la case prendre ses médicaments ou utiliser sa méthode avec Y. dans la discrétion la plus absolue sans pour autant que personne ne le sache. »

(Femme, Présidente GPF, 35 ans, analphabète, commerçante)

Cette forte acceptation de l'initiative se traduit également par une volonté manifeste des populations à utiliser ces services et à les recommander à leurs proches.

Au-delà de l'acceptation de l'OIP, on assiste à une adhésion aux méthodes de contraception modernes dans la gestion de la fécondité. Les entretiens réalisés auprès des différents groupes

sociaux rendent bien compte de cette évolution des représentations sur la PF moderne. Il semble bien clair que ce ne soit pas l'idée d'espacement des naissances en soi qui posait problème au sein des communautés, d'autant que la pratique des méthodes traditionnelles sous ses différentes formes ou encore le recours aux amulettes et aux gris-gris étaient relativement courant et évoqué dans une partie des entretiens. Bien des pratiques sociales qui s'inscrivent dans une logique de gestion de la fécondité et d'espacement des naissances sont observées. Le rejet de la planification familiale traduisait bien plus qu'une désapprobation de l'idée d'espacement des naissances. L'OIP a pu, par ses différentes stratégies d'approche et de communication, puiser dans ce substrat de potentialités pour faire accepter la PF moderne en comblant tous les besoins d'informations d'une part, mais aussi et surtout en mettant en exergue les intérêts et les avantages de la PF moderne pour la femme, pour l'enfant et pour les hommes.

« Cette initiative (OIP) est une bonne chose qui permet d'espacer ses naissances, d'avoir du temps pour mener des activités génératrices de revenus, de s'occuper de ses enfants et de son foyer. Quand on a des naissances rapprochées on ne peut pas vendre ou faire quoi qu'il en soit. J'en ai tiré beaucoup d'avantages comme le temps de mener des activités génératrices de revenus, d'espacer nos naissances et de nous épanouir »

(Femme, utilisatrice, 28 ans, mariée, 3 enfants, analphabète, Vendeuse)

*« C'est bon parce que les grossesses rapprochées ne sont pas bonnes. L'espacement des naissances est très bon surtout sur deux aspects : Pour la mère et pour l'enfant. Les naissances rapprochées peuvent amener un autre problème, l'enfant ne peut pas avoir une bonne forme physique, il peut être maladif et faible***(...). Avant il y'avait des difficultés mais depuis que les gens ont compris, il n'y a plus d'inconvénients*** Parce que les gens n'étaient pas bien informés et ils n'avaient rien compris, mais maintenant grâce à ce programme tout le monde est éveillé, surtout les femmes. (...). Le travail effectué par la matrone marche bien, grâce au planning familial on a aucun problème et ça avance bien ».*

(Homme, Imam, 58 ans, 14 enfants)

En mettant bien en relief le fait que la PF n'est seulement l'affaire des femmes, et que les hommes, les leaders tout comme les grands-mères sont concernés a constitué un point fort de la démarche de l'expérience. Si comme souligné plus haut et dans plusieurs autres études, le recours à la contraception moderne était entravé par une faible acceptation sociale doublée d'une accessibilité très limitée, toute intervention qui intervient sur ces deux paramètres a des chances de relever les niveaux d'utilisation de ces méthodes. Parmi les effets visibles de l'OIP, on retrouve celui relatif à la création d'un environnement propice à l'utilisation de la PF moderne. Ainsi, dans les zones expérimentales de l'intervention, les niveaux d'attitudes favorables atteints

semblent avoir largement dépassés ce qu'ils étaient au démarrage des activités comme le souligne le propos de cet agent du projet relatant les débuts difficiles de l'initiative.

« Ce n'était pas évident au départ. La première difficulté était le refus systématique des hommes. Certaines femmes étaient prêtes à adhérer mais le non consentement des maris faisait obstacle. Plus spécifiquement les difficultés liées aux femmes étaient d'ordre cognitive : elles ne savaient pas ce que le concept contenait (composantes, avantages, méthodes...). Elles ignoraient également certains aspects juridiques comme les libertés individuelles. Elles pensaient qu'il leur fallait toujours l'aval du mari pour accéder au service de P.F. »

(Agent de développement communautaire)

Il apparaît donc bien clairement que cette initiative a d'abord amélioré l'environnement social et culturel qui était largement hostile à la planification familiale moderne en modifiant les perceptions et l'imaginaire social vis-à-vis de la contraception moderne condition indispensable pour susciter son utilisation.

6.2.2. L'OIP a favorisé une meilleure accessibilité des services de PF aux groupes sociaux les plus démunis

Pour la majorité des femmes interrogées, la distribution de contraceptifs par la case de santé est leur seul moyen d'accès aux méthodes modernes de planification familiale compte tenu de leur résidence relativement éloignée des postes de santé. L'approche OIP améliore leur accès aux produits et services relatifs à la PF, en particulier pour celles d'entre elles qui sont les plus démunies. Dans certains cas, les coûts du transport et de la prestation, sans compter la perte de temps que cela peut occasionner constituent les principaux facteurs de dissuasion des potentielles utilisatrices.

Amélioration de l'accessibilité géographique et financière

La question de l'accessibilité des offres et services de PF a été débattue dans différentes études qui mettent en exergue la place centrale du critère d'accessibilité dans les déterminants du recours à la planification familiale moderne. Les faibles niveaux de pratique de la contraception moderne, notamment dans les milieux ruraux, ont été souvent imputés à cette raison. Il se posait aussi et surtout un problème d'accès pour les femmes du milieu rural. La structuration du système de santé, en limitant l'offre de services au Poste de santé, mettait les femmes rurales dans l'obligation d'effectuer des déplacements, le plus souvent longs et coûteux en termes de temps et d'argent, pour accéder à une méthode contraceptive. L'initiative OIP, en mettant à disposition les méthodes au niveau des cases de santé, résout au moins la question de la distance

et donc des couts associés et du temps de trajet que cela implique. Elle réduit ainsi une barrière importante dans l'accès à la PF des femmes rurales comme l'indiquent les différents propos recueillis sur le terrain :

« Je pense que c'est une bonne initiative parce qu'on est en bonne santé de même que ses enfants. Auparavant nous allions à Ndorna pour se procurer ces méthodes maintenant, ils sont disponibles ici à Sobouldé, on ne paie plus de frais de transport. Il n'y a pas autre chose plus bon que cette initiative. Il n'y a pas d'inconvénients mais plutôt des avantages. » (Utilisatrice, 37 ans, mariée, 8 enfants, vendeuse, analphabète)

« Pour toutes les questions de santé, avant on allait à Bansan situé à 20 km (en Gambie) ou à Saré Bodjio qui se situe à 6 km (Gambie). Avant Septembre 2000, notre case ne fonctionnait pas, pour les accouchements, on prenait des charrettes pour aller soit en Gambie, soit à Medina Yoro Foula qui est le poste de santé le plus proche et qui est à 23 km. Et il n'y avait que les charrettes pour y aller, et même ces charrettes ne font ce trajet que le dimanche, jour du marché hebdomadaire. Si c'est un autre jour que le dimanche il faudrait louer la charrette pour le trajet. En période hivernale c'est très difficile car les pistes sont impraticables et même les charretiers refusent d'assurer le trajet pour joindre le poste de santé. Donc pour avoir des méthodes de PF, il fallait faire 23 km en charrette si on a la chance que les routes soient praticables (...). Depuis que la case est intégrée dans le programme de ChildFund, les femmes ont rendu grâce à Dieu et au projet. (...) On ne peut dire que nous n'avons plus aucun problème, mais ils sont largement mineurs par rapport à avant »

(Femme, 37 ans, mariée, 6 enfants, Analphabète, Darou Khouméne)

« Avant les femmes allaient jusqu'à Djoffior, faire la queue toute la journée et dès fois ou la sage femme est absente ou que la méthode n'est pas disponible. Nous perdrons beaucoup de temps dès fois nous n'arrivons pas à préparer nos repas. C'était une perte de temps. Maintenant que le programme est dans la case, la femme peut prendre son petit déjeuner, marcher doucement et venir à la case prendre ses médicaments ou utiliser sa méthode avec Y. dans la discrétion la plus absolue sans pour autant que personne ne le sache. »

(Leader femme, 35 ans, Présidente GPF, analphabète, vendeuse)

Le problème de l'enclavement constitue l'une des raisons fondamentales qui assoient la pertinence de ce programme. Dans la plupart des zones, les villages sont extrêmement excentrés par rapport au poste de santé de rattachement. C'est le cas, par exemple, de la zone de Medina Yoro Foula et de Darou Khouméne qui sont beaucoup plus proches de la Gambie que du Centre de Santé de Kolda auquel ils sont rattachés. Les difficultés de transport que cela implique font que la case de santé reste, par défaut et par la force des choses, la structure de prestations

sanitaires la plus proche et donc la plus accessible en termes de distance et de temps. La Case de Santé de Darou Khouméne polarise une quinzaine de villages tous situés dans un rayon de 12 kilomètres. Les populations du village de Koyli qui se trouve à douze kilomètre de la case parcourent donc cette distance pour accéder à une case de santé offrant les méthodes de contraception modernes.

« Ma femme, a vécu une situation très difficile. Elle était en état très avancé, un jour elle a eu des douleurs très fortes, elle devait être évacuée au Poste de Santé de Médina Yoro Foula et je n'avais pu trouver une charrette pour son évacuation (...). Quand je suis allé voir le seul charretier qui était là, il m'a dit qu'il ne pouvait pas parce la route était très mauvaise, c'est le lendemain que nous sommes allés en Gambie (...) finalement le bébé est mort dans son ventre. Depuis que cela est arrivé, elle prend la pilule ici à la case. Avant les hommes refusaient que leurs épouses fassent la PF, mais c'était vraiment par ignorance ; maintenant on est bien informé et on est très content de ce programme que vous faites au niveau de notre case »
(Homme, 45 ans, Darou Khouméne, Kolda)

Cette situation n'est toutefois pas spécifique à la région de Kolda, bien d'autres localités se retrouvent dans la même situation ce qui renforce la pertinence de l'intervention et justifie la forte adhésion des communautés à l'initiative.

En plus de faciliter l'accès géographique des services de PF, l'initiative OIP a accru l'accessibilité financière des produits contraceptifs au niveau des cases de santé.

Pour éviter que les conditions de précarité ou de pauvreté ne compromettent l'accès aux services de planification familiale offerts au niveau des cases de santé, les couts des produits ont été formatés de façon à permettre un accès facile et équitable. Les entretiens réalisés rendent compte de cette meilleure accessibilité des coûts, appréciée par les différentes personnes rencontrées, en particulier les utilisatrices des services :

« C'est une bonne chose le fait d'implanter l'OIP dans la case du village car ça a permis aux femmes de ne plus payer le transport et de ne plus aller ailleurs pour se soigner auparavant il fallait marcher ou payer 100f et 100f retour mais maintenant ça nous permet de faire des économies et de ne plus marcher qui est une chose pénible pour nous. »
(Utilisatrice, 28 ans, mariée, 6 enfants, ménagère, Primaire)

« La case n'est pas loin mais j'habite à la sortie du village. Je fais 30mn de marche pour y accéder (...); les prix ne sont pas chers, c'est facile à avoir car la pilule ne coute que 100f la plaquette. » (Utilisatrice, 50 ans, mariée, 5 enfants, analphabète)

« Ma maison n'est pas loin de la case de santé mais telle que soit sa proximité j'y rentre et personne ne sait ce que je viens y faire. Je viens taf-taf à peine 5 mn de marche. Les coûts ne sont pas chers. La plaquette ne coûte que 100 francs seulement. »

(Utilisatrice, 28 ans, mariée, 3 enfants, analphabète, Vendeuse)

6.2.3. L'OIP favorise l'épanouissement et l'activité socio-économique des femmes

Même si ce n'était pas l'objectif explicite du projet, la mise en œuvre de ce programme à base communautaire de promotion de la planification familiale moderne a participé dans l'amélioration de la condition sociale de la femme dans les zones d'intervention. Cette amélioration est encore plus explicite dans la vie des femmes utilisatrices.

« L'initiative OIP est une bonne chose qui aide les femmes qui font des naissances rapprochées comme moi. Auparavant j'étais très fatiguée parce que mes naissances étaient rapprochées. Quand j'accouchais à 6 mois déjà, je retombe enceinte avec toutes les difficultés du monde. Mais depuis que le programme OIP est mis en œuvre, j'ai rompu avec ce phénomène de naissances rapprochées. Actuellement je remercie le Bon Dieu car je suis épanouie, j'ai une bonne santé ainsi que mon enfant, j'ai du temps pour m'occuper de mes enfants et de mes activités. Je sais que le fait d'avoir des naissances rapprochées n'est pas bon car j'ai un enfant de 8 ans mais si vous le voyez aujourd'hui, il est si fragile qu'on dirait qu'il a 6 ans ».

(Utilisatrice, 28Ans, mariée, 6 enfants, ménagère, Primaire)

En effet, selon les différentes expériences vécues par les femmes utilisatrices, la contraception moderne apparaît comme un facteur favorisant un meilleur épanouissement de la femme, s'agissant de la disposition et de la mise à profit d'un temps pour soi d'une part, et d'autre part, des possibilités qu'elles en tirent du point de vue de l'exercice d'activités génératrices de revenus, même si ces revenus sont le plus souvent insignifiants. Elles peuvent désormais s'offrir les possibilités de se consacrer à d'autres activités ou même à entreprendre des voyages d'affaires en vue de développer leurs commerces.

« Il y a des vrais changements ici depuis que le programme OIP est mis en œuvre dans la case parce qu'il n'y a plus de naissances rapprochées comme auparavant. Actuellement nous avons une santé maternelle et infantile. Nous avons du temps pour travailler et s'occuper de nos foyers, nous sommes épanouies. »

(Utilisatrice, 28Ans, mariée, 3 enfants, analphabète, Vendeuse)

« L'OIP est une bonne chose qui permet d'espacer les naissances, d'avoir une bonne santé maternelle et infantile. Elle permet au mari de pouvoir faire des économies et de

travailler car s'il est de tout le temps confronté à l'achat d'ordonnances, il ne pourra jamais être à jour. »

(Utilisatrice, 33 ans, mariée, 7 enfants, arabisante)

« Quant à moi je n'y trouve que des avantages car je suis bien portante et je fais mon petit commerce. Ça m'a permis de gérer des activités génératrices de revenus. J'ai sevré mon enfant depuis deux ans et si je veux, je reprends et j'aurai une grossesse normale. Mon mari est épanoui parce qu'il n'achète plus d'ordonnances comme auparavant où avoir une dépense quotidienne constituait un problème à cause de l'achat des ordonnances et nous gérons bien notre foyer. »

(Utilisatrice, 32 ans, mariée, 5 enfants, arabisante, ménagère)

Même si elle ne peut, à elle seule, subvertir la hiérarchie entre les sexes, elle accorde à la femme la possibilité d'assumer d'autres statuts sociaux qui ne soient pas fondés sur une identité centrée sur la maternité. La contraception a ainsi contribué à redéfinir l'identité féminine en permettant le passage d'un modèle du destin maternel à un modèle beaucoup plus diversifié comprenant les trois composantes que sont la maternité, l'épanouissement personnel avec le gestion d'un temps pour soi, et l'investissement dans des activités socio-économiques des femmes. C'est donc l'impact de la contraception sur ces trois dimensions qui permettront de saisir les avancées qu'elle a produites dans la vie des femmes utilisatrices dans ces différentes localités.

6.2.4. Un accroissement des connaissances sur les méthodes modernes et une modification du rapport à la contraception moderne

Un des aspects fondamentaux qui caractérisent les zones couvertes par l'initiative OIP est le niveau de connaissances des populations des méthodes modernes de planification familiale.

Les agents du projet, au travers des différentes activités déroulées au niveau et avec la communauté, ont donné aux nouvelles populations, notamment aux femmes les informations adaptées sur les méthodes de contraception modernes, sur les avantages et les cibles du programme. On observe au travers des entretiens réalisés sur le terrain, que les différentes méthodes de contraception modernes sont connues au niveau communautaire, y compris chez les femmes les moins scolarisées et les femmes non scolarisées :

« Les méthodes que promeut l'OIP sont : la pilule, MAMA, le collier, les capotes. »,

(Utilisatrice, 20 ans, mariée, 3 enfants, coiffeuse/couturière, Primaire)

« Les méthodes que promeut l'OIP sont au moment de trois à savoir :le collier, les pilules, les capotes (préservatifs) »

(Utilisatrice, 33 ans, mariée, 7 enfants, arabisante)

« Les méthodes que promeut la case sont les pilules, les préservatifs, le collier et le DIU »

(Utilisatrice, 32 ans, mariée, 5 enfants, arabisante, ménagère)

Toutes les femmes interviewées connaissent au moins trois méthodes de contraception modernes, et cela, quel que soit leurs niveaux d'instruction. De ce point de vue, l'initiative OIP a permis un meilleur accès des communautés rurales à l'information sur les méthodes modernes de planification familiale, notamment par le biais des causeries communautaires. Toutes les femmes utilisatrices interrogées, du fait qu'elles bénéficient d'un counseling initial et spécifique, connaissent au moins trois méthodes modernes de PF (voire plus). Le schéma classique qui associait la connaissance des méthodes de PF moderne au niveau d'instruction est ici bouleversé étant donné que la plupart d'entre elles n'ont aucun niveau d'instruction, ou au mieux n'ont suivi que des études coraniques. L'enseignement à tirer est que, quelque soit le niveau d'instruction des communautés, si l'information adaptée leur est portée par les canaux pertinents, l'appropriation communautaire est possible.

6.2.5. Diffusion du recours à la contraception moderne : l'OIP a favorisé l'adoption initiale d'une démarche contraceptive chez la plupart des femmes interviewées

Parallèlement à l'amélioration de l'acceptation communautaire de la PF moderne, et d'une amélioration de l'accessibilité géographique et financière des services par sa mise à disposition dans les cases de santé, l'OIP semble avoir engendré l'adoption initiale d'une démarche contraceptive chez les femmes dans les zones d'intervention. La majorité des femmes interviewées sont en utilisation initiale. En effet, d'une zone expérimentale à l'autre, les déclarations d'adoption initiale d'une démarche contraceptive sont évoquées aussi bien par les utilisatrices que par les personnels des cases et les infirmiers chefs de postes (ICP).

Plusieurs femmes interrogées relatent le processus par lequel elles ont adopté une méthode de planification familiale.

*« Quand je suis venue la première fois, elle m'a bien reçu car je suis une nouvelle. J'étais venue pour me planifier parce que j'étais très fatiguée. Quand j'accouchai, je retombe en état au moment où mon enfant n'a que 6 mois et demi et c'est très difficile et pénible. Quand j'ai fini de lui expliquer mes difficultés, elle m'a exposée les méthodes disponibles avec toutes les informations adéquates et j'ai choisi la pilule qui pour moi est facile à gérer***»*

(Utilisatrice, 28 ans, mariée, 3 enfants, analphabète, Vendéuse)

« Le premier jour où je suis venue rencontrer la matrone, elle m'avait bien reçue quand elle m'avait invitée à la case. Je lui ai sollicitée une méthode de P.F vu mes grossesses rapprochées. Elle m'avait présentée toutes les méthodes et les informations requises j'étais fière et rassurée car tout était clair dans ma tête. C'est à partir de ce moment que j'ai choisi la pilule. »
(Utilisatrice, 37 ans, mariée, 8 enfants, vendeuse, analphabète)

« La première fois que je suis venue pour voir la matrone, elle m'avait bien reçue dans la discrétion (...); Elle m'a demandée l'objet de ma visite et je lui avais tout raconté concernant le nombre d'enfants que j'ai eu par rapport à mon âge, la fatigue que j'ai ressentie sur moi et des maladies. Je lui ai dit que, compte tenu de tous ces raisons, je voulais adopter une méthode de planning. Elle en était contente et me montra toutes les méthodes disponibles dans la case et les informations ayant trait à ces méthodes. Après, j'ai été motivée et j'ai choisi moi-même la pilule parce que c'est facile à pratiquer et moins chère. C'est ainsi que ça s'est passé et depuis deux ans je n'ai eu aucun problème et mon enfant est bien portant. »
(Utilisatrice, 28 ans, mariée, 5 enfants, analphabète, vendeuse)

La convergence et la concomitance des trajectoires contraceptives indiquent le rôle incitateur que le programme OIP a joué dans ce sens sur deux aspects au moins : sur la conscientisation et l'information sur les avantages de la planification familiale au niveau des communautés par le biais de tout un arsenal d'activités de proximité, mais également en mettant à disposition toute une gamme de méthodes au niveau de la case de santé. Indépendamment de leur profil social, économique ou scolaire, les femmes prennent l'initiative quelquefois individuellement, d'autrefois de concert avec leurs conjoints ou belles-mères, d'adopter une méthode de contraception moderne. En outre, il apparaît bien clairement que le critère de scolarité ne semble avoir ici aucun poids discriminant sur l'utilisation de la PF, d'autant que l'essentiel de ces femmes utilisatrices sont des analphabètes ou des arabisantes. Si l'information est portée dans un message accessible auprès de ces femmes, elles recourent tout autant que les autres femmes scolarisées ou urbaines traditionnellement considérées comme plus enclines à recourir aux méthodes modernes. La question clé semble moins être celle d'être scolarisée ou pas, mais plutôt celle de la disposition de la bonne information et des possibilités d'accès facilités.

Par ailleurs, si la grande majorité des femmes que nous avons interrogées adhèrent à l'idée de la planification familiale par les méthodes modernes, il faut souligner que celles d'entre elles qui s'inscrivent dans une démarche contraceptive le font principalement dans une logique d'espacement des naissances et non de limitation, notamment en raison du surcroît de fatigue occasionné par les maternités successives vécues par les femmes. L'idée de « repos » évoquée

quasi-systématiquement est très révélatrice du sens et de la portée de leur démarche contraceptive. Le concept de « *xeex nêf* » utilisé dans ce sens par les acteurs du projet pour faire passer leur message en est fort illustratif.

*« C'est parce qu'il y a des changements que les populations ont accepté la PF dans leurs localités parce que dans un premier temps c'était par méconnaissance et par ignorance ; elles ne savaient pas exactement ce que ça veut dire la PF, ils pensaient que cela entraînait une limitation de leurs naissances (...) à un certain moment on a été obligé de changer les termes qu'on utilisait, de changer les expressions qu'on utilisait pour les avoir (...). Au lieu de dire planning, on disait « *xeex nêf* » qui voulait dire « espacement des naissances » pour qu'ils puissent comprendre. Il y a certaines femmes qui pensaient que planification correspondait à ne plus avoir la possibilité d'avoir des enfants, arrêter les naissances il a fallu qu'on insiste pour les convaincre que ce n'était pas ça (...). Les gens ont maintenant compris et ont accepté. On peut dire qu'il y a un changement de comportement par rapport à cette situation. » (Agent du Projet, Coordonateur de Zone)*

Toutefois, l'analyse de la diffusion du recours à la contraception moderne auprès de ces femmes du milieu rural où l'on enregistrait des taux de prévalences extrêmement faibles dans les différentes enquêtes démographiques ne peut faire l'économie d'une connaissance du « sens » que ces femmes accordent à la pratique contraceptive, individuellement et collectivement.

6.2.6. Amélioration de l'accès et un sensible relèvement des indicateurs sanitaires selon les prestataires de santé

Les entretiens effectués avec les personnels de santé ont fait ressortir l'existence d'une demande réelle de planification familiale de la part des femmes de ces localités rurales. La faiblesse de la couverture sanitaire contrariée par une demande bien réelle de la communauté crée un fossé qui n'est que partiellement résorbé par l'initiative OIP. Cet état de fait conduit la plupart des prestataires à soutenir l'efficacité de l'initiative, d'autant qu'elle semble avoir un impact réel sur les indicateurs de santé des localités concernées.

« De mon point de vue personnel, en tant que technicien, je peux dire que c'est une initiative à saluer pour au moins deux raisons fondamentales : nous sommes dans une zone où la couverture sanitaire est très faible et les villages très éloignés les uns des autres ; même les distances entre le poste de santé et certains villages qu'il polarise peuvent être très distants, allant parfois jusqu'à 25 kilomètres. Donc de ce point de vue, l'initiative permet de combler cette lacune en mettant à disposition le produit à côté des populations, donc ça améliore la couverture en PF ;

ensuite ça en facilite l'accès surtout géographique et financier (...). Il faut juste qu'elles soient bien encadrées et bien suivies »

(Médecin Chef de District)

« En milieu rural, le vrai problème des femmes, c'est les grossesses rapprochées et avec les charges de travaux domestiques et champêtres qu'elles ont, c'est très difficile (...). Et puis ce programme a permis de pouvoir parler plus facilement de ces questions dans la communauté car ici, c'est une communauté très conservatrice. Parler de PF c'est en quelque sorte parler de sexualité, alors que ça c'est un sujet extrêmement tabou (...). Les choses ont beaucoup évolué depuis lors car maintenant, ils organisent des causeries et plein d'autres activités qui abordent ces questions ». (Sage-femme).

Comme le révèlent les propos cités ci-dessus, les entretiens réalisés avec les prestataires de santé expriment tous une adhésion et une appréciation positive de l'initiative qui mettent en avant la faiblesse de la couverture des postes de santé.

En effet, les difficultés du système de santé, tel qu'il est configuré actuellement, à prendre en charge une part importante de cette demande implique que des schémas innovants, comme ceux basés sur une approche communautaire, soient pensés et appuyés. Selon les prestataires de santé rencontrés, l'approche OIP permet de ce point d'améliorer l'accès des populations qui va se traduire par un relèvement des indicateurs sanitaires pour le district couvert.

D'autre part, la mise à contribution des cases de santé dans ce processus à un autre avantage qui est de décongestionner les postes de santé pour un nombre non négligeable d'actes de consultations.

6.2.7. Une option qui réduit la charge de travail des ICP/SF au niveau Poste de santé

Dans les différentes localités visitées, l'ensemble des ICP interrogés au niveau des postes de santé adhèrent à l'initiative. Leur position dans la structure de la pyramide sanitaire fait qu'ils sont les plus directement interpellés par tout ce qui se passe au niveau de la case, d'autant ces dernières participent à la réduction de leur charge de travail par la prise en charge de tous les cas bénins liés notamment aux premiers traitements du paludisme, à la prise en charge des accouchements, à la tenue de séances de counseling et la délivrance des contraceptifs dans la limite des méthodes disponibles au niveau de la case. Cette relation directe qu'ils entretiennent avec les structures de santé communautaires fait d'eux les premiers à ressentir les impacts au niveau du poste, de tout ce qui se fait au niveau des cases de santé.

« Ici au poste on est presque toujours débordés (...) et comme la matrone a relativement un peu plus de temps que nous, la disponibilité de la pilule au niveau de la case réduit considérablement notre charge de travail, puisque toutes les femmes qui seraient venues pour ce besoin se limiteront au niveau de leurs cases respectives (...) »

(ICP).

Un autre aspect qui renforce la bonne appréciation que les ICP ont de l'initiative, c'est qu'ils sont ceux qui utilisent directement les rapports des activités réalisées au niveau de la case, dont les données sont intégrées dans celui à produire par le Poste de Santé. De ce fait, tous les efforts consentis au niveau de la case et des villages polarisés par celle-ci, sont capitalisés par le Poste de santé et donc par le District sanitaire. Une hausse de l'utilisation des méthodes de contraception modernes, une baisse des accouchements à risque ou encore une baisse de la mortalité maternelle, de quelque niveau qu'elle puisse être est donc directement profitable au poste de santé en termes de relèvement des indicateurs comme l'ont d'ailleurs souligné les ICP et les sages-femmes rencontrées.

« Moi je dirai que ça comporte plusieurs avantages sanitaires pour la population et pour nous aussi prestataires ; la disponibilité de la pilule à la case de santé peut favoriser son utilisation par les femmes ce qui du coup, réduit beaucoup les consultations liées aux grossesses rapprochées par exemple. Et l'autre chose c'est que ça relève nos indicateurs du point de vue de la couverture en PF. C'est une bonne stratégie pour atteindre les OMD »

(ICP)

Cependant, au-delà des avantages sanitaires que l'initiative OIP comporte pour les populations et le Poste lui-même, certains prestataires posent la question en termes de droits humains. Au-delà des aspects stratégiques de pertinence et d'efficacité, ils soutiennent l'idée d'une satisfaction d'un droit des populations. Cette perspective est d'autant plus pertinente, qu'elle sous-tend la question des inégalités sociales de santé et les inégalités d'accès entre catégories sociales liées notamment à leur lieu de résidence et à leur contexte de vie. Une des sages-femmes, coordonatrice SR que nous avons rencontré aborde cette question dans cet extrait :

« Rendre la PF disponible au niveau de la case, c'est régler avant tout un problème de droit au niveau de la communauté. Ce n'était pas évident d'y croire au début, moi-même j'étais très réticente à cette idée, ça me posait un problème pour être honnête, mais quand j'ai vu comment ces matrones exécutent leur travail, comment elles s'y prennent j'étais ébahie (...). C'est quelque chose d'extraordinaire, et je trouve que c'est une très bonne initiative. Quand elles sont bien capacités et bien formées, avec le suivi qu'il faut, elles font un travail remarquable. Et le fond

du problème c'est que ça règle un problème, une demande qui est là et qui n'est pas satisfaite (...) ». (Coordonatrice SR).

Les différents prestataires de santé interrogés dans les différentes localités considèrent l'apport de cette intervention comme bénéfique à la fois pour les populations dont l'accès aux services est renforcée et la santé collective améliorée, mais également pour les districts sanitaires dans la lutte contre certains problèmes sanitaires associés aux grossesses rapprochées (mortalité maternelle et infanto-juvénile par exemple). Il faut également noter que la mise en œuvre de cette initiative est apparue, du point de vue des prestataires de santé, notamment au niveau des postes de santé, comme améliorer les conditions de travail des ICP et des sages-femmes en allégeant leur charge de travail.

6.3. Analyse des facteurs de succès et des contraintes

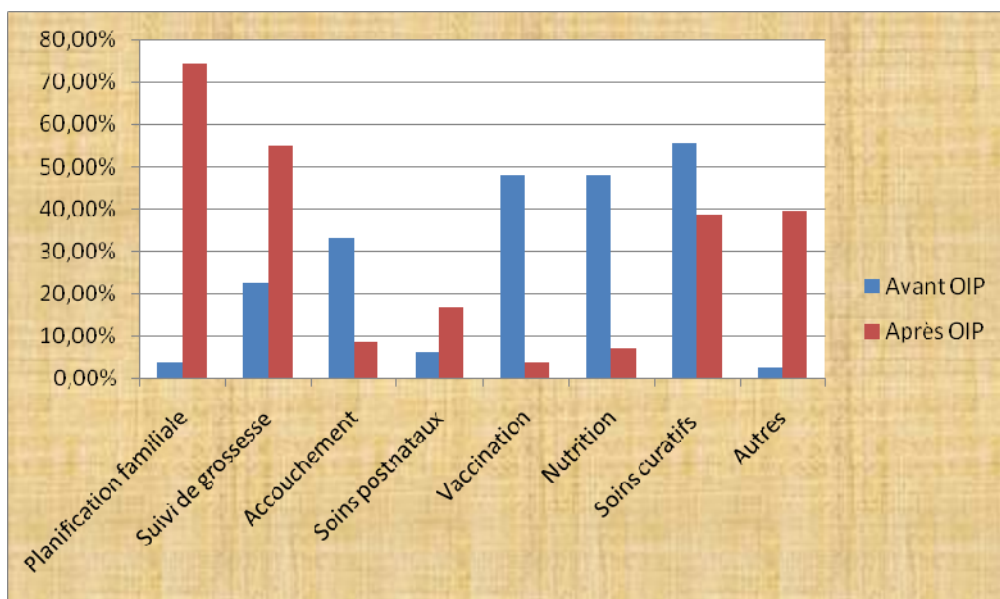
6.3.1. Impact positif sur les services sollicités dans les cases de santé

L'impact de l'intervention peut être mesuré à partir du rythme de fréquentation des cases de santé pour des services de santé de la reproduction. L'offre initiale de pilule contraceptive a entraîné une augmentation très nette du nombre de femmes qui fréquentaient les cases de santé pour des besoins contraceptifs. Une analyse de la fréquentation de la case de santé par les personnes interrogées a donné les résultats consignés sur le tableau ci-après.

Tableau 29 : Services sollicités par les utilisatrices (OIP) au niveau de la case de santé avant et après l'OIP

	Avant OIP		Après OIP	
	Effectif n= 222	Pourcentage	Effectif n=222	Pourcentage
Planification familiale	8	3,6%	165	74,3%
Suivi de grossesse	50	22,5%	122	55,0%
Accouchement	73	32,9%	19	8,6%
Soins postnataux	14	6,3%	37	16,7%
Vaccination	107	48,2%	8	3,6%
Nutrition	107	48,2%	16	7,2%
Soins curatifs	123	55,4%	86	38,7%
Autres	6	2,7%	88	39,6%

Source : Questionnaire individuel cliente



Avant l'avènement de l'offre initiale de pilule 3,6% des femmes s'orientaient vers la case pour un besoin contraceptif ; mais après l'OIP la proportion de femmes qui y venaient pour un besoin de PF est passée à 74,3%. Les suivis de grossesse sont passés de 22,5% à 55,0%. Sur le plan des soins postnataux on est passé de 6,3% à 16,7%.

On peut constater à l'inverse que les sollicitations de la cases pour des accouchements a subit une baisse remarquable en effet celle-ci passe de 32,9% à 8,6%.

On note cependant une forte augmentation de femmes utilisatrices qui fréquentent les cases de santé pour d'autres raisons, non identifier. Ce nombre est passé de 2,7% à 39,6% avec l'avènement de l'OIP.

6.3.2. Orientation des femmes vers la case de santé et dynamisme des utilisatrices OIP

Tableau 30 : Pourcentages des utilisatrices OIP orientés par les différents acteurs

	Effectif	Pourcentage
Matrone	78	35,1%
ASC	54	24,3%
ICP	16	7,2%
Relais	11	5,0%
Radio communautaire	9	4,1%
Sage-femme	8	3,6%
Autres (à préciser)	1	0,5%

Source : Questionnaire individuel cliente

Un des facteurs qui a contribué à la réussite de l'OIP est la participation active des matrones, des ASC, des ICP, des Sages-femmes et même de la radio communautaires. Une analyse de l'orientation des utilisatrices nous permet de voir leur influence sur le processus de l'OIP. On

constate que, les nouvelles clientes, pour la plupart, ont été orientées vers la case par ses principaux acteurs : la matrone (35,1%) et les ASC (24,3%). Les autres acteurs : ICP (7,2%), relais (5%), radio communautaire (4,1%), sage – femme (3,6%) ont joué un rôle mineur.

Tableau 31 : Pourcentage d'utilisatrices qui participent aux activités communautaires

	Effectif	Pourcentage
Oui	195	89,0 %
Non	24	11,0 %
Total	219	100,0 %

Source : Questionnaire individuel cliente

Le dynamisme des utilisatrices se mesure en partie dans la participation des utilisatrices OIP dans les activités communautaires. En effet, les nouvelles clientes ont, pour l'essentiel (89%), participé à des activités communautaires et sont bien impliquées dans les activités de groupe.

6.3.3. Une implantation communautaire assurée par une implication très réussie des groupes sociaux « les plus réticents » : les hommes, les religieux et les grands-mères

Les programmes communautaires, par leurs approches inclusives et de proximité, offrent les possibilités d'atteindre les différents groupes de la communauté, notamment les hommes, les leaders communautaires et autres groupes stratégiques qui sont généralement laissés pour compte par les programmes de planification familiale classiques.

Sans faire l'exception, l'initiative OIP n'aurait abouti à une acceptation sociale de la planification familiale moderne si ces trois groupes « barrières » n'avaient été enrôlés dans le processus. D'autant que leur adhésion à la PF moderne ne se fait jamais de manière spontanée.

« Dans ma zone l'acceptabilité de la PF n'était pas spontanément acquise. Seuls les mariés pouvaient accéder à ce service pensaient-ils. On a développé des stratégies pour mieux sensibiliser les populations. Cela consistait en des causeries des VAD, plaidoyers. Au début le taux de fréquentation était très faibles, de plus seules les femmes venaient, les hommes constituaient un grand obstacle, ils ne venaient pas répondre aux convocations, c'est pourquoi on a dû changer de stratégie pour les atteindre. Il fallait aller vers eux et à des heures plus favorables. C'est ainsi que nous avons opté pour les trouver dans les places publiques à 13 heures ou 14 heures »

(Agent du Projet, ADC Sandiara, Thiadiaye)

« Dans une des cases, le chef de village refusait catégoriquement que sa femme pratique la PF. Cette dernière était d'ailleurs indexée par les autres comme la seule qui faisait des grossesses rapprochées. Au fur et à mesure des sensibilisations le vieux a fini par accepter d'ailleurs nous l'avons formé comme leader et lors de nos rencontres son cas était toujours donné en exemple et

son statut de chef de village influençait les autres pour leur adhésion », (Agent du Projet, ADC Mbouma, Ndoffane)

« Il y a aussi la difficulté que constituaient certaines grands-mères à cause de la grande influence que ces dernières ont dans les familles. Certaines vont même jusqu'à dire qu'une femme doit accoucher tous les deux ans. Il fallait donc développer les stratégies grands-mères pour les sensibiliser. »

(Agent du Projet, Responsable de Zone, Sinthiou Godaguene)

Selon les discussions avec les matrones des cases de santé, avant l'introduction de l'OIP dans la case, *« il était absolument rare, même impossible de voir un homme poser des questions sur la PF (...) maintenant, en plus de se renseigner sur certains questions qui concernent la PF, il arrive que des hommes réfèrent ou mettent en rapport leurs épouses avec la matrone pour qu'elle la "contracepte" »*. Ceci traduit le début d'un changement, même limité, ça démontre que les choses commencent à bouger de ce point de vue.

Avec toutes ces résistances, il s'imposait d'imaginer des formules novatrices et des approches sur-mesure pour contourner ces difficultés. Il s'est agi donc de déployer un certain nombre de stratégies pour atteindre l'adhésion de certains groupes sociaux (grands-mères, religieux, chefs de villages ou coutumiers, hommes, etc.). C'est une démarche qui ne compromet pas l'équilibre ni l'ordre social établi, mais plutôt s'appuie sur cet ordre social établi pour en mobiliser les différentes ressources aux fins d'un meilleur accès des femmes à la contraception moderne.

Grâce à sa pleine participation, avec l'appui des leaders et des personnes influentes, la communauté aide à créer un environnement social de soutien, opportun et propice, qui facilite l'utilisation assumée de la pilule par les femmes. Le soutien social de la communauté légitime, au moins implicitement, le recours aux méthodes modernes sans risque de stigmatisation de la part des autres membres de la communauté. C'est une approche de compromis et non de tensions, qui consiste à faire passer ces leaders d'une position de « barrières » à une position de levier.

6.3.4. Difficultés et contraintes

Tableau 32 : Répartition des utilisatrices de pilules OIP selon les difficultés et contraintes rencontrés

	Effectif	Pourcentage
Aucune difficulté	212	96,8
ASC/Matrone absente depuis un mois	1	0,5
Oublis fréquents	1	0,5
Désaccord du mari	3	1,4
Paresse	1	0,5
Prise quotidienne contraignante	1	0,5
Total	219	100,0

Source : Questionnaire individuel cliente

Peu de difficultés ont été rencontrées par les utilisatrices de l'OIP. Sur un total de 219 utilisatrices interrogées sept (7) d'entre elles ont déclaré avoir eu des contraintes, dans l'utilisation de pilule contraceptive. Les types de difficultés rencontrés sont : le refus du mari (3cas), les prises quotidiennes contraignantes (3 cas) et l'absence de la matrone sur une période d'un mois. Toutes ces difficultés n'ont pas empêchées les utilisatrices de continuer la prise de la pilule.

6.3.5. Utilisation d'autres acteurs communautaires

Les entretiens réalisés indiquent le caractère largement partagé de l'idée d'étendre la formation à d'autres acteurs communautaires de la case, comme l'ASC. Le fait de ne former qu'une seule personne dans les cases de santé, en l'occurrence la matrone, comporte une certaine part d'insécurité dans les perceptions des communautés comme traduit dans les propos ci-après :

« C'est possible que la matrone soit assistée par d'autres acteurs communautaires parce qu'une seule personne n'est pas sagesse (kenn rekk woorul). Elle peut tomber malade ou avoir des besoins pour voyager donc si elle a des bras pour l'aider ça ne fait qu'avancer le travail. »

(Utilisatrice, 50 ans, mariée, 5 enfants, analphabète)

« C'est bien et nous le souhaitons pour que la matrone se repose un peu. Le village a pris de l'ampleur et celle est seule à assurer le travail, il y a un proverbe wolof qui dit que : (lu kenn mën, fukk a koko daq) de travail de 10 personnes n'est pas égal au travail d'une seule personne. Elle peut tomber malade on ne le souhaite pas ou vouloir voyager et si elle est seule elle ne pourra pas le faire. »

(Utilisatrice, 28 ans, mariée, 5 enfants, analphabète, vendeuse)

« Il y a aussi comme limite le fait de ne pas capacité le reste des ASC car dans certaines cases si la matrone est absente il se pose le problème de la personne qui peut la suppléer. Il y a aussi que le plus souvent, les ASC ont un meilleur niveau d'instruction de la matrone et le fait qu'ils peuvent plus facilement assure toutes les autres tâches administratives et comprendre plus facilement tous les documents et manuels. » (Agent du Projet)

L'importance de la case comme structure première de soins de santé primaire fait de sa fonctionnalité un enjeu important dans le vécu des populations rurales. Le fait de ne former qu'une seule personne, la matrone, avec tous les risques réels ou virtuels qu'elle puisse ne pas être disponible un jour pour toutes les raisons possibles (maladie, absence, voyage, etc.) amènent les populations à exprimer un souhait très appuyé qu'elle soit doublée par une seconde personne qui puisse assurer la continuité du service en cas d'indisponibilité

7. ANALYSE DES INDICATEURS POUR LE PASSAGE A L'ECHELLE

Tableau 33 : Indicateurs obtenus pour le passage à l'échelle

Critères	Items	Indicateurs	
Pertinence	Réponse aux besoins identifiés	1. Nombre de clientes PF depuis le début de l'OIP 2. Nombre d'acceptantes de PF depuis l'OIP 3. Nombre d'acceptantes de pilules depuis l'OIP 4. Nombre de cases enrôlés dans l'OIP 5. Pourcentage de cases OIP fonctionnelles (174 cases) 6. Pourcentage de personnes exposées aux messages de pf et qui sont devenues des utilisatrices OIP	5733 4101 3368 194 89% 54,8%
	En rapport avec les objectifs du PNDS	1. Nombre de FAR couvertes par les cases OIP 2. Couverture possible avec le passage à l'échelle	1441 cases de santé
Efficacité	Production de résultats attendus	1. Pourcentage des cases qui respectent les normes de gestion	98 %
		2. Qualité des services et compétences des matrones	
		o Pourcentage de nouvelles clientes satisfaites de la qualité des services	97,7 %
		o Maîtrise de l'accueil (bienvenue+entretien)	78,4%
		o Maîtrise de la gestion des rendez vous	96,1 %
		o Maîtrise de l'application de la check-list	94,1%
		o Maîtrise de la gestion des effets secondaires	92,2%
		o Maîtrise de la gestion des oublis	88,2%
o Maîtrise des renseignements (counseling initial)	88,2%		

Critères	Items	Indicateurs	
		o Maîtrise du remplissage des outils	82,4%
Impact	Effets bénéfiques sur les populations	1. Proportion et tendances d'acceptantes OIP par rapport au nombre de personnes exposées aux messages de PF	1170 54,8%
Equité/ genre	Equité, justice	1. Pourcentage de clientes qui ont bénéficié d'un counseling initial sur les méthodes disponibles 2. Pourcentage de clientes ayant choisi librement la méthode contraceptive désirée 3. Pourcentage de clientes qui jugent que les coûts des services sont abordables	95,9 % 90,8 % 96,8%

Les quelques indicateurs quantitatifs représentés sur le tableau ci-dessus nous permettent de mieux juger de la pertinence, de l'efficacité, de l'impact et de l'équité genre de l'offre initiale de pilule. Pour tous ces indicateurs, le niveau atteint est nettement au dessus de ce qui était attendu.

7.1. Pertinence de l'intervention

L'OIP répond aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), notamment aux objectifs 4 et 5 par la réduction du fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle et infanto-juvénile. Il contribue au repositionnement de la planification familiale qui est une priorité nationale.

Par son faible coût, elle facilite l'accès aux services de PF dans des zones où ces services étaient quasiment inexistants. Elle apporte ainsi une réponse significative à la question de l'accessibilité géographique.

7.1.7.2. Efficacité

L'intervention a produit les résultats attendus par une augmentation de l'utilisation des services de PF. Le nombre de clientes depuis le démarrage de l'OIP est estimé à 5733. Les acceptantes OIP, quant à elles, sont chiffrées à 4101 avec une proportion d'utilisatrice de pilules qui est de 82.12% (soit 3368).

Les résultats de la documentation montrent que les matrones, dans leur grande majorité, maîtrisent le processus de l'offre initiale de pilule. A titre d'exemple, la prise en charge des effets secondaires a été appropriée dans 86,8% des cas.

En ce qui concerne la gestion des oublis, le résultat obtenu est très satisfaisant. La prise en charge correcte selon le nombre de pilule et la rangée oubliée a été bonne dans 88,7% des cas. Les utilisatrices, dans leurs propos, ont souvent mentionné l'efficacité de l'intervention.

« Je pense que c'est une bonne initiative parce qu'on est y en bonne santé de même ses enfants »
(utilisatrice).

*« En tout cas, les populations sont contentes parce que la mortalité infantile est très réduite. Maintenant, nos maris ont gagné une économie ; maintenant, ils achètent moins l'ordonnance »
(Utilisatrice).*

La satisfaction était partagée par 97.7% des acceptantes OIP.

7.2.7.3. Pérennité

Dans les différentes localités où l'initiative OIP a été expérimentée, toutes les personnes interrogées, sans exception, ont émis le souhait de la continuité du projet. Ceci traduit indirectement son caractère bénéfique pour ces populations. Un engagement communautaire très soutenu est apparu dans les propos des hommes et des femmes interrogés, y compris les leaders communautaires. Dans les différents entretiens, des solutions et initiatives novatrices sont proposées pour une prise en charge par la population de la continuité de l'initiative, même en dehors de l'appui du projet.

« Pour assurer la continuité de l'initiative après la fin du projet nous pouvons nous mobiliser, faire des cotisations et avec l'argent obtenu, nous pouvons renforcer la case dans l'achat de médicaments ou autres. Nous pouvons aussi cultiver un champ collectif et après la récolte, vendre les produits et mettre l'argent dans une caisse allouée à la case. Sinon, nous pouvons faire des cotisations et avec la somme obtenue, nous pouvons satisfaire les besoins de la case. Nous pouvons aussi soutenir de l'argent dans nos caisses en tant que GPF ou association de femmes »

(Utilisatrice, 32 ans, mariée, 5 enfants, arabisante, ménagère).

« Pour continuer le travail à la fin du projet, nous pourrons, comme on a l'habitude de le faire pour tout projet, cultiver un champ collectif appelé "toolu mbootay" ».

(Utilisatrice, 28 ans, mariée, 5 enfants, analphabète, vendeuse)

Le seul fait de souhaiter la continuité du projet, et mieux, de proposer des modalités de prise en charge communautaire constituent des éléments pertinents d'appréciation du niveau d'appropriation de l'initiative par les communautés bénéficiaires. Celles-ci adhèrent très majoritairement à l'idée de cultiver un champ collectif (« toolu mbootay ») ou de recourir à d'autres modalités de contribution de la communauté pour la poursuite de l'initiative.

7.3.7.4. Réplicabilité

Les résultats obtenus révèlent l'efficacité de l'offre initiale de pilule en milieu communautaire.

La disponibilité des outils de formation, de supervision, de gestion et des produits de PF sont aussi des facteurs qui contribuent à la répliquabilité de l'OIP. A ces facteurs s'ajoutent la disponibilité et l'engagement du personnel communautaire en dehors des matrones.

7.4.7.5. Impact et Efficience

Avec 5733 clientes et 4101 acceptantes, l'OIP peut être jugée bénéfique pour les populations rurales. Le pourcentage d'acceptantes par rapport au nombre de personnes exposées aux messages de Pf (54.8%) témoigne de l'impact de l'OIP sur la prévalence contraceptive.

Les utilisatrices interrogées et la communauté reconnaissent les avantages de l'OIP qui inclut non seulement un gain de temps et d'argent, mais aussi une amélioration de la santé maternelle.

Les ressources humaines utilisées (matrones, ADC, relais communautaires, superviseur de district) sont disponibles et le coût moyen par case (environ 300 000 CFA par case) est acceptable.

7.5.7.6. Equité et Genre

Presque à l'unanimité (96.8%), les clientes jugent que les coûts des services sont abordables. L'OIP a ciblé les populations éloignées des services de santé avec probablement moins de moyens financiers.

On doit noter également l'implication des hommes dans les activités. D'ailleurs, certains couples ont amélioré leur communication sur la PF comme en témoignent les propos de cette matrone : *« il était absolument rare, même impossible de voir un homme poser des questions sur la PF(...) maintenant, en plus de se renseigner sur certaines questions qui concernent la PF, il arrive que des hommes réfèrent ou mettent en rapport leurs épouses avec la matrone pour qu'elle la "contracepte" » (Matrone)*

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'étude sur le processus de documentation de l'offre initiale de pilules par les matrones en milieu communautaires a montré que les matrones quand elles sont bien formées sont capables de réaliser l'administration correcte et sûre de pilules contraceptives ; au niveau des cases de santé. Aucun cas d'accident n'a été noté et tous les effets secondaires ont pu être gérés correctement, sur place.

Dans leur quasi-totalité les clientes utilisatrices des services de PF ont été satisfaites. Certes, quelques effets secondaires transitoires ont été observés mais ils étaient largement tolérables selon les utilisatrices. Par ailleurs, le suivi des matrones par les ICP et les sages femmes doit être renforcé car presque toutes les supervisions ont été réalisées par les agents du projet.

Au regard de ces données collectées dans cette recherche, il apparaît bien clairement que la faiblesse du recours à la contraception en milieu rural sénégalais semble résulter autant de l'offre que des représentations que les femmes et la communauté en général se faisaient de son usage. On voit bien que quand on intervient sur les raisons de leurs réticences, on aboutit à faire qu'elles entretiennent des rapports positifs à ces méthodes. La plupart des opinions négatives qu'elles se faisaient de la planification familiale moderne se construit sur les rumeurs et les expériences fâcheuses vécues par certaines de leurs proches (effets secondaires). Il apparaît donc que si l'on améliore leurs connaissances et leur compréhension de ces méthodes en les avertissant bien des effets secondaires probables et passagers, il est possible d'atteindre une adhésion encore plus large.

Cependant, il apparaît que dans les différentes activités et stratégies déployées, une faiblesse dans la prise en compte des besoins spécifiques des célibataires et des jeunes.

La spécificité du contexte sénégalais, notamment en milieu rural, où l'activité sexuelle des femmes célibataires est mal vue a entraîné un effet de contagion manifeste dans les différentes localités où la plupart des ADC ont éprouvé du mal à aborder ces questions avec les adolescents. Les activités destinées à cette cible, sont non seulement peu nombreuses, mais quand elles sont réalisées, elles se limitent à la sensibilisation sur des aspects généraux de la santé de la reproduction et des infections sexuellement transmissibles (IST). La fourniture et l'information sur la disponibilité des méthodes sont peu évoquées ; elle l'est plutôt à l'adresse des jeunes garçons pour l'utilisation des préservatifs, et jamais aux adolescents ou jeunes femmes célibataires pour une éventuelle utilisation des pilules contraceptives. Les acteurs

communautaires sont plus disposés à répondre aux besoins des adolescents de sexe masculin qu'à ceux des adolescentes.

Recommandations

1) Prendre en compte les besoins spécifiques des jeunes et des célibataires

Réfléchir à développer des stratégies qui puissent mieux s'adresser plus spécifiquement à la cible des jeunes qui n'est pas prise en compte comme le sont toutes les autres catégories sociales que sont les femmes adultes en union, les hommes, les leaders communautaires, etc. Pour chacune de ces cibles, des activités spécifiques et pertinentes sont déroulées alors que pour les jeunes et les adolescents, les seules activités déroulées se limitent à des sensibilisations générales et informatives.

2) Motiver les agents communautaires

Mais indépendamment du modèle retenu, les questions qui reviennent sur le tapis ont tendance à être toujours les mêmes. Quelle est la meilleure façon de motiver les agents ?

Des recherches ont montré que les agents rémunérés font du meilleur travail que les volontaires, selon le Population Council sur la base de l'examen de plus de 200 rapports et études sur des projets appuyant une distribution à base communautaire en Afrique.

Repenser les modalités d'une motivation symbolique certes, mais raisonnable des agents communautaires intervenant au niveau de la case, en particulier les matrones et les agents de santé communautaires (ASC).

3) Assurer un encadrement soutenu et régulier par les ICP et les sages-femmes

En dehors du versement d'un salaire, les autres facteurs qui influencent la productivité des agents sont l'encadrement et la participation de la communauté.

Dans cette phase expérimentale l'encadrement et le suivi par l'équipe du district et des ICP a été le maillon faible de l'expérience.

Nécessité de renforcer la supervision, il est recommandé de respecter rigoureusement un calendrier mensuel ou bimensuel.

4) Envisager la formation continue des matrones, notamment par la mise en place d'un système de recyclage régulier des matrones et des ASC

La plupart des matrones n'ont reçu aucune autre formation en dehors de la formation initiale ; envisager des cours/séances de recyclages périodiques tous les 6 mois, puis tous les ans.

En résumé, pour assurer la pérennité et garantir une bonne qualité de l'offre de pilule en milieu communautaires il faudra :

- ✓ Améliorer la qualité de l'encadrement des matrones par un suivi régulier et un recyclage
- ✓ Revoir le système de motivation des matrones
- ✓ Assurer une bonne appropriation par les districts
- ✓ Elargir la formation à d'autres acteurs communautaires
- ✓ Etudier les possibilités d'élargir la gamme de méthodes fournies au niveau de la case