

#UNIVERSITÉSENGHOR

université internationale de langue française  
au service du développement africain

SN

# Qualité de mise en œuvre des services de santé sexuelle et reproductive auprès des adolescent(e)s et jeunes par le projet JADES 2 au Niger en 2021

Présenté par

**Alphonse Euphrème AHLOU**

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité Santé Publique Internationale

le 27 Septembre 2021

Devant le jury composé de :

Pr. Roger SALAMON Président  
Directeur Honoraire de l'ISPED

Pr. Patrick THONNEAU Examineur  
Directeur du Département Santé

Pr. Pierre Traissac Examineur  
Ingénieur de recherche, IRD, Montpellier

## Remerciements

- Au Directeur du Département Santé de l'Université Senghor à Alexandrie, Dr **Patrick THONNEAU**,

Nos sincères gratitude pour les efforts d'accompagnement pendant ce cursus de Master.

- Au Directeur de mémoire, Dr **SAIZONOU Zinsou Jacques**, Maître de Conférences Agrégé en Santé Publique et Epidémiologie à l'Institut Régional de Santé Publique-Comlan Alfred QUENUM Ouidah,

En dépit de vos multiples occupations professionnelles, vous avez accepté de diriger avec diligence, ce travail jusqu'au bout. Daignez trouver ici, cher maître, le témoignage de notre gratitude.

- A toute l'équipe de Solthis et particulièrement Dr **Roubanatou ABDOULAYE-MAMADOU**, Cheffe de Mission solthis Niger, **Etienne GUILLARD**, Responsable renforcement des systèmes de santé, **Léa MERILLON**, **Aurélié PHILIPPS** et **Mélanie VION**, référentes techniques.

C'est l'occasion pour moi de vous remercier pour votre disponibilité et les expériences partagées pour mon stage. Veuillez trouver ici l'expression de mon admiration pour le travail remarquable que vous accomplissez.

- A mes Tuteurs de stage, Monsieur **Seydou DIARRA**, Chef de projet JADES 2 et Dr **Mahamadou BALARABE**, Responsable Offre des services SSR du projet JADES.

Merci infiniment pour votre accompagnement.

- Aux collègues **FANTODJI Canisius**, **ABOUBACAR Amina** et **TABOE Beugard**,

Merci pour votre appui pour la réalisation de ce travail.

- A tous mes collègues de promotion, en l'occurrence **Nacheley**, **Moriaque**, **Dhayaou**, **Jacques**, **Basilia**, **Cherline** et toute l'équipe de We Women,

En souvenir de nos joies et de nos peines. Je vous souhaite une brillante et joyeuse carrière.

## **Dédicace**

Je dédie ce mémoire à **Ma famille,**

Ce travail est tout d'abord le vôtre. Je ne saurai jamais vous remercier pour tant de sacrifices consentis durant toutes ces années. Que Dieu vous bénisse.

« Le succès est la tranquillité d'esprit, c'est le résultat de l'autosatisfaction de savoir que vous avez fait de votre mieux pour devenir le meilleur »

**John Wooden**

## Résumé

**Contexte** : Chaque année des milliers de jeunes et adolescents sont confrontés aux fléaux de grossesses précoces et non désirées et aux infections sexuellement transmissibles comme le VIH. Il devient important de mettre en place des services adaptés et répondant aux besoins des adolescents et jeunes afin d'endiguer ces fléaux. La qualité de ces services est devenue un facteur déterminant non seulement pour l'efficacité et l'efficience des projets et programmes de santé sexuelle et reproductive comme le projet JADES 2 mais également un élément essentiel du continuum des services auprès des bénéficiaires. L'objectif de cette étude est d'étudier la qualité de mise en œuvre des services SSR destinés aux adolescents et Jeunes par le Projet JADES 2 au Niger en 2021.

**Méthode** : Il a été mené une étude transversale évaluative avec une enquête quantitative et qualitative fondée sur la théorie de Donabedian et Bruce sur la période du 10 Mars au 15 Août 2021 au Niger. L'évaluation a été effectuée à l'aide de l'exploitation des données de supervisions, d'administration de questionnaire et d'entretiens semi dirigés dans 9 centres de Santé Intégrés et Centres amis des Jeunes. Sur l'ensemble de ces sites, ont été considérés et interviewés, 203 adolescents et jeunes et 9 agents de santé impliqués dans l'offre des services SSR. L'indicateur composite (IC) développé par l'Organisation Mondiale de la Santé a été utilisé. Le coefficient alpha de Cronbach a été utilisé pour évaluer la fiabilité des informations collectées sur les 71 indicateurs considérés. Ils ont permis de déterminer le score de la structure et des processus de la qualité des services. Les services sont jugés de bonne qualité si  $IC \geq 75\%$  ; moyenne si  $50\% \leq IC \leq 74\%$  et faible si  $IC \leq 49\%$ . Des tests Khi-deux ont été réalisés. Les modèles de régressions logistiques construits ont permis l'estimation des odds ratio (OR) et des intervalles de confiance à 95 %.

**Résultats** : Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,93 pour l'indicateur composite de mesure de la qualité et le score de qualité obtenu sur le projet était de 67%. La majorité des adolescents et jeunes questionnés (56%) était très satisfaite des services reçus et 65% connaissait au moins deux (02) moyens de prévention des IST et trois (03) méthodes de prévention des grossesses précoces. Les facteurs de satisfaction étaient le temps d'attente court (OR=4.63 ; 95% IC : 1.60-13.41), le respect du choix (OR=3,48 ; 95% IC : 1,75-5,2), la mise en confiance (OR=2,31 ; 95% IC : 1,18-3,44), l'accueil amical (OR=1,82 ; 95% IC : 0,62-3,03), des services moins chères (OR=2,02 ; 95% IC : 0,87-4,16) et le centre de santé visité.

**Conclusion** : Les services de santé sexuelle et reproductive mis en œuvre par Projet JADES 2 sont de qualité acceptable. L'étude a relevé des écarts au niveau des processus d'offre des services notamment la confidentialité et la disponibilité des intrants et médicaments.

## Mots-clefs

Qualité des services, santé sexuelle, santé reproductive, adolescent et jeune, connaissance, satisfaction, Théorie de Donabedian et Bruce, Projet JADES 2, Niger.

## Abstract

**Context:** Every year thousands of young people and adolescents are confronted with the scourge of early and unwanted pregnancies and sexually transmitted infections such as HIV. It is becoming important to put in place services that are adapted and respond to the needs of adolescents and young people in order to curb these scourges. The quality of these services has become a determining factor not only for the effectiveness and efficiency of sexual and reproductive health projects and programmes such as the JADES 2 project, but also an essential element of the continuum of services for beneficiaries. The objective of this study is to investigate the quality of implementation of adolescent and youth SRH services by the JADES 2 Project in Niger in 2021.

**Method:** A cross-sectional evaluative study was conducted with a quantitative and qualitative survey based on Donabedian and Bruce's theory over the period from 10 March to 15 August 2021 in Niger. The evaluation was carried out using supervision data, questionnaire administration and semi-directed interviews in 9 Integrated Health Centres and Youth Friendly Centres. Across these sites, 203 adolescents and young people and 9 health workers involved in the provision of SRH services were considered and interviewed. The composite indicator (CI) developed by the World Health Organisation was used. Cronbach's alpha coefficient was used to assess the reliability of the information collected on the 71 indicators considered. They were used to determine the structure and process score of the quality of services. Services were considered to be of good quality if  $CI \geq 75\%$ ; average if  $50\% \leq CI \leq 74\%$  and poor if  $CI \leq 49\%$ . Chi-square tests were performed. Logistic regression models were constructed to estimate odds ratios (OR) and 95% confidence intervals.

**Results:** The Cronbach's alpha coefficient was 0.93 for the composite indicator of quality measurement and the quality score obtained on the project was 67%. The majority of the adolescents and young people questioned (56%) were very satisfied with the services they received and 65% were aware of at least two (02) ways of preventing STIs and three (03) ways of preventing early pregnancy. Factors of satisfaction were short waiting time (OR=4.63; 95% CI: 1.60-13.41), respect for choice (OR=3.48; 95% CI: 1.75-5.2), confidence (OR=2.31; 95% CI: 1.18-3.44), friendly reception (OR=1.82; 95% CI: 0.62-3.03), less expensive services (OR=2.02; 95% CI: 0.87-4.16) and the health centre visited

**Conclusion:** The sexual and reproductive health services implemented by Project JADES 2 are of acceptable quality. The study found gaps in the processes of service delivery, including confidentiality and the availability of inputs and drugs.

## Keywords

Quality of services, sexual health, reproductive health, adolescent and youth, knowledge, satisfaction, Donabedian and Bruce theory, JADES 2 project, Niger.

## Liste des acronymes et abréviations utilisés

- CAJ : Centre Ami des Jeunes
- CEDEF : Convention sur l'Élimination de toutes formes de Discrimination à l'égard des Femmes
- CHR : Centres Hospitaliers Régionaux
- CIDE : Convention Internationale des Droits des Enfants
- CNRJ : Centre National de Référence des Jeunes
- CNSR : Centre National de la Santé de la Reproduction
- CSI : Centre de Santé intégré
- CSME : Centres de Santé de la Mère et de l'Enfant
- DS : Districts Sanitaires
- DSAJ : Direction de la Santé des Adolescents et Jeunes
- DSSR : Droits de la Santé Sexuelle et Reproductive
- EQUIPOP : Equilibre et Population
- HD : Hôpital du District
- IQFP: Interpersonal Quality of Family Planning
- IST : Infection Sexuellement Transmissible
- JADES : Jeunes Adolescents En santé
- MGF : Mutilation Génitale Féminine
- MS : Ministère de la Santé
- MST : Maladie Sexuellement Transmissible
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG : Organisation Non Gouvernementale
- OSC : Organisation de la Société Civile
- PF : Planification Familiale
- PVVIH : Personne Vivante avec le VIH
- SIDA : Syndrome d'Immuno- Déficience Acquise
- SMI : Soins Maternels et Infantiles
- SOLTHIS : Solidarité Thérapeutique et Initiatives pour la Santé
- SSP : Soins de Santé Primaires
- SSR : Santé Sexuelle et Reproductive
- SSR : Santé Sexuelle et Reproductive
- SSRAJ : Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et Jeunes
- UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population
- UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
- VBG : Violences Basées sur le Genre
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Tables des matières

Remerciements .....	i
Dédicace .....	ii
Résumé .....	iii
Abstract .....	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	iv
Tables des matières.....	vi
Introduction.....	1
Hypothèse de recherche .....	5
Objectif général .....	6
Objectifs spécifiques .....	6
1 Généralité.....	7
1.1 Définition des concepts.....	7
1.2 Outils et méthodes de mesure de la qualité des soins de santé .....	9
1.3 La qualité des soins, approches de Donabedian.....	10
1.4 La qualité des services de planification familiale selon Bruce .....	12
1.5 Une approche normative pour améliorer la qualité des services destinés aux adolescents selon l’OMS .....	14
1.6 Le cycle d’amélioration de la qualité .....	15
1.7 L’approche de Gestion Axée sur les Standards et Récompenses .....	16
1.8 Modèle théorique de l’étude .....	17
2 Cadre et méthode d’étude .....	18
2.1 Cadre d’étude.....	18
2.1.1 Présentation du Niger .....	18
2.1.2 Présentation du projet JADES 2 .....	19
2.1.3 Description des Centres de Santé Intégrés (CSI) et des Centres Amis des Jeunes (CAJ) .....	20
2.2 Méthode d’étude .....	21
2.2.1 Population d’étude.....	21
2.2.2 Exploitation documentaire et enquête par questionnaire .....	21
2.2.3 Entretien semi dirigé .....	24
2.3 Difficultés rencontrées pendant la collecte des données.....	25
2.4 Aspects éthiques et règlementaires de l’étude .....	25
2.5 Calendrier de l’étude.....	25

3 Résultats .....	26
3.1 Score de qualité des CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2 au Niger en 2021 .....	27
3.2 Connaissances en SSR et perception des adolescents et jeunes sur les services reçus dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES en 2021 .....	29
3.3 Analyse des données qualitatives des entretiens auprès des professionnels de santé des CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2.....	40
4 Discussion .....	44
4.1 Rappel des principaux résultats .....	44
4.2 Forces et limites de l'étude .....	49
4.3 Recommandations .....	50
Conclusion .....	51
Perspectives .....	52
Références bibliographiques.....	53
Liste des illustrations.....	viii
Liste des tableaux.....	viii
Glossaire.....	ix
Annexes.....	x
Annexe 1 : Aspects opérationnels des composantes « structure et processus » (données d'exploitation documentaire) .....	x
Annexe 2 : Appréciation des éléments des composantes « structure et processus » de mise en œuvre des services SSR .....	xv
Annexe 3 : Aspects opérationnels des variables du composant « résultat » de la qualité des services SSR (questionnaire d'enquête) .....	xvi
Annexe 4 : Guide d'entretien .....	xx
Annexe 5 : Rétroplanning rédaction mémoire.....	xxi
Annexe 6 : Présentation des OSC et partenaires mettant en œuvre le projet JADES 2. ....	xxii

## Introduction

La santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes est un véritable enjeu de santé et de développement dans le monde. En effet, les adolescents et jeunes constituent une ressource précieuse pour les pays ; cependant ils courent également un risque accru de mortalité et de morbidité en raison des événements qui peuvent entraver leur santé physique, mentale et sociale (Blum *et al.* 2012 ; Patton *et al.* 2012 ; Sawyer *et al.* 2012).

Les grossesses précoces ou non désirées et les infections sexuellement transmissibles (IST) constituent les principaux fléaux qui menacent la vie des adolescents et jeunes (United Nations, 2015). Environ 12 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans accouchent chaque année. Au moins 777 000 adolescentes de moins de 15 ans accouchent dans les régions en développement et 58% de ces grossesses ont lieu en Afrique en 2016 (Starrs *et al.* 2018). On estime qu'en 2019 dans le monde, 5 millions d'adolescents et jeunes de moins de 25 ans vivent avec le Virus Immunodéficience Humaine (VIH) et trois filles de 15 à 19 ans sur quatre ont un risque plus élevé de contracter une nouvelle infection au VIH en Afrique subsaharienne (Santhya & Jejeebhoy, 2015). Ces IST, y compris le Virus Papilloma Humain (HPV) sont fréquemment contractées chez les jeunes (moins de 25 ans) au cours de leurs premières années de reproduction (Chesson *et al.* 2017).

Bien que les grossesses constituent la première cause de mortalité et de morbidité auprès des adolescents en Afrique et entraînent chaque année des milliers d'avortements non sécurisés (OMS, 2014 ; Leye *et al.* 2015) et que les IST soient responsables de la stérilité ou la transmission des infections de la mère à l'enfant (Jawad *et al.* 2019), les impacts les plus visibles de ces deux fléaux résident dans le domaine psychosocial. En effet, ils contribuent à une perte d'estime de soi, l'abandon scolaire et/ou professionnel, le rejet par la famille, une destruction des projets de vie, une fragilité sanitaire et le maintien du cercle de la pauvreté. Les adolescentes enceintes ou ayant contracté le VIH ont un niveau d'instruction inférieur et sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté (Chandra-Mouli *et al.* 2014).

Le Niger, pays de l'Afrique subsaharienne a une population jeune constituée de 51,6% de moins de 15 ans <sup>1</sup>. Selon le dernier recensement (RGPH, 2012) <sup>2</sup>, 77% des jeunes filles sont mariées avant l'âge de 18 ans alors que l'âge de la première union est de 15,7 ans et les premiers rapports sexuels ont lieu à 15,9 ans (EDSN MICS IV, 2012) <sup>3</sup>. Le taux de fécondité des adolescentes est le plus élevé au monde (206 ‰ selon EDSN MICS IV de 2012) avec un taux de natalité de 151/1000. A cette forte fécondité s'ajoute une forte mortalité maternelle. 34,4% des décès enregistrés dans les maternités des services de santé publique surviennent

---

<sup>1</sup> RN-ODD : Rapport National Volontaire sur les ODD Niger, disponible à <https://sustainabledevelopment.un.org>

<sup>2</sup> RGPH : Recensement général de la population et de l'habitat, disponible à <http://www.finances.gouv.ne>

<sup>3</sup> EDSN : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples, disponible à <http://stat-niger.org>

chez des adolescentes de 15-19 ans suite à des complications obstétricales. Les besoins non satisfaits en Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) auprès des adolescents et jeunes sont élevés avec de fortes inégalités au regard des femmes en union. La prévalence du VIH est de 1% contre 0,7% dans la population générale, le taux de contraception chez les femmes en âge de procréer est de 13,1% et un accès limité à l'information sur la planification familiale de 16% (EDSM, 2012).

Ces faibles performances selon le Ministère du plan en 2020 sont la conséquence de deux principaux freins : des facteurs socioculturels liés aux tabous autour de la sexualité, aux inégalités de genre, le faible pouvoir décisionnel des jeunes et une demande et une offre de services limités en matière de SSR du fait des barrières socio-culturelles et de la faiblesse du système de santé. Les adolescents et jeunes fréquentent peu les centres de santé notamment pour des conseils et soins SSR, de peur d'être identifiés, jugés voire discriminés (Equipop, 2014). Cette difficulté d'accès aux services SSR par les adolescents et jeunes peut être aussi due à la mauvaise qualité des services qu'ils reçoivent dans les centres de santé. Selon l'UNFPA WCARO en 2019 l'accès à des services de SSR de haute qualité dans de nombreux pays à faible revenu reste sous-optimal et a conduit à des résultats de santé médiocres.

En effet, les services de santé sexuelle et reproductive rencontrent le plus souvent des échecs sociaux. En réponse, de nombreux donateurs internationaux et décideurs nationaux ont commencé au début des années 1990 à se concentrer sur les caractéristiques de la prestation des services de planification familiale, avec un intérêt croissant pour une dimension jusque-là négligée des programmes et projets de SSR : la qualité des soins (Tumlinson *et al.* 2014).

Le soutien massif et généralisé à la promotion de la qualité des services dans les programmes de planification familiale a été influencé par la mise en place, en 1990, d'un cadre formel décrivant les éléments essentiels de la qualité des soins (Bruce, 1990 ; Hull, 1996). Bruce déclare que les six éléments inclus dans son cadre pour la qualité des soins dans les programmes de planification familiale « reflètent six aspects des services que les clients jugent essentiels » ; ceux-ci incluent choix des méthodes, informations données aux clients, compétence des prestataires, relations interpersonnelles, mécanismes de suivi et des services appropriés (Bruce, 1990).

La qualité des services SSR bien qu'elle soit difficile à mesurer constitue la pierre angulaire dans l'amélioration de la performance des projets et programmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes (Assaf *et al.* 2017). Elle est de plus en plus recherchée parce que les programmes se mettent en place dans un contexte de ressources limitées : budget faible pour la santé avec une tendance à se réduire davantage, une exigence des clients qui connaissent de plus en plus leurs droits, une faible utilisation des services de santé et surtout la constatation des échecs dans l'offre des services SSR (Starrs *et al.* 2018).

Une étude menée aux Philippines a montré l'importance de la qualité des services de planification familiale. En effet, lorsque les femmes ont reçu des services de qualité, leur utilisation augmentait considérablement (RamaRao *et al.* 2003). Des recherches ont montré

que les femmes qui recevaient des soins de bonne qualité dans les établissements de santé étaient plus susceptibles d'utiliser une méthode contraceptive que d'autres. Plus précisément, il a été constaté que la fourniture de conseils aux clientes pendant les services de planification familiale améliorerait à la fois les résultats à court terme tels que l'amélioration des connaissances et de la satisfaction à l'égard des services, ainsi que les résultats à long terme tels que l'augmentation de l'espacement des naissances et l'utilisation continue des méthodes modernes de contraception (Abdel-Tawab & Roter 2002 ; Zapata *et al.* 2015).

De plus, la qualité rapproche le client, le prestataire et ses collègues. Elle permet de faire un travail d'équipe, surtout d'augmenter le nombre d'utilisateurs des services et de réduire les abandons. Mieux : « une haute qualité est rentable » (Díaz & Díaz, 1993).

Dans une analyse longitudinale au Bangladesh, Koenig en 2003 a aussi constaté que les femmes avaient une probabilité 60% plus élevée d'adopter une méthode moderne et une probabilité d'un tiers plus faible d'arrêter la méthode si elles recevaient des services de planification familiale de meilleure qualité de la part des agents de terrain.

En outre, la manière dont les adolescents et jeunes agissent en fonction des informations et des services reçus dépend de l'accueil du prestataire et de l'expérience globale de leur visite clinique. Aussi, leurs perceptions sur la qualité et la satisfaction à l'égard des soins influencent leur engagement à continuer les services (Jain, 1989 ; Arends-Kuenning & Kessy, 2007 ; Mariko, 2003).

Selon une étude réalisée par l'UNFPA dans 5 provinces du Laos, il a été constaté que la qualité de la prestation des services variait et était affectée principalement par la communication, les soins cliniques ainsi que les compétences des prestataires de services et les fournitures de matériels (Thongmixay *et al.* 2020).

Telle que définie par (Donabedian, 1988), pionnier de l'évaluation de la qualité des soins de santé, il existe trois dimensions permettant d'avoir une qualité optimale des soins. Il s'agit de la structure (dotation en personnel, formation et qualification du personnel, approvisionnement, équipement, appareils et technologie, locaux...), le processus (aspects techniques et interpersonnels, de performance et de conformité des services avec les bonnes pratiques professionnelles) et les résultats (connaissance et satisfaction du client, état de santé...). Selon Berwick en 2002, les soins de qualité devront être : efficaces, efficientes, accessibles, acceptables/centrés sur le patient, équitables et sûres.

L'OMS a élaboré les normes mondiales des soins de santé destinés aux adolescents et jeunes en se fondant sur l'évaluation des besoins de ces derniers (OMS, 2015). Au nombre de huit (8), elles prennent en compte les volets de : connaissances des adolescents en matière de santé ou la littératie en santé, soutien de la communauté, ensemble de services approprié, compétences des prestataires, caractéristiques de l'établissement, équité et non-discrimination, données et amélioration de la qualité, et la participation des adolescents (Nair *et al.* 2015).

Mulugeta *et al.* en 2019 dans leur étude sur la qualité des services SSR en Ethiopie décrivent les principaux domaines de soins qui influencent les expériences des patients au cours de leur visite clinique et ont démontré leurs influences sur l'engagement de la continuité des soins de reproduction. Ces domaines comprennent : l'accessibilité, des interactions respectueuses avec le client et le personnel, des soins efficaces et efficacement organisés, une structure et des installations confortables et propres, des soins centrés sur la personne, une communication et une information efficaces et suffisantes, et des soins techniquement efficaces.

Pour Tumlinson *et al.* en 2014, la qualité peut être vue à partir de la structure du programme, du processus de prestation des services et des résultats des soins. Le résultat des soins consiste en la connaissance, le comportement et la satisfaction du service.

Quant à Mazur *et al.* 2018 dans sa revue systématique, douze (12) domaines influencent la qualité des services de santé sexuelle adaptés aux adolescents et jeunes : l'accessibilité des services, l'acceptabilité, les soins appropriés, l'équité des services, les services efficaces, les procédures administratives simplifiées, les caractéristiques et compétences du personnel, la confidentialité et la vie privée, les activités pédagogiques, l'environnement, les services fournis et la participation des jeunes.

Selon Stein en 1996 dans une étude transversale réalisée sur la qualité des services soins maternels et infantiles (SMI) et de planification familiale réalisée au Tanzanie, au Kenya et au Botswana la perception d'une qualité élevée des services était liée à la satisfaction de la visite, la réception de service et d'information, un temps de visite suffisant, une écoute active, une autorisation des questions et une explication des procédures et une réponse aux questions. Il conclut également que généralement les clientes sont satisfaites des services mais le problème majeur se retrouve dans le manque de communication et la distribution quasi inexistante des matériels pédagogiques. Alors que Johns *et al.* en 2020 utilisant l'échelle de qualité interpersonnelle (IQFP) ressortent que la fourniture de conseil de haute qualité centrée sur le client améliore leur capacité à une utilisation continue des services de planification familiale.

Ainsi, pour améliorer la qualité, Díaz & Díaz en 1993 recommandent d'obtenir l'engagement de la direction, de rester proche de l'utilisateur des services, d'améliorer les conditions de travail des prestataires, de mesurer la qualité et de la récompenser. Il est également reconnu que l'amélioration de la qualité est un processus continu et que les normes constituent un document dynamique qui évoluera à mesure que les services s'efforceront progressivement de répondre aux normes de soins pertinents et attendus (Department of Health, Australie, 2010).

La littérature existante est axée sur l'évaluation des facteurs qui affectent l'utilisation des services notamment les services cliniques chez les femmes adultes ou en couple. Elle se concentre sur l'obtention de soins sans mesurer leur satisfaction (Pilgrim *et al.* 2018). Les études concernant spécifiquement les adolescents et jeunes intégrant le volet qualité des

services comme facteurs essentiels d'utilisation continue des services SSR sont inexistantes. Alors que l'objectif de l'évaluation consiste à étudier non pas seulement le processus de soins lui-même, mais les contextes dans lesquels il se déroule et les instruments dont il est le produit (Donabedian, 1988).

L'un des aspects importants dans l'offre de service SSR aux adolescents et jeunes est de créer les meilleures conditions d'accueil et un circuit de soin facilité (Nair *et al.* 2015 ; UNFPA WCARO, 2019). La qualité ne saurait être appréciée sans prendre en compte la perception sur l'organisation de la structure et des processus de soins par les adolescents et jeunes eux-mêmes et la satisfaction et les connaissances de ces derniers. Au Sénégal, une analyse de la qualité des services de planification familiale a montré que les conseils concernant les maladies sexuellement transmissibles (MST) et le VIH/SIDA étaient pratiquement inexistantes (Projet Afrique OR / TA II, 1995). Au Niger, les données concernant la qualité des services SSR aux adolescents et jeunes sont inexistantes.

Le projet JADES (Jeunes Adolescents En Santé) une initiative conduite par Solthis<sup>4</sup>, Equipop<sup>5</sup> et l'ONG Lafia Matassa<sup>6</sup> est né en 2017 et est à sa phase II. Son objectif général est d'améliorer l'accès des jeunes et adolescents aux Droits à la Santé Sexuelle et Reproductive (DSSR), en travaillant au renforcement à la fois de l'offre et de la demande, mais aussi au renforcement de leurs capacités d'agir à la réduction des nouvelles infections au VIH, des grossesses non désirées au Niger. En outre, il vise à accroître la qualité des services SSR offerts aux adolescents et jeunes.

Afin d'atteindre cette mission, il nous a semblé important de savoir : quels sont les facteurs, y compris le centre de santé et les services offerts, les caractéristiques des prestataires et des clients, qui sont associés à la qualité des services de santé sexuelle et reproductive auprès des adolescents et jeunes de 10 à 24 ans au Niger ?

A l'aide d'approches quantitative et qualitative, cette étude permettra de mettre en place une démarche qualité dans l'offre de ces services afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience du projet. Son intérêt réside du fait qu'elle utilise une approche centrée sur les adolescents et intégrant les normes de l'OMS, sur une base théorique de Donabedian et de Bruce.

---

<sup>4</sup> Solthis : Solidarité thérapeutique et initiatives pour la santé et une ONG de santé mondiale, présente dans 6 pays (voir annexe 6).

<sup>5</sup> Equilibres & Populations travaille à améliorer les conditions de vie et le statut des femmes, facteur essentiel d'un développement juste et durable.

<sup>6</sup> Lafia Matassa est une ONG nigérienne dont la mission est de contribuer à la promotion de la santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents, à la prise en charge des IST/VIH/SIDA et à la promotion du genre.

## **Objectif général**

Etudier la qualité des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) offerts aux adolescents et jeunes dans les centres Amis de Jeunes (CAJ) et des Centres de Santé Intégrés (CSI) ciblés par le projet JADES 2 au Niger en 2021.

## **Objectifs spécifiques**

- 1) Déterminer le niveau de qualité des services SSR reçus par les adolescents et jeunes des centres Amis de Jeunes (CAJ) et des Centres de Santé Intégrés (CSI) ciblés par le projet JADES 2 au Niger en 2021.
- 2) Apprécier les connaissances en SSR, les perceptions et la satisfaction des adolescents et jeunes des services SSR reçus dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2 au Niger en 2021.
- 3) Identifier les obstacles à l'amélioration de la qualité des services SSR dans les différents CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2 au Niger en 2021.

## **Hypothèse de recherche**

H1 : L'organisation générale des services et le fonctionnement des services sont les facteurs qui entravent la qualité des services offerts aux adolescents et jeunes des centres de santé intégrés (CSI) et des centres amis de jeunes (CAJ) ciblés par le projet JADES 2.

H2 : Les adolescents et jeunes reçus dans les centres de santé intégrés (CSI) et les centres amis de jeunes (CAJ) ciblés par le projet JADES 2 ont une bonne connaissance des moyens de prévention des grossesses non désirées et des IST.

# 1 Généralité

## 1.1 Définition des concepts

L'adolescence est définie selon l'OMS comme la période comprise entre 10 et 19 ans. Il s'agit du continuum des changements physiques, cognitifs, comportementaux, caractérisés par une augmentation de l'autonomie individuelle, par un affermissement de l'identité et de l'estime de soi ainsi que par une indépendance progressive vis-à-vis des adultes. C'est à la très jeune adolescence que l'on commence à forger son identité sous l'influence des facteurs internes et externes. Des signes de maturation physique commencent à apparaître au cours de cette période. Les jeunes adolescents prennent conscience de leur sexualité et commencent à avoir des rapports sexuels, lesquels peuvent entraîner des grossesses précoces et non désirées (OMS, 2018).

Alors que le terme enfant ou jeunesse peut chevaucher l'adolescence. L'adolescence désigne selon l'OMS, UNFPA et UNICEF les individus de 10 à 19 ans. Cependant dans certains cas les couples se forment plus tard, ce qui conduit à une adolescence prolongée et à une entrée tardive dans l'âge adulte. Il peut alors s'avérer judicieux d'élargir la définition de cette notion afin de l'inclure jusqu'à l'âge de 24 ans (UNFPA, 2009). Dans le projet JADES 2, les cibles sont les adolescents et jeunes de 15 à 24 ans.

Les Droits de Santé Sexuelle et Reproductive (DSSR) désignent le droit d'avoir le contrôle et de décider librement et de façon responsable des questions liées à la sexualité, y compris la santé sexuelle et reproductive, à l'abri de toute contrainte, de toute discrimination et de toute violence. La santé sexuelle et reproductive est un état de bien-être complet tant sur le plan physique, mental et social, et qui ne se limite pas à l'absence de maladie ou d'infirmité, concernant toutes les questions liées à l'appareil reproducteur, à ses fonctions et processus. Par conséquent, la santé reproductive sous-entend que les gens sont capables d'avoir une vie sexuelle satisfaisante et sûre, qu'ils ont les moyens de se reproduire et la liberté de décider si, quand et combien d'enfants ils souhaitent avoir. Cette dernière condition entend de manière implicite le droit des hommes et des femmes à être informés et à avoir accès à des méthodes de planification familiale de leur choix, qui sont sûres, efficaces, abordables et acceptables. Ces droits ne se bornent pas à dispenser des conseils et des soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles (Starrs *et al.* 2018).

Ainsi le paquet essentiel de service ou de soins de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) est composé des activités d'éducation sexuelle complète ; les services de conseils et proposant des méthodes de contraception ; les soins prénataux ; les soins obstétricaux d'urgence ; les soins postnataux et soins néonataux ; les soins après avortement ; les services et programme de prévention et de traitement du VIH et des IST ; la prévention du cancer du col utérin ; le dépistage et prise en charge des violences basées sur le genre (VBG) ; les Informations et conseils en santé sexuelle (OMS, 2015).

Les pays anglo-saxons définissent la qualité des services SSR comme la fourniture de services standard qui sont « sûrs, efficaces, accessibles, acceptables et abordables, dans un environnement socio-physique propice à l'amélioration de la qualité de vie ». Quant aux francophones, la qualité des services SSR est la prestation de services disponibles, avec des procédures médicales utiles et l'utilisation de critères d'éligibilité avec un environnement favorable (Barry, 1996).

Selon l'OMS, « La qualité des soins doit permettre de garantir à chaque patient un ensemble d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assureront le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, de résultat et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » (Morel, 2012).

La qualité des soins techniques consiste en l'application de la science et de la technologie médicales d'une manière qui maximise leurs avantages pour la santé sans augmenter leurs risques en conséquence. Le degré de qualité est, par conséquent, la mesure dans laquelle les soins fournis sont censés atteindre l'équilibre le plus favorable entre les risques et les avantages (Donabedian, 1988). Il existe 3 types :

- la qualité voulue (ou spécifiée) est relative aux normes définies et formulées sous forme de critères explicites pour apprécier la conformité de la qualité délivrée.
- la qualité délivrée est celle que le prestataire donne effectivement, celle que reçoit réellement le patient.
- la qualité attendue par les patients se construit autour de leurs besoins de santé, mais aussi de leur expérience antérieure dans le système de soins.

L'assurance qualité : c'est toute disposition et activité dont le but est de sauvegarder, maintenir et promouvoir la qualité des soins, ce sont les activités qui renvoient périodiquement ou continuellement les conditions dans lesquelles les soins sont fournis en suivant les effets de ces soins. Selon la norme ISO (Organisation Internationale de Normalisation), c'est l'ensemble des actions préétablies, systématiques, nécessaires pour donner la confiance appropriée qu'un service satisfera aux exigences relatives à la qualité. Elle doit également fixer non seulement l'amélioration des services mais également sa pérennisation (Donabedian, 1988).

La démarche qualité ou approche qualité consiste à assurer le développement et la gestion de la qualité en utilisant divers outils pour faciliter l'atteinte des objectifs fixés. Elle se base sur la définition d'une politique, la fixation d'objectifs et la mise en place du système qualité. Toute démarche qualité comporte trois phases : la conception, le contrôle et l'amélioration de la qualité.

La conception de qualité, c'est le processus par lequel on planifie la mise en œuvre de l'assurance qualité. Elle définit la mission de l'organisation, ses clients et ses services, détermine et alloue les ressources nécessaires pour garantir l'efficacité et la sécurité, fixe les

normes de la prestation des services pour maximiser la qualité et accroître la satisfaction des clients.

Le contrôle qualité, c'est le processus par lequel on vérifie (mesure) que chaque personne et chaque service appliquent les normes définies et fournissent constamment des services de qualité.

L'amélioration continue de la qualité est le processus par lequel on augmente la qualité et on élève les normes, ce processus passe par le biais de la résolution constante des problèmes, l'amélioration continue des processus et la mise sur pieds des équipes de qualité incluant le personnel et les bénéficiaires (Giesen, 2018).

## 1.2 Outils et méthodes de mesure de la qualité des soins de santé

A l'origine quatre instruments de collecte de données de base permettent de mesurer la qualité: un audit des installations, un guide d'observation à l'usage d'un observateur tiers, un questionnaire pour interviewer les clients sortants de services de planification familiale et un questionnaire pour interviewer les prestataires des services (Tumlinson *et al.* 2014 ; Johns *et al.* 2020).

Ces différentes approches de collecte de données relatives à la qualité au niveau des établissements présentent chacune des avantages distincts. Par exemple, l'audit des installations peut capturer la disponibilité de la méthode en notant l'offre actuelle et la fréquence des ruptures de stock. Les audits sont uniquement conçus pour évaluer l'adéquation de l'infrastructure et des installations. Les données des entretiens avec les prestataires peuvent être utiles pour identifier leurs faibles connaissances sur les bonnes procédures de conseil. Les données des entretiens avec les clients sont uniquement capables de mesurer des concepts plus subjectifs comme le traitement respectueux, la satisfaction du client, les connaissances et les perceptions de la qualité (Tumlinson *et al.* 2014).

Cependant, à l'exception de l'audit des installations, qui oblige le collecteur de données à vérifier physiquement une grande partie des informations documentées, l'analyse de la situation présente des limites méthodologiques, notamment le biais de courtoisie, la fiabilité des rapports, l'effet Hawthorne (meilleur comportement le jour du contrôle) et le biais de rappel. Le biais de courtoisie se produit lorsque les clients se sentent mal à l'aise pour signaler les aspects négatifs des soins. De plus, les entretiens avec les prestataires peuvent manquer de fiabilité en raison de leur désir de rendre compte de leurs intentions ou d'un « idéal » de prestation de services plutôt que de ce qu'ils font dans la pratique. (Simmons & Elias 1994). Tumlinson *et al.* 2014 proposent pour éviter ces biais de procéder par la méthode de clients simulés et de questionner les adolescents et jeunes juste après la consultation et dans un endroit où le professionnel de santé n'a pas accès.

### 1.3 La qualité des soins, approches de Donabedian

De nombreux avantages sont obtenus en utilisant le résultat des soins comme critère de qualité des soins médicaux. La validité du résultat en tant que dimension de la qualité est rarement remise en question. Cependant, un certain nombre de considérations limitent l'utilisation des résultats comme mesures de la qualité des soins. Le premier est de savoir si le résultat des soins est, en fait, la mesure pertinente (Donabedian, 1988).

Dans les situations où les résultats pertinents ont été choisis comme critère, il faut tenir compte des limites. De nombreux facteurs autres que les soins médicaux peuvent influencer les résultats, et des précautions doivent être prises pour maintenir constants tous les facteurs importants autres que les soins médicaux si l'on veut tirer des conclusions valables. Dans certains cas, de longues périodes, peut-être des décennies, doivent s'écouler avant que les résultats pertinents ne se manifestent. Toutes ces limites à l'utilisation des résultats comme critères de soins médicaux ne sont pas présentées pour démontrer que les résultats sont des indicateurs de qualité inappropriés, mais pour souligner qu'ils doivent être utilisés avec discrimination. Les résultats, dans l'ensemble, restent les derniers validateurs de l'efficacité et de la qualité des soins médicaux.

Selon Donabedian, une autre approche de l'évaluation consiste à examiner le processus de soins lui-même plutôt que ses résultats. Cela est justifié par l'hypothèse selon laquelle on ne s'intéresse pas au pouvoir de la technologie médicale pour obtenir des résultats, mais à savoir si ce que l'on sait maintenant être de « bons » soins médicaux a été appliqué.

Une troisième approche de l'évaluation consiste à étudier non pas le processus de soins lui-même, mais les contextes dans lesquels il se déroule et les instruments dont il est le produit. Cela peut être grossièrement désigné comme l'évaluation de la structure, bien que cela puisse inclure des processus administratifs et connexes qui soutiennent et dirigent la prestation des soins, il concerne des éléments tels que l'adéquation des installations et de l'équipement ; les qualifications du personnel médical et leur organisation ; la structure administrative et le fonctionnement des programmes et des établissements de soins ; l'organisation fiscale et similaires. L'hypothèse faite est qu'avec des bons instruments et les autres paramètres, de bons soins médicaux suivront.

L'approche adoptée pour l'appréciation de la qualité détermine, dans une large mesure, les méthodes utilisées pour collecter les informations requises : l'utilisation des dossiers cliniques ; elle peut avoir des limites notamment du manque de l'exhaustivité des informations et la difficulté de généraliser ces derniers. L'autre méthode est l'observation directe de la structure et des processus de soin.

La mesure de la qualité dépend des normes. Les normes proviennent de deux sources : les sources empiriques qui sont dérivées de la pratique réelle ; et les normes normatives qui découlent, en principe, des sources qui fixent légitimement les normes de connaissances et de pratique dans un système de soin. Dans la pratique, ils sont fixés par des manuels ou des

publications standards, ou par des panels de médecin, de praticien hautement qualifié ou un personnel de recherche en consultation avec les praticiens qualifiés. Lorsque ces normes ne sont pas suffisamment précises et que l'évaluateur doit exercer son propre jugement pour parvenir à l'évaluation, il est recommandé d'utiliser des juges experts. Dans le cas contraire, toute personne maîtrisant la terminologie pourra conduire une évaluation de la qualité avec des normes objectives et facilement vérifiables.

La capacité de distinguer différents niveaux de performance dépend de l'échelle de mesure utilisée. De nombreuses études sur la qualité utilisent un petit nombre de divisions pour classer les soins, considérés dans leur ensemble, en catégories telles que « excellent », « bon », « moyen » ou « médiocre ». La position relative d'une personne dans un ensemble peut ensuite être précisée en calculant le pourcentage d'observations dans chaque catégorie d'échelle. D'autres études attribuent des scores à la performance de certains éléments de soins et les cumulent pour obtenir un indice numérique généralement compris entre 0 et 100.

Ceux qui adhèrent à la première pratique soulignent qu'un plus grand degré de précision n'est pas possible avec les méthodes actuelles. Certains ont même réduit les catégories à seulement deux : optimale et moins qu'optimale en utilise trois, dont celui du milieu est reconnu comme douteux ou indéterminé.

Ceux qui ont utilisé des scores numériques ont souligné une grande perte d'information dans l'utilisation des jugements globaux, et que les scores numériques, cumulés à partir de sous-scores spécifiés, donnent une image non seulement de l'ensemble mais aussi de l'évaluation des différentes parties.

Un problème majeur, encore non résolu, dans la construction des scores numériques, est la manière dont les différentes composantes doivent être pondérées dans le processus d'obtention du total du score. Il s'agit d'une question arbitraire à l'heure actuelle. Peterson 1963, par exemple, arrive à l'échelle suivante : histoire clinique 30, examen physique 34, utilisation d'aides de laboratoire 26, thérapie 9, médecine préventive 6, dossiers cliniques 2, soit un total 107. Daily et Morehead ont attribué des poids différents comme suit : enregistrements 30, bilan diagnostique 40, traitement et suivi 30, total 100. Pour Peterson et al en 1963 : « La plus grande importance est attachée au processus d'établissement d'un diagnostic puisque, sans diagnostic, la thérapie ne peut pas être rationnelle. De plus, la thérapie est en constante évolution, tandis que la forme de l'histoire et de l'examen physique a très peu changé au fil des ans.

La fiabilité des évaluations est une considération majeure dans les études de qualité, où beaucoup dépend du jugement même lorsque les types de normes directives sont utilisés. Plusieurs études ont accordé une certaine attention à l'accord entre les juges. Le principal mécanisme permettant d'atteindre des niveaux de fiabilité plus élevés est la spécification détaillée des critères, normes et procédures utilisés pour l'évaluation des soins.

Lorsque plusieurs observateurs ou juges décrivent et évaluent le processus de soins médicaux, l'un d'eux peut systématiquement utiliser des normes plus rigides que l'autre, ou interpréter des normes prédéterminées de manière plus stricte. Dans la mesure où cela soit vrai ou suspecté d'être vrai, des précautions appropriées doivent être prises lors du recrutement et de l'affectation des juges.

L'efficacité des soins, comme cela a été dit, pour atteindre ou produire la santé et la satisfaction, telle que définie pour ses membres individuels par une société ou sous-culture particulière, est le validateur ultime de la qualité des soins. La validité de tous les autres phénomènes en tant qu'indicateurs de qualité dépend, en dernier ressort, de la relation entre ces phénomènes et l'atteinte de la santé et de la satisfaction. Néanmoins, la conformité de la pratique aux normes acceptées à une sorte de validité conditionnelle ou provisoire qui peut être plus pertinente aux fins de l'évaluation dans des cas spécifiques.

Une évaluation multidimensionnelle des soins médicaux est une entreprise coûteuse et laborieuse, la recherche de données discrètes et facilement mesurables qui peuvent fournir des informations sur la qualité des soins médicaux. Les données utilisées peuvent concerner des aspects de la structure, du processus ou des résultats. La principale exigence est qu'ils soient facilement, parfois de façon routinière, mesurables et raisonnablement valides (Donabedian, 1988).

#### 1.4 La qualité des services de planification familiale selon Bruce

La confusion sur la signification du mot "qualité" lui-même a peut-être empêché des progrès plus rapides dans le domaine de la qualité. La qualité, par sa connotation, implique une norme intimidante, éventuellement coûteuse. Or, il ne s'agit pas du tout d'une norme, mais plutôt d'une propriété que tous les programmes possèdent.

Seul un jugement peut déterminer si la qualité est bonne ou mauvaise, satisfaisante ou insatisfaisante. Le mot et le sens qu'on lui attribue sont apparus dans des contextes contradictoires : les premiers ouvrages sur le planning familial discutaient de la qualité essentiellement sous l'angle des opérations cliniques ; cette approche négligeait les dimensions interpersonnelles des soins et laissait entendre à certains que la haute qualité signifiait un équipement techniquement sophistiqué et coûteux.

Les éléments saillants des programmes de planification familiale qui, ensemble, constituent la qualité sont : le choix des méthodes, les informations données aux utilisateurs, la compétence technique, les relations interpersonnelles, les mécanismes de suivi ou de continuité et un ensemble approprié de services. Ces éléments reflètent six aspects des services que les clients considèrent comme essentiels.

Ainsi, les politiques, les décisions d'affectation des ressources et les tâches de gestion qui précèdent la prestation de services ne sont pas directement vécues, mais leur résultat, la prestation de services, l'est.

Le choix des méthodes fait référence à la fois au nombre de méthodes contraceptives proposées sur une base fiable et à leur variabilité intrinsèque. Quelles méthodes sont proposées pour répondre aux besoins de sous-groupes importants, définis en fonction de l'âge, du sexe, de l'intention contraceptive, de l'état d'allaitement, du profil de santé et lorsque le coût de la méthode est un facteur.

L'information donnée aux clients fait référence à l'information transmise pendant le contact avec le service, qui permet aux clients de choisir et d'utiliser la contraception avec satisfaction et compétence technique. Elle comprend : des informations sur l'éventail des méthodes disponibles, leurs contre-indications, avantages et inconvénients scientifiquement documentés ; l'élimination des choix dangereux pour le client spécifique et la fourniture de détails sur la manière d'utiliser la méthode choisie, ses impacts possibles sur la pratique sexuelle et ses effets secondaires potentiels. Et enfin, un élément souvent négligé, des informations explicites sur ce que les clients peuvent attendre des prestataires de services en matière de conseils, de soutien, de fourniture et d'orientation vers d'autres méthodes et services connexes, si nécessaire.

La compétence technique implique, principalement, des facteurs tels que la compétence de la clinique des prestataires, le respect des protocoles et l'asepsie méticuleuse requise pour fournir des méthodes cliniques telles que les dispositifs intra utérins (DIU), les implants et la stérilisation.

Les relations interpersonnelles sont les dimensions personnelles du service. Les relations entre les prestataires et les clients sont fortement influencées par la mission et l'idéologie d'un programme, le style de gestion, l'allocation des ressources, le rapport entre les travailleurs et les clients, et la structure de supervision.

L'élément "relations interpersonnelles" du cadre a été séparé de l'information donnée aux utilisateurs car il est défini comme le contenu affectif de la transaction entre le client et le prestataire. C'est cette dimension, outre l'exactitude de l'information donnée et le degré de compréhension de celle-ci (aussi important soit-il), qui peut fortement influencer la confiance des clients dans leurs propres choix et capacités, leur satisfaction à l'égard des services et la probabilité d'une nouvelle visite.

Un ensemble approprié de services consiste à situer les services de planification familiale de manière à ce qu'ils soient pratiques et acceptables pour les clients, qu'ils répondent à leurs concepts de santé naturels et qu'ils répondent à des besoins de santé urgents et préexistants.

Les six éléments de ce cadre ne sont pas tout à fait distincts. Leur qualité est interdépendante, souvent déterminée par des facteurs contextuels communs et des politiques de programme, des styles de gestion des opérations et des limites de ressources. Pourtant, ces éléments sont suffisamment distincts pour que le personnel du programme, les évaluateurs ou les clients particulièrement alertés puissent développer des opinions distinctes sur chacun d'eux.

Les programmes peuvent et doivent être explicites quant à leurs objectifs de qualité. Comme il n'existe pas de norme unique de qualité souhaitée, un programme donné, à la recherche d'une qualité "acceptable" dans son contexte, peut décider de prendre un raccourci avec une dimension ou une autre. Les limites des ressources peuvent dicter des choix. Les gestionnaires doivent être explicites quant aux décisions prises et aux raisons qui les motivent.

Un programme bien établi pourrait vraisemblablement utiliser les six éléments de ce cadre pour commencer le processus d'engagement du personnel à discuter du niveau actuel des soins. Dans le cadre d'un tel exercice, chacun des six éléments pourrait être utilisé comme sujet de discussion avec les responsables et le personnel fournissant des services directs, en utilisant initialement les points de vue de ces prestataires pour identifier les difficultés. Dans tous les cas, ces informations sont nécessairement complétées par le retour d'information des clients (Bruce, 1990).

#### 1.5 Une approche normative pour améliorer la qualité des services destinés aux adolescents selon l'OMS

Alors que certains obstacles sont extérieurs au système de santé, par exemple les obstacles financiers dus aux inégalités de revenus, d'autres relèvent plus directement de la responsabilité des services de santé. La définition de normes pour des services de santé de qualité est une façon de minimiser la variabilité et de garantir un niveau de qualité minimum requis afin de protéger les droits des adolescents en matière de soins de santé. Une approche fondée sur les normes a été utilisée afin de permettre aux services de santé d'atteindre des objectifs ambitieux mais réalistes en accompagnant la mise en œuvre de pratiques adaptées et en orientant l'amélioration continue de la qualité. Les normes concernaient : les connaissances des adolescents en matière de santé ou la littératie en santé, soutien de la communauté, ensemble de services approprié, compétences des prestataires, caractéristiques de l'établissement, équité et non-discrimination, données et amélioration de la qualité, et la participation des adolescents.

Elaborées en quatre étapes : évaluation des besoins, élaboration des normes mondiales et leurs critères, consultation d'experts et l'évaluation de leur applicabilité, les normes ont été définies suivant l'analyse de 26 normes dans 26 pays.

En effet, l'utilisation des normes a été testée au cours de deux consultations régionales d'expert sur l'élaboration de normes de santé sexuelle et reproductive des adolescents (ASSRH) en Amérique latine en Novembre 2014 et dans les Caraïbes en avril 2015. Les consultations ont inclus des directeurs de programme pour adolescents et jeunes et des ministres de la santé et les organisations de développement. Ces normes sont un outil complet d'appréciation de la qualité intégrant les outils de collecte de données et les méthodes de calcul.

Cependant, la mise en place et l'application des normes de qualité et des systèmes de surveillance nationaux ne sont qu'une partie de la transformation que les systèmes de santé doivent opérer afin de mieux répondre aux besoins et aux possibilités des adolescents en matière de santé et de développement (OMS, 2014). La qualité des soins dans les établissements de niveau primaire et de référence ne peut pas s'améliorer sans renforcer l'ensemble des piliers du système de santé. Cela comprend : la gouvernance pour que les politiques en vigueur respectent et protègent les droits des adolescents en matière de soins de santé et agissent en conséquence, et pour que des systèmes nationaux d'information de gestion de la santé soient créés et fournissent une base de données pour la prise de décisions ; le financement pour que l'allocation des ressources et les services d'approvisionnement soient organisés de façon à répondre aux besoins des adolescents; le renforcement des capacités du personnel pour que les agents de santé aient les compétences nécessaires pour mettre en application les normes ; le fait de garantir que les médicaments, les fournitures et les technologies nécessaires soient à disposition afin d'assurer le fonctionnement correct de l'établissement. Ainsi, outre les mesures prises dans les établissements et dans les communautés, des actions nationales et à l'échelle des districts seront nécessaires dans chacun des piliers du système de santé pour permettre au personnel et à la direction des établissements de mettre en œuvre les normes et leurs critères.

#### 1.6 Le cycle d'amélioration de la qualité

Les besoins en matière d'amélioration de la qualité sont variables, selon le contexte et les circonstances. L'expérience du plan d'amélioration de la qualité a démontré qu'il existe quatre approches d'amélioration de la qualité et que ces approches sont du simple au complexe.

Ainsi la résolution individuelle de problème est la plus simple. Tout membre d'une organisation peut l'utiliser lorsqu'il est possible que le problème puisse être résolu sans une équipe.

La résolution rapide de problèmes en équipe est une approche dans laquelle on teste et on met en œuvre éventuellement une série de petits changements progressifs à l'intérieur du système pour obtenir une amélioration au niveau de la qualité.

La résolution systématique de problème en équipe est souvent utilisée pour des problèmes complexes ou récurrents qui nécessitent une analyse détaillée. Elle se traduit souvent par des changements majeurs dans un système ou dans un processus.

L'amélioration des processus est la plus complexe des approches étant donné qu'elle exige une équipe permanente qui recueille, suit et analyse en continu les données pour l'amélioration progressive du processus dans le temps (Massoud *et al.* 2002).

Quatre principales étapes permettent d'améliorer la qualité des services. Il s'agit de l'identification du problème, l'analyse du problème, le développement d'approche de solution et le test et la mise en œuvre de la solution.

Pour cela, Deming propose le modèle PDCA (Plan, Do, Check, Act) soit (Planifier, Faire, Contrôler, Agir) encore appelé « amélioration continue de la qualité » et encourage les équipes à œuvrer pour parvenir à des niveaux jamais atteints pour la qualité des soins (Giesen, 2018).

Au sens large, le processus d'amélioration de la qualité est un cycle en 10 étapes que sont : la planification, l'établissement des normes, la diffusion des normes, le suivi de la qualité, l'identification et la sélection des possibilités d'amélioration, la définition du problème, l'identification de l'équipe de résolution du problème, l'analyse du problème, le choix de la solution et l'application de la solution (Miller *et al.* 1995).

### 1.7 L'approche de Gestion Axée sur les Standards et Récompenses

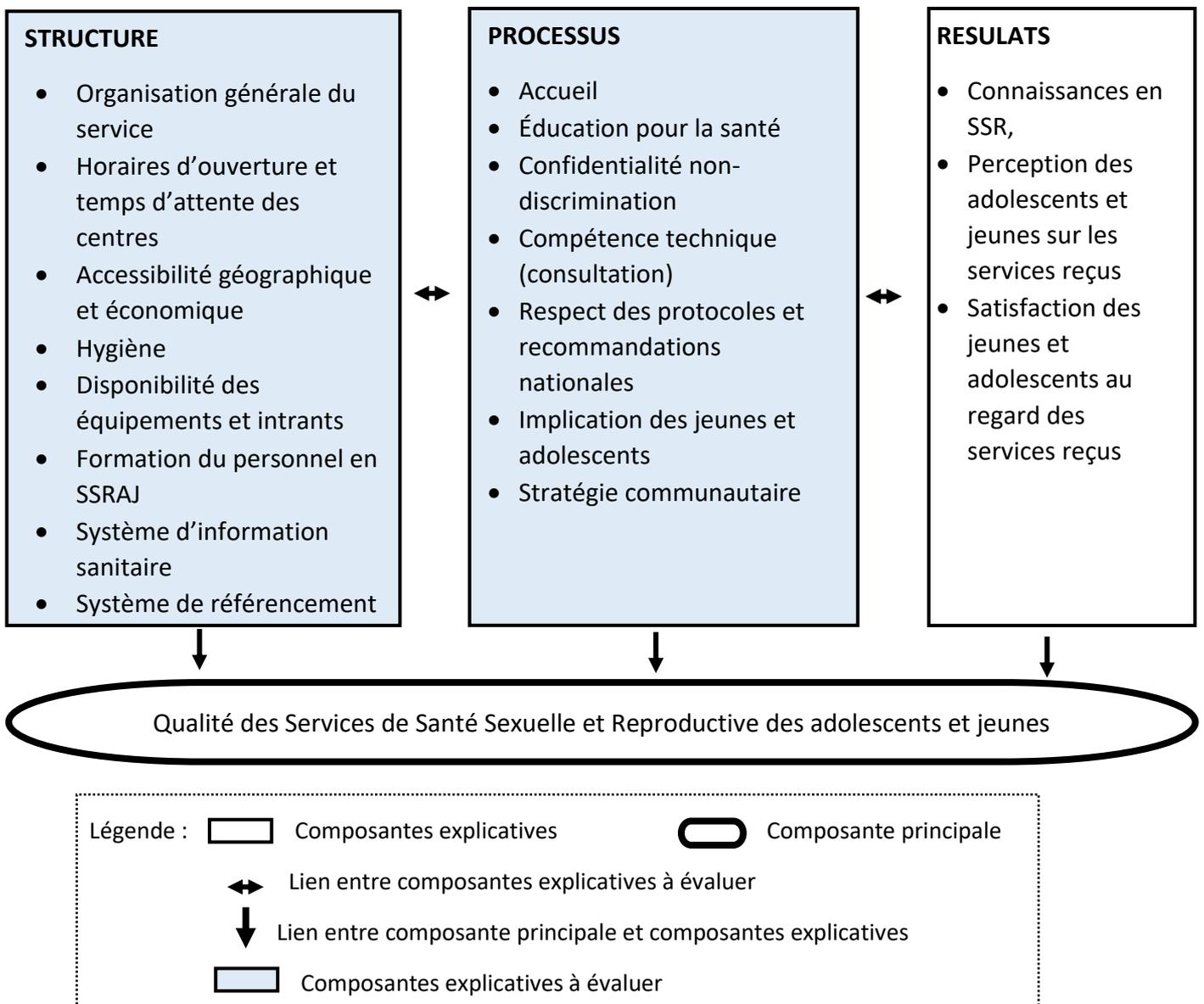
C'est une approche pratique de gestion pour améliorer la performance et la qualité des prestations de santé. Elle se base sur l'utilisation des standards de performance opérationnels et observables pour évaluer la performance sur le site. Les standards doivent être basés sur les évidences scientifiques, mais peuvent aussi intégrer les opinions des prestataires et des clients. L'approche doit être accompagnée d'un mécanisme de récompense ou de motivation.

Une fois établis, ces standards de performance sont des outils qui disent au prestataire non seulement ce qu'ils doivent faire mais également comment le faire. Ces standards devront traduire les directives et procédures techniques en instruments opérationnels qui sont utilisés comme des aides mémoires. Ils peuvent aider les gestionnaires à déterminer les besoins en ressources. Ils renforcent le processus d'apprentissage individuel, collectif et organisationnel. Enfin, ils sont durables, et demandent moins de coût, un minimum d'assistance technique et constituent une source efficace de motivation (Necochea & Bossemeyer, 2005).

La supervision à l'amélioration de la qualité est également un enjeu. Elle doit être formative et multidimensionnelle. Il a été possible d'améliorer la qualité sur le long terme des interventions en santé sexuelle en utilisant un outil de supervision interactif et complet qui donne un retour d'information sur le terrain (Mogasale *et al.* 2010 ; Hyrkäs *et al.* 2001).

## 1.8 Modèle théorique de l'étude

Le cadre théorique utilisé dans cette étude s'inspire du modèle de Donabedian sur la qualité des services de santé et de Bruce sur la qualité des services de planification familiale. En effet, ces deux auteurs ont démontré que les dimensions structures, processus et résultats déterminent la qualité des services. Cependant dans cette étude, seules les dimensions structures et processus ont permis de déterminer le score de qualité des services de santé sexuelle et reproductive des adolescents mis en œuvre par le projet JADES 2. Les résultats en matière de connaissance, de perception et de satisfaction ont été documentés.



Adapté de (Donabedian 1988 et Bruce 1994)

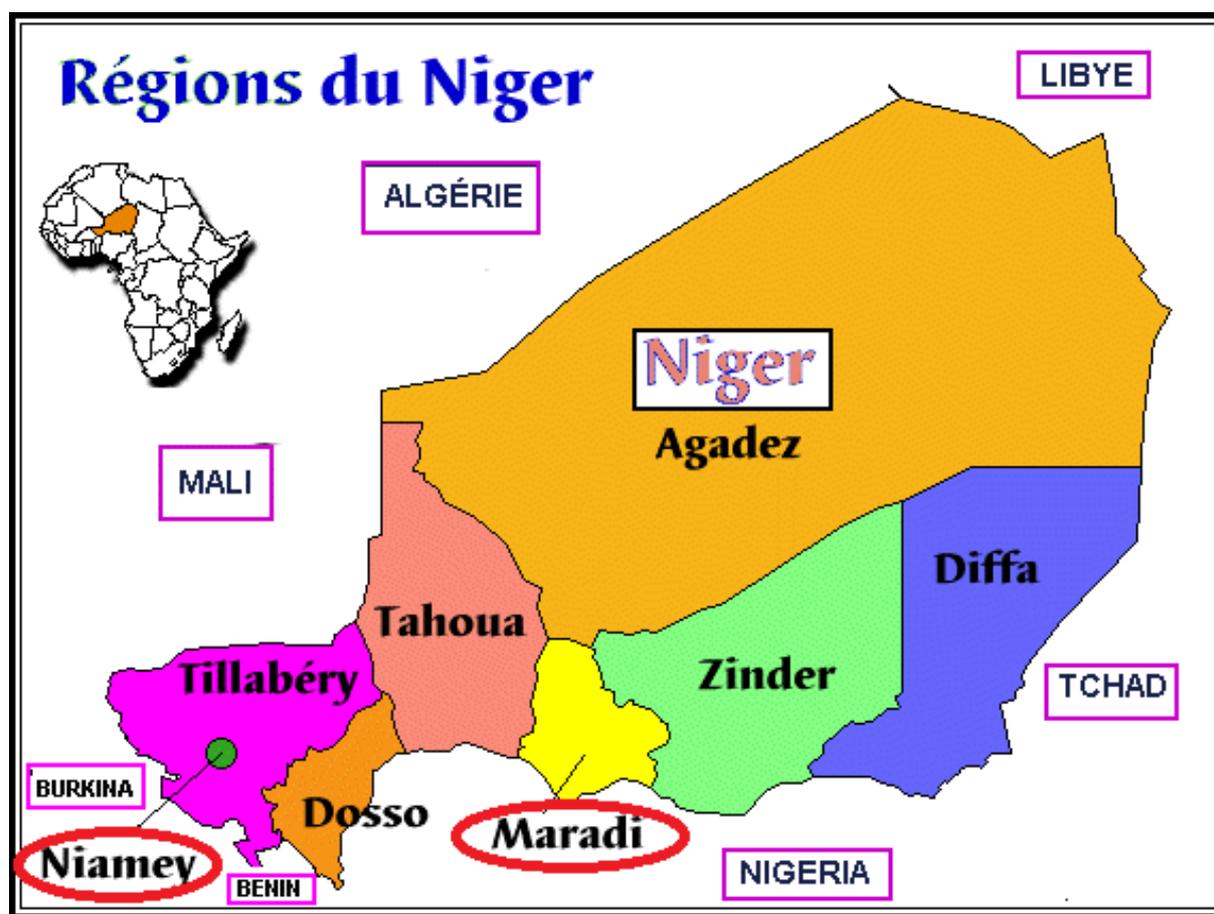
Figure 1 Cadre conceptuel de la qualité des services SSR aux adolescents et jeunes du Projet JADES 2

## 2 Cadre et méthode d'étude

### 2.1 Cadre d'étude

#### 2.1.1 Présentation du Niger

Le Niger est un pays quasi désertique situé en Afrique de l'ouest. Il bénéficie d'un climat de type tropical semi-aride caractérisé par deux saisons : une saison pluvieuse allant de juin à septembre et une saison sèche allant d'octobre à mai.



Source : Solthis

Figure 2 Carte du Niger avec les zones d'intervention du projet JADES II

La population du Niger était de 17 138 707 habitants en 2012 (RGPH, 2012)<sup>7</sup>. Elle est estimée à 21 942 944 habitants en 2019 avec un taux d'accroissement de 3,7% par an et un indice de fécondité de 7,2 enfants par femme, l'un des plus élevés au monde. La population nigérienne est extrêmement jeune et rurale. Les taux de mortalité infanto-juvénile restent élevés (126 décès pour 1000 naissances vivantes en 2015). Par ailleurs, la prévalence contraceptive

<sup>7</sup>RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat, disponible à <http://www.anp.ne>

moderne est de 13,1% en 2015 (ENISED, 2015).<sup>8</sup> Cependant, seulement 40 % des femmes enceintes sont assistées par des agents de santé qualifiés en 2018 (RN-ODD).<sup>9</sup>

Le Niger est signataire de la Convention Internationale des Droits des Enfants (CIDE), de la Convention sur l'Élimination de toutes formes de Discrimination à l'égard des Femmes (CEDEF) mais avec cinq réserves et n'a pas ratifié le protocole additionnel de la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples portant sur le droit des femmes.

Toutefois, en ce qui concerne la législation nationale en matière de SSR, la loi votée le 24 mai 2006, restreint la procréation et la contraception aux couples « légalement mariés », excluant implicitement les adolescentes non mariées. Elle fait également de la santé de la reproduction une affaire collective, responsabilisant tout un chacun dans la « sauvegarde, la protection et la promotion de la santé de la reproduction ». Concernant l'âge au mariage, l'article 44 du code civil interdit le mariage avant 18 ans pour les garçons et avant 15 ans pour les filles. Ce texte, qui date de l'indépendance et modifié en 1962, est toujours en vigueur aujourd'hui (Equipop & UNFPA, 2014).

### 2.1.2 Présentation du projet JADES 2

Le projet JADES (Jeunes Adolescents En Santé) phase 2 vise à améliorer l'accès des jeunes aux droits de la santé sexuelle et reproductive (DSSR) au Niger. Il travaille au renforcement à la fois de l'offre et de la demande, mais aussi au renforcement des capacités d'agir et à l'autonomisation des jeunes. Déployé à Niamey (Communes I, III et IV), et dans la région de Maradi (Communes I, II, III), il cible les structures offrant des services de SSR aux jeunes : centres amis des jeunes et/ou centres d'écoute et de conseil (CAJ), centres de santé intégrés (CSI) et les communautés, en mobilisant des leaders susceptibles de jouer un rôle de facilitateur en matière de DSSR des jeunes auprès des autres adultes de la communauté. En effet, les cibles directes du projet sont les jeunes filles et garçons entre 15 et 24 ans y compris les publics jeunes vulnérables.

Il vise principalement 3 résultats dont l'empowerment et le renforcement des capacités des membres de la communauté, y compris les jeunes et adolescent, en matière de DSSR dans les zones ciblées via une approche multicanale ; le renforcement de l'offre de services de SSRAJ dans les zones ciblées avec une primauté sur les besoins spécifiques des jeunes et adolescents ; et l'amélioration de l'environnement national nigérien en matière de DSSR des adolescents et jeunes.

Financé par la Mairie de Paris, l'Agence Française de développement et la Fondation Blancmesnil et la Fondation de France, le projet JADES 2 est mis en œuvre par trois

---

<sup>8</sup> ENIEED : Etude Nationale d'Évaluation des Indicateurs Socio-Economiques et Démographiques, disponible à <http://stat-niger.org>

<sup>9</sup> RN-ODD : Rapport National Volontaire sur les ODD Niger, disponible à <https://sustainabledevelopment.un.org>

organisations sous l'égide de la Direction de la Santé des Adolescents et Jeunes (DSAJ) par Solthis, Equipop et l'ONG Lafia Matassa.

### *2.1.3 Description des Centres de Santé Intégrés (CSI) et des Centres Amis des Jeunes (CAJ)*

L'organisation et le fonctionnement du système de santé au Niger sont basés sur les principes des Soins de Santé Primaires (SSP) définis lors de la conférence de Alma Ata, et renforcés par plusieurs engagements internationaux et régionaux auxquels le Niger a souscrit telles que la « Déclaration sur le scénario de développement sanitaire, la Déclaration sur l'Initiative de Bamako » et la « Déclaration de Ouagadougou sur la relance des SSP26 ». Le système de santé du Niger comprend trois niveaux :

- Au niveau national, on distingue l'hôpital général de référence qui sera bientôt fonctionnel, les Hôpitaux Nationaux (HN) de Niamey, Lamordé et Zinder, ainsi que la Maternité ISSAKA GAZOBI, et les centres nationaux de référence.
- Au niveau régional, on trouve les centres de référence qui sont les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) sauf dans les Régions de Zinder et de Tillabéry et les Centres de Santé de la Mère et de l'Enfant (CSME).
- Au niveau périphérique des soins, on retrouve les districts sanitaires (DS) qui sont composés par l'Hôpital du District (HD), les Centres de Santé Intégrés (CSI) et les Cases de Santé.

Au nombre de 913 (650 de types 1 et 263 de type 2), les CSI disposent du personnel qualifié et constituent le principal point d'entrée en dehors des cases de santé. Ils offrent les soins de santé primaires notamment les services SSR (PNDS 2017-2021).<sup>10</sup> Sept CSI sont intégrés dans le projet JADES 2.

Quant aux Centres Amis des Jeunes (CAJ), ils sont une initiative interministérielle (Santé, Jeunesse et Social) soutenue par l'UNFPA. Au nombre de 7 à Niamey, ils ont pour mission de mettre à la disposition des jeunes un cadre convivial et des services multidisciplinaires dont les services SSR. Deux CAJ sont intégrés dans le projet JADES 2.

---

<sup>10</sup> ENIEED : Etude Nationale d'Evaluation des Indicateurs Socio-Economiques et Démographiques, disponible à <http://stat-niger.org>

## 2.2 Méthode d'étude

Il s'agit d'une étude transversale évaluative menée au Niger en 2021.

L'étude s'est intéressée aux zones d'intervention du projet JADES 2 notamment à Niamey et à Maradi. Spécifiquement, il s'agissait des sept (7) centres de santé intégrés (CSI) et de deux (2) centres amis des jeunes ciblés par le projet à savoir le CSI de Koira Kano Nord, le CSI de Recasement, le CSI de Gamkalé, le CSI d'Aéroport I, le CNSR et le CNRJ Boukoki à Niamey ; et des CSI de Andoumé, de Zaria II et de la Place du chef à Maradi.

### 2.2.1 Population d'étude

Notre population cible était constituée des adolescents et jeunes reçus en consultation dans les Centres de Santé Intégrés (CSI) et Centres Amis des Jeunes (CAJ) ; et les agents de santé responsables de la prise en charge de ces adolescents et jeunes au Niger. En effet, notre critère d'inclusion était d'être un adolescent et jeune de 15 à 24 ans visitant un CSI ou un CAJ pour bénéficier d'un service de santé sexuelle et reproductive et d'être responsable clinicien de l'offre des services dans CSI et CAJ pendant plus de 3 mois et présente pendant notre période d'enquête.

Ainsi, tous les adolescents et jeunes de 15 à 24 ans qui ont été reçus dans un centre de santé ciblés par le projet JADES 2 pendant notre période d'enquête et les agents de santé de ces centres présents au moment de l'enquête ont constitué notre population source. Au total 203 adolescents et jeunes respectant notre critère d'inclusion sont passés dans les centres pendant la période d'enquête. Les adolescents et jeunes de 15 à 24 ans ayant refusé de participer à l'enquête ont été exclus. En ce qui concerne les prestataires de services des centres de santé, neuf (09) ont été inclus. Ceux qui étaient absents pendant la période d'enquête ont été exclus.

Afin d'avoir des données exhaustives sur notre objet d'étude, nous avons mené une enquête mixte à la fois quantitative (exploitation documentaire et enquête par questionnaire) et qualitative (entretien semi dirigé). L'enquête par questionnaire concernait les adolescents et jeunes et l'entretien semi dirigé concernait les agents de santé responsables de la prise en charge des adolescents et jeunes.

### 2.2.2 Exploitation documentaire et enquête par questionnaire

En ce qui concerne les adolescents et jeunes de 15 à 24 ans inclus dans l'étude, il a été procédé à un recensement exhaustif de tous les adolescents et jeunes reçus en consultation aux Centres de Santé Intégrés (CSI) et Centres Amis des Jeunes (CAJ) ciblés par le projet pendant une période de 4 semaines de collecte à compter du 7 Juin au 5 Juillet 2021.

- ❖ Outil(s) de collecte des données de l'exploitation documentaire et l'enquête par questionnaire

Les techniques de collecte de données utilisées pour collecter les données quantitatives étaient l'exploitation documentaire par grille documentaire et l'enquête par questionnaire. Les paramètres étudiés par ces deux outils se référaient aux indicateurs structure-processus et résultat respectivement du modèle théorique de Donabedian et Bruce.

Ainsi, la grille documentaire a permis d'extraire les données essentielles issues des supervisions des différents centres. Les acteurs de mise en œuvre du projet JADES 2 ont initié une démarche d'amélioration de la qualité et une série de supervisions ont permis de déterminer le score de qualité de chaque centre. Les outils de supervision ont été élaborés en prenant en compte les normes recommandées par l'OMS en matière de qualité des services aux adolescents et jeunes d'une part et d'autre part le plan stratégique en Santé des Adolescents et des Jeunes du Niger. Les supervisions ont été faites par un médecin responsable de l'offre des services SSR et respectant les recommandations inhérentes à ces normes en matière de supervision et de méthodologie d'attribution de pondération. La grille documentaire explorait treize (13) sous-dimensions de la qualité des services destinés aux adolescents et jeunes à l'aide de 71 questions binaires (oui, non) (voir annexe 1). Ces données étaient précieuses et issues de la supervision de Mars 2021, mais elles ne prenaient pas en compte tous les aspects de notre modèle théorique notamment les résultats (connaissances en SSR, la perception et la satisfaction des bénéficiaires sur la qualité des services reçus).

Ainsi, le questionnaire destiné aux adolescents et jeunes de 15 à 24 ans ont servi à combler les autres dimensions non prises en compte dans les données de supervision existantes. Les questions sont extraites des différentes questions de la norme de l'OMS sur les services de santé de qualité destinés aux adolescents et jeunes. Elles ont été actualisées et adaptées à la santé sexuelle et reproductive et au contexte. Le questionnaire comportait dix-huit (18) questions (binaire et à choix multiple) (voir annexe 3).

#### ❖ Variables d'étude

##### - Variable dépendante

La variable d'intérêt de cette étude était la qualité des services de santé sexuelle et reproductive offerts aux adolescents et jeunes des centres de santé intégrés (CSI) et des centres amis de jeunes (CAJ) ciblés par le projet JADES 2.

Elle se définissait par le modèle théorique inspiré de Donabedian et Bruce par 3 dimensions interdépendantes à savoir la structure, le processus et le résultat. Chacune des dimensions a été explorée par des indicateurs composites de la norme de la qualité des services à savoir :

- ✓ les indicateurs de structure (organisation générale du service, horaires d'ouverture et temps d'attente dans les centres, accessibilité, hygiène, disponibilité des équipements et intrants, formation du personnel en SSRAJ, système d'information sanitaire, système de référencement) ;
- ✓ les indicateurs de processus (accueil, éducation pour la santé, système d'information, respect du choix éclairé, confidentialité non-discrimination, compétences techniques

(consultation), respect des protocoles et recommandations nationales, implication des jeunes et adolescents, stratégie communautaire) ;

- ✓ les indicateurs de résultats (connaissances en SSR, perception sur les services reçus et la satisfaction des jeunes et adolescents au regard des services reçus).

#### - Variables indépendantes

A partir des données de la littérature, les variables indépendantes les plus utilisées pour apprécier la qualité des services SSR auprès des clients étaient les caractéristiques socioéconomiques notamment l'âge, la religion (Chrétien, musulman, animiste et autre), le niveau d'instruction (Non scolarisé, Primaire, Secondaire, Universitaire), la situation matrimoniale (Célibataire, Concubin, Marié, Divorcé) et la parité (Nombre de naissance).

#### ❖ Déroulement de l'exploitation documentaire et de l'enquête par questionnaire

Après la revue de la littérature à partir de Medline et la validation du protocole de recherche, nous avons élaboré les outils de collecte de données. La grille documentaire a été le premier outil conçu. Cet outil de collecte nous a permis d'extraire les données de supervision de chaque centre. Une analyse a été faite pour ne prendre que les données qui se rapportaient à notre modèle théorique. Ensuite nous avons élaboré le questionnaire. Cet outil a été digitalisé à l'aide de la plateforme Kobocollect puis installé sur des smartphones. Des enquêtes pilotes ont été menées. L'outil a été testé sur 10 jeunes de la tranche de 15 à 24 ans au CSI Yantalla, (non couvert par le projet). Le même questionnaire a été également testé sur 2 étudiants du département environnement et santé de l'université Senghor à Alexandrie en Egypte. Ces différents tests ont permis d'affiner le questionnaire et de corriger les incompréhensions et les incohérences.

Le questionnaire a été administré par 09 enquêteurs. Avant d'être répartis sur les 9 centres de santé du projet, ils ont bénéficié d'une formation. Cette formation a porté entre autres sur la compréhension du questionnaire, sa traduction en langue locale et des simulations avec le questionnaire digital.

Les enquêtes proprement dites ont commencé le 07 Juin et ont pris fin le 05 Juillet 2021. Les questionnaires ont été administrés en face à face et tout le déroulement de l'enquête a été supervisé.

#### ❖ Analyse des données de l'exploitation documentaire et de l'enquête par questionnaire

Les données quantitatives ont été extraites du serveur Kobocollect. L'utilisation de cette plateforme a permis d'avoir des données exactes et complètes. Ces données ont été traitées à l'aide du logiciel statistique STATA version 13 (Texas 77845 USA, 2013) et du pack Microsoft 2019 (Word, Excel). Les outils de statistique descriptive, notamment les tableaux de fréquence, les paramètres de tendance centrale en l'occurrence la moyenne et les graphiques ont permis de faire une analyse exploratoire des données collectées.

Pour déterminer le niveau de qualité des centres couverts par le projet, une cotation a été attribuée aux différents indicateurs de structure et de processus de la qualité des services SSR. Ainsi, un "Oui" permettait de comptabiliser un (1) point et un "Non", zéro (0) point. La somme a permis d'avoir le score global des centres en pourcentage au regard des indicateurs de structure et de processus. L'approche de l'UNFPA communément utilisée dans les pays en développement, a été utilisée comme référence pour classer les établissements de santé en fonction de leur qualité (USAID 2014 ; Munea, 2020). Ainsi le score de qualité a été catégorisé en 3 classes :

- Qualité faible si le score est moins de 50% ;
- Qualité moyenne si le score est entre 50-74% ;
- Qualité bonne si le score est supérieur à 75%.

Pour documenter les résultats en matière de connaissances en SSR, les perceptions et la satisfaction des adolescents et jeunes au regard des services SSR reçus, l'analyse a été faite selon les différents centres de prise en charge des adolescents et jeunes. Des comparaisons de fréquence ont été faites à l'aide du test Khi2 de Person.

Pour identifier les principaux obstacles à l'amélioration de la qualité perçue par les adolescents et jeunes, des analyses de régressions logistiques bivariées ont été réalisées. Les Odds ratio (OR) ont été estimés avec leurs intervalles de confiance à 95% (IC à 95%). Tous les modèles ont été estimés sous le logiciel STATA 13.

En effet, il a été étudié la relation entre la variable à expliquer connaissance en SSR (variable dépendante qualitative binaire) et les variables explicatives (variable qualitative binaire) : convivialité et l'empathie du prestataire, éducation pour la SSR ; et l'accessibilité des adolescents et jeunes aux services.

Il a été également étudié l'association entre la variable qualitative dépendante binaire (satisfaction des adolescents et jeunes) et les variables qualitatives (les centres de santé couverts par le projet, le sexe, à la religion et à la situation matrimoniale et l'accessibilité).

### 2.2.3 Entretien semi dirigé

Les données qualitatives complémentaires aux données quantitatives ont été recueillies auprès des agents de santé des 9 CSI et CAJ ciblés par le projet. Les entretiens ont permis de documenter les caractéristiques socioprofessionnelles des prestataires et leur perception sur la qualité des services de santé sexuelle destinés aux adolescents et jeunes. Plus particulièrement, les données qualitatives concernaient :

- la formation en SSRAJ ;
- les préférences des adolescents et jeunes en matière de services SSR offerts ;
- les attentes des jeunes et adolescents en matière de SSR ;
- la perception actuelle sur la qualité des services offerts aux adolescents et jeunes ;
- l'appréciation de l'organisation du dispositif d'amélioration de la qualité ;

- les obstacles à la qualité et les approches de solution.

La technique d'entretien à l'aide d'un guide d'entretien (Annexe 4) semi-dirigé a été utilisée pour la collecte des données auprès des professionnels de santé. Les entretiens ont été réalisés par nous-même en face à face dans les 6 centres de Niamey et par téléphone dans les 3 centres de Maradi.

Une fois les données extraites du serveur Kobocollect, tous les entretiens ont été retranscrits manuellement à partir du logiciel Word. Elles ont été ensuite résumées avec le même logiciel.

### 2.3 Difficultés rencontrées pendant la collecte des données

L'enquête par questionnaire concernant les adolescents et jeunes a rencontré dans certains centres des difficultés. En effet, l'étude a été confrontée à un manque d'affluence. Les raisons évoquées sont entre autres les examens de fin d'année pour les jeunes scolaires. Certains enquêteurs ont dû attendre que la période des examens passe et que les responsables de ces centres entreprennent des activités de mobilisation pour que l'enquête soit réalisée. Cela a entraîné le déploiement de ressources complémentaires.

En outre, l'autre difficulté concernait les restrictions de déplacement concernant les centres de santé intégrés situés à Maradi due aux attaques des groupes armés non étatiques. Cette restriction a empêché d'effectuer le déplacement dans cette région et de superviser la collecte des données des questionnaires par les enquêteurs sur place.

### 2.4 Aspects éthiques et réglementaires de l'étude

Avant le démarrage de la collecte des données, une demande d'enquête a été adressée à la Direction de la Santé des Adolescents et Jeunes (DSAJ). Une autorisation a été obtenue à la suite de cette demande auprès de la responsable.

Le consentement libre et éclairé a été obtenu verbalement auprès des adolescents et jeunes et chez les agents de santé des CSI et CAJ. L'anonymat et la confidentialité des participants ont été respectés dans le traitement et l'analyse des données.

### 2.5 Calendrier de l'étude

L'étude a été réalisée sur une période de 6 mois (mars à Août 2021), période de notre stage au Niger. A l'entame du stage, il a été élaboré un rétroplanning et un plan d'action pour la réalisation des activités (voir annexe 5).

### 3 Résultats

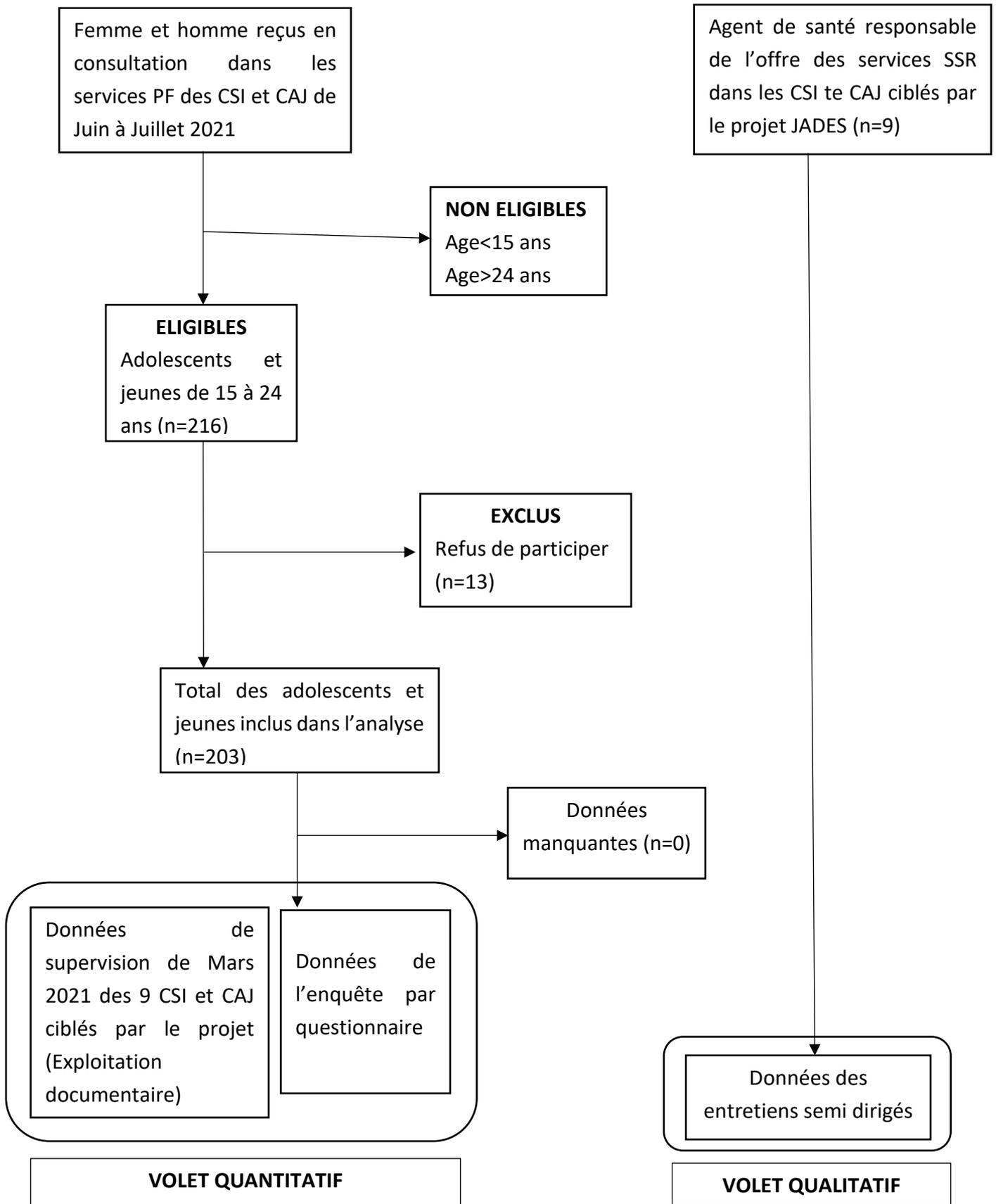
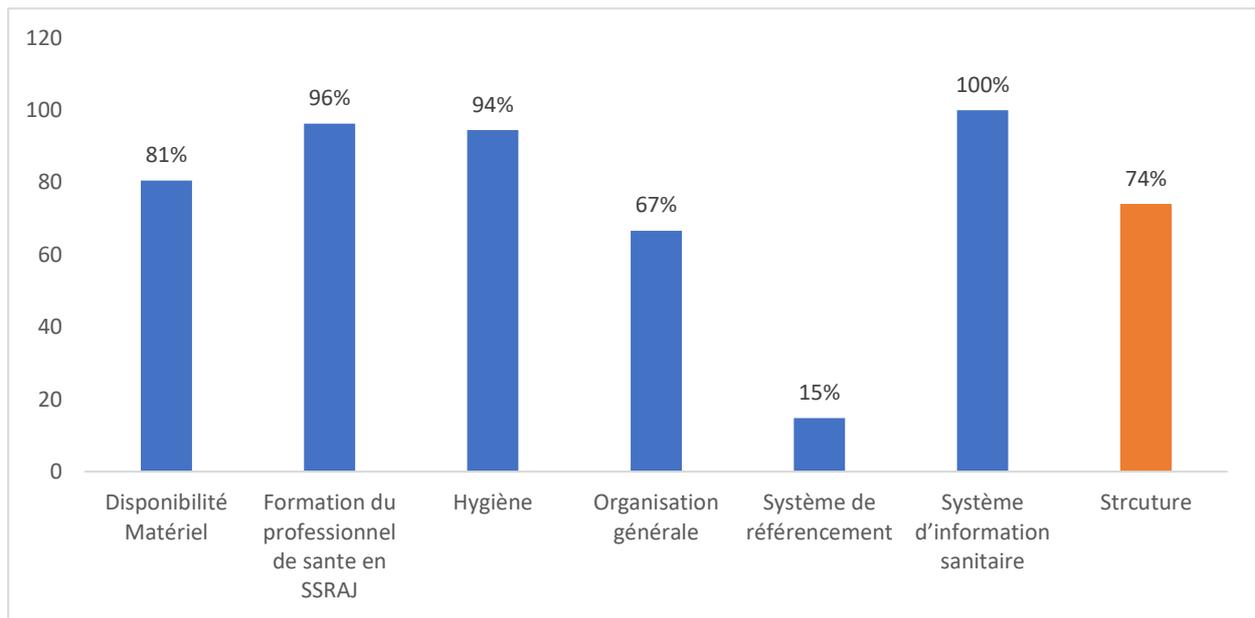


Figure 3 Diagramme de flux de données

### 3.1 Score de qualité des CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2 au Niger en 2021

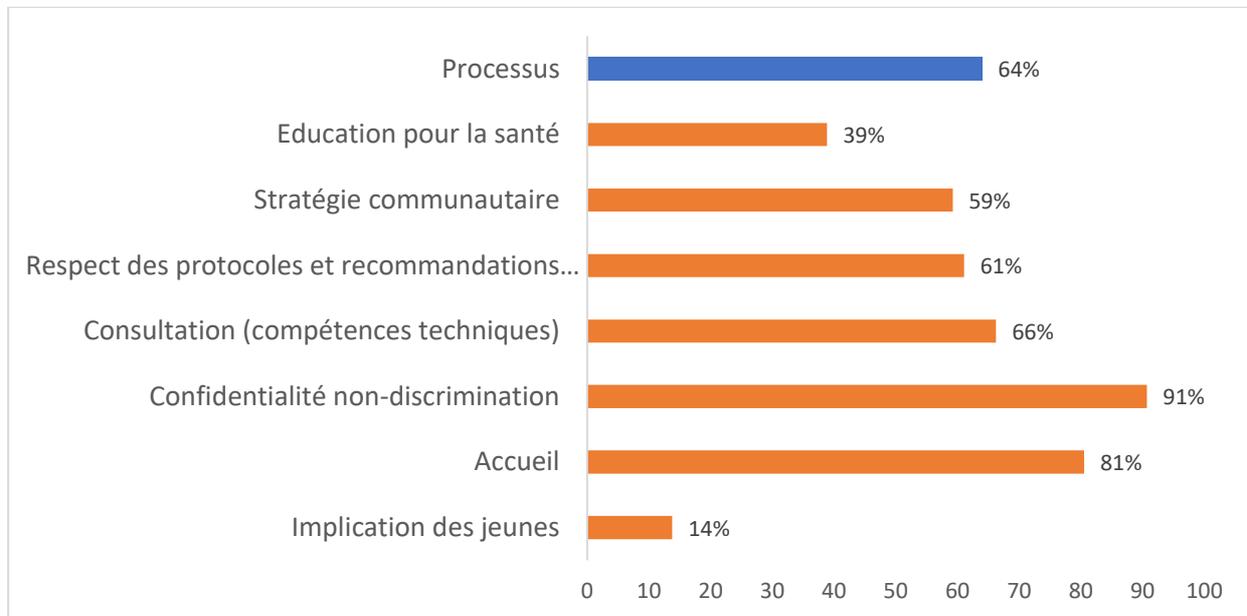
Au total 71 questions (explorant la structure et le processus du modèle théorique de Donabedian et Bruce) avec des réponses (Oui/Non) ont été utilisées pour déterminer le score de qualité de mise en œuvre des services de santé sexuelle et reproductive auprès des adolescents et jeunes dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2. La cohérence interne globale de ces questions (alpha de Cronbach) était de 0,93. Cela traduit que les indicateurs utilisés pour évaluer la qualité des services SSR exploraient correctement (93%) toutes les dimensions évaluées.



Source : Evaluation des scores de qualité des CSI et CAJ ciblés par JADES 2-Supervision de Mars-Avril

Figure 4 Score de qualité en fonction des indicateurs de structure dans CSI et CAJ ciblés par le projet JADES en 2021

Les scores cumulés des indicateurs de structure de la qualité étaient de 74% dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2. Des performances de l'ordre de 100% en ce qui concerne les indicateurs du système d'information sanitaire, de 94% concernant l'hygiène et de 96% pour la formation du personnel en DSSRAJ ont été obtenus. Par contre, le système de référencement (15%) apparaît comme le point faible des indicateurs de structure de la qualité des services dans les CSI et CAJ ciblés par le projet.



Source : Evaluation des scores de qualité des CSI et CAJ ciblés par JADES 2-Supervision de Mars-Avril

Figure 5 Score de qualité en fonction des indicateurs de processus dans CSI et CAJ ciblés par le projet JADES en 2021

Les scores cumulés des indicateurs de processus étaient de 64% dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2. Des performances de l'ordre de 100% en ce qui concerne les indicateurs du système d'information sanitaire, de 94% concernant l'hygiène et de 96% pour la formation du personnel en DSSRAJ ont été obtenus dans les centres. Par contre, l'implication des jeunes (14%) et l'éducation pour la santé (39%) apparaissent comme les points faibles des processus de la qualité des services dans les CSI et CAJ ciblés par le projet.

Tableau 1: Score (%) de qualité en fonction des indicateurs de structure et de processus de la qualité des services SSR dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2 en 2021

Nom de l'établissement	Structure (%)	Processus (%)	Score (%)	Rang
CSI Aéroport	81	68	72	1 <sup>er</sup>
CSI Gamkalé	71	70	71	2 <sup>e</sup>
CSI Koiria Kano	71	66	68	3 <sup>e</sup>
CNRJ-B	57	72	68	4 <sup>e</sup>
CNSR	71	64	66	5 <sup>e</sup>
CSI Recasement	81	59	65	6 <sup>e</sup>
CSI place du Chef	71	62	65	7 <sup>e</sup>
CSI Zaria II	81	57	64	8 <sup>e</sup>
CSI Andoumé	76	57	62	9 <sup>e</sup>
Score global	74	64	<b>67</b>	-

CSI : Centre Amis des jeunes ; CNSR : Centre National de la Santé de la Reproduction ; CNRJ-B : Centre National de Référence des Jeunes de Boukoki

Source : Evaluation des scores de qualité des CSI et CAJ ciblés par JADES 2-Supervision de Mars-Avril 2021

Le score global des services SSR mis en œuvre dans les CSI et CAJ ciblés par le projet était de l'ordre de 67%. On note que le score de la structure (74%) était supérieur au processus (64%).

Les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2 offrent un service de qualité moyenne aux adolescents et jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive.

Le CSI Aéroport détenait le meilleur score de qualité (72%) alors que le score le plus bas a été réalisé par le CSI Andoumé (62%).

### 3.2 Connaissances en SSR et perceptions des adolescents et jeunes sur les services reçus dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2 en 2021

Tableau 2: Caractéristiques sociodémographiques des adolescents et jeunes reçus en consultation dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2 en Juin-Juillet 2021 (n=203)

<b>Variables</b>	<b>Effectif (n=203)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Age		
15-19 ans	45	22,17
20-24 ans	158	77,83
Sexe		
Masculin	28	13,79
Féminin	175	86,21
Religion		
Chrétien	6	2,96
Musulman	197	97,04
Statut matrimonial		
Célibataire	62	30,54
En couple *	141	69,46
Niveau d'étude		
Non scolarisé	71	34,98
Primaire	44	21,67
Secondaire	72	35,47
Universitaire	16	7,88
Première visite		
Oui	54	26,60
Non	149	73,40

\* En couple= Mariée + concubinage + Divorcé et veuve ou veuf

Source : Evaluation de la qualité de mise en œuvre des services SSR dans les CSI et CAJ ciblés par JADES 2 Juin-Juillet 2021

Au total 203 adolescents et jeunes ont participé à cette étude, leur âge moyen était de 21 ans et la majorité (86%) des adolescent et jeunes de notre échantillon était de sexe féminin. La religion musulmane était prédominante (97%) et 7 adolescents et jeunes sur 10 étaient en couple.

En ce qui concerne la scolarisation, 35% des adolescents et jeunes ayant participé à notre étude était non scolarisé.

La majorité des adolescents et jeunes (73%) ont déjà visité au moins une fois les centres ciblés par le projet contre 26% qui les visitaient pour la première fois.

Tableau 3: Perception globale (%) des adolescents et jeunes sur l'organisation des services reçus dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES en Juin-Juillet 2021 (n=203)

Variables		Fréquence (n=203)	Pourcentage (%)
<b>Couverture Besoin en SSR</b>			
Les jeunes reçoivent les services pour lesquels ils sont venus	Oui	187	92.12
	Non	16	7.88
<b>Education pour la SSR</b>			
Le prestataire de services informe des services disponibles	Oui	174	85.71
	Non	29	14.29
Le prestataire de services vous a posé des questions sur les relations sexuelles	Oui	108	53.20
	Non	95	46.80
Un prestataire de services a expliqué comment éviter des maladies	Oui	168	82.76
	Non	35	17.24
<b>Convivialité et amitié du prestataire</b>			
Le prestataire de services traite les adolescents de manière amicale	Oui	188	92.61
	Non	15	7.39
<b>Respect du Choix éclairé</b>			
Respect des besoins des adolescents et jeunes par le prestataire de services	Oui	196	96.55
	Non	7	3.45
Le prestataire obtient l'accord du jeune avec le traitement/la procédure/la solution proposée	Oui	178	87.68
	Non	25	12.32
Bonne écoute du prestataire	Oui	195	96.06
	Non	8	3.94
Mise en confiance	Oui	186	91.63
	Non	17	8.37
<b>Accessibilité</b>			
Services SSR abordables	Oui	127	62.56
	Non	76	37.44
Proximité des centres de santé des jeunes et adolescents	Oui	145	71.43
	Non	58	28.57

Source : Evaluation de la qualité de mise en œuvre des services SSR dans les CSI et CAJ ciblés par JADES 2 Juin-Juillet 2021

Pendant la visite des adolescents et jeunes dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2, la majorité (92%) affirmait que leur besoin en SSR était couvert et que le prestataire de service les avait traités de façon amicale (92%). Ils affirmaient également que le prestataire a fait preuve de bonne écoute (96%) et avait assuré leur mise en confiance (92%).

Par contre, près de la moitié des adolescents et jeunes (45,80%) affirmait que le prestataire n'avait pas posé de question sur leur relation sexuelle.

Tableau 4: Perceptions des adolescents et jeunes en fonction du sexe et de la situation matrimoniale sur l'organisation des services reçus dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES en Juin-Juillet 2021 (n=203)

	Sexe		p*	Situation matrimoniale		p*
	Femme (%)	Homme (%)		Célibataire (%)	En couple (%)	
Convenance horaire d'ouverture			0,387			0,780
Non	31 (17,82)	3 (11,11)		11 (18,03)	23 (16,43)	
Oui	143 (82,18)	24 (88,89)		50 (81,97)	117 (83,08)	
Temps d'attente			0,838			0,443
Long	71 (40,80)	12 (42,86)		23 (37,10)	60 (42,86)	
Court	103 (59,20)	16 (57,14)		39 (62,90)	80 (57,14)	
Informé des services disponibles			<b>0,020</b>			0,213
Non	29 (16,57)	0		6 (9,68)	23 (16,31)	
Oui	146 (83,43)	28 (100)		56 (90,32)	118 (83,69)	

Discrimination			0,419			0,808
Oui	171 (97,71)	28 (100)		61 (98,39)	138 (97,03)	
Non	4 (2,29)	0		1 (1,61)	3 (2,13)	
Les services SSR sont abordables			<b>0,006</b>			<b>0,023</b>
Non	72 (41,14)	4 (14,29)		16 (25,81)	60 (42,55)	
Oui	103 (58,86)	24 (85,71)		46 (74,19)	81 (57,45)	
Le centre de santé est proche			0,176			0,054
Non	53 (30,29)	5 (17,86)		12 (19,35)	46 (32,62)	
Oui	122 (69,71)	23 (71,43)		50 (80,65)	95 (67,38)	

\* Test de Khi-deux de Pearson ; En couple= Mariée + concubinage + Divorcé et veuve ou veuf

Source : Evaluation de la qualité de mise en œuvre des services SSR dans les CSI et CAJ ciblés par JADES 2 Juin-Juillet 2021

Le tableau 4 ci-dessus présente une analyse comparative de la perception de l'organisation des services SSR selon le sexe et la situation matrimoniale des adolescents et jeunes. Seul le fait d'être informé des services disponibles (0,020), lorsque les services sont abordables (0,006 ; 0,023) sont respectivement significatifs avec le sexe et la situation matrimoniale.

En effet, la majorité des femmes (83%) aurait plus de chance d'être informées des services SSR disponibles que les hommes. De plus, environ (41%) des femmes trouvent que les services SSR n'étaient pas abordables bien que la majorité des adolescents et jeunes célibataires (74%) ayant participé à notre enquête trouvait que les services étaient abordables.

Tableau 5: Perceptions des adolescents et jeunes en fonction du sexe et de la situation matrimoniale sur la relation avec le prestataire des services dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES en Juin-Juillet 2021 (n=203)

	Sexe		p*	Situation matrimoniale		p*
	Femme (%)	Homme (%)		Célibataire (%)	En couple (%)	
Questionne les relations sexuelles			0,439			0,068
Non	80 (84,21)	95 (87,96)		35 (36,84)	27 (25,00)	
Oui	15 (15,19)	13 (12,04)		60 (63,16)	81 (75,00)	
Explique comment éviter les maladies			0,128			0,781
Non	33 (18,86)	2 (7,17)		10 (16,13)	25 (17,73)	
Oui	142 (81,14)	26 (92,86)		52 (83,87)	116 (82,27)	
Respect choix-besoin			0,969			0,908
Non	6 (2,96)	1 (0,49)		2 (0,99)	5 (2,46)	
Oui	169 (83,21)	27 (13,30)		60 (29,56)	136 (67)	
Accord pour la solution proposée			<b>0,033</b>			0,273
Non	25 (14,29)	0		10 (16,13)	15 (10,64)	
Oui	150 (85,71)	28 (100)		52 (83,87))	126 (89,36)	
Preuve de bonne écoute			0,914			0,728
Non	7 (4,00)	1 (3,57)		2 (3,23)	6 (4,26)	
Oui	168 (96,00)	27 (96,43)		60 (96,77)	135 (95,74)	
Traite de façon amicale			0,107			<b>0,037</b>
Non	15 (8,57)	0		1 (1,61)	14 (9,93)	
Oui	160 (91,43)	28 (100)		61 (98,39)	127 (90,07)	

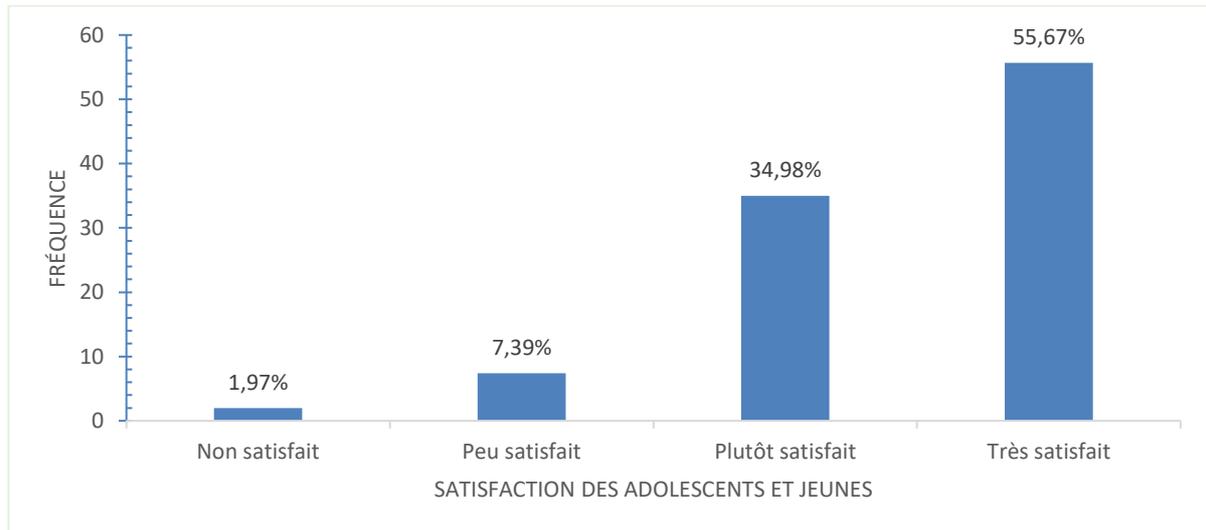
\* Test de Khi-deux de Pearson ; En couple= Mariée + concubinage + Divorcé et veuve ou veuf

Source : Evaluation de la qualité de mise en œuvre des services SSR dans les CSI et CAJ ciblés par JADES 2 Juin-Juillet 2021

Le tableau 5 ci-dessus présente une analyse comparative de la perception des adolescents et jeunes sur la relation avec le prestataire des services dans les CSI et CAJ ciblés par le projet

JADES 2. Seuls le fait d’avoir l’accord des adolescents et jeunes pour la solution proposée et le fait d’être traité de façon amicale sont statistiquement significatifs.

En effet, les prestataires des services SSR seraient susceptibles de demander l’accord de la majorité des femmes (83,71%) contre la totalité des hommes (100%) pour la solution proposée. De plus, la majorité des adolescents et jeunes (90%) indépendamment de la situation matrimoniale ont été traitée de façon amicale dans les centres ciblés par le projet JADES 2.



Source : Evaluation de la qualité de mise en œuvre des services SSR dans les CSI et CAJ ciblés par JADES 2, Juin-Juillet 2021

Figure 6 Niveau de satisfaction des adolescents et jeunes sur les services reçus dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES en Juin-Juillet 2021 (n=203)

La moitié des adolescents et jeunes ayant participé à notre étude (56%) était très satisfaite des services SSR reçus dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES. Seulement 2 % des participants n’était pas satisfaits.

Tableau 6: Connaissance globale en santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes reçus dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES en Juin-Juillet 2021 (n=203)

	Femme (%)	Homme (%)	Total (%)
Connaissances des méthodes de prévention des grossesses <sup>a</sup>			
Non	65 (37,14)	6 (21,43)	71 (34,98)
Oui	110 (62,86)	22 (78,57)	132 (65,02)
Connaissances des moyens de prévention des IST/VIH <sup>b</sup>			
Non	67 (38,29)	3 (10,71)	70 (34,48)
Oui	108 (61,71)	25 (89,29)	133 (65,52)

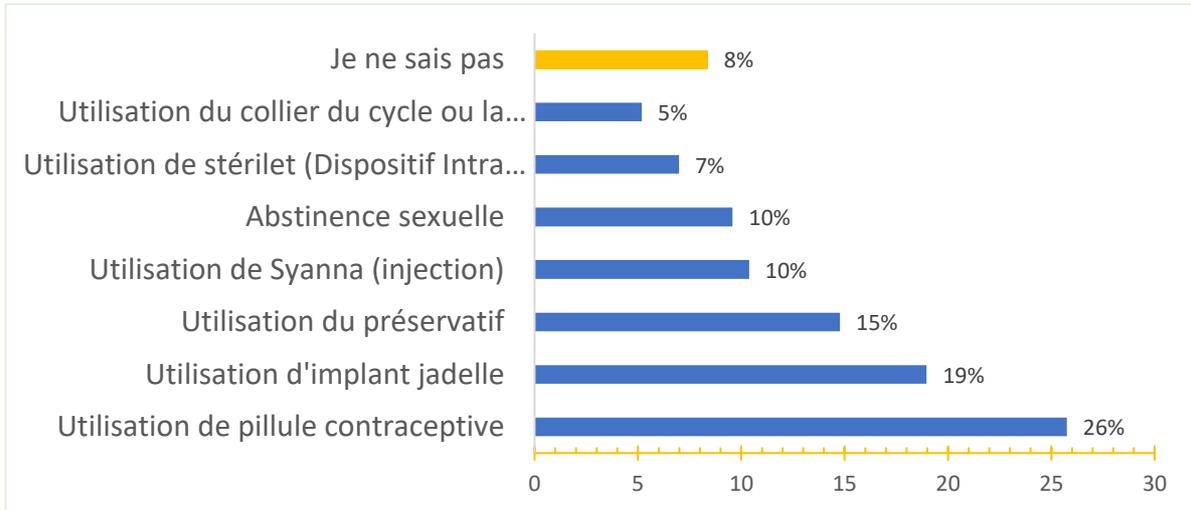
<sup>a</sup> : Connaissance des méthodes de prévention des grossesses est Oui si l’enquêté peut au moins citer 3 moyens de prévention ; Non dans le cas contraire.

<sup>b</sup> : La connaissance des moyens de prévention des IST/VIH est Oui si l’enquêté peut citer au moins 3 moyens de prévention ; Non dans le cas contraire.

Source : Evaluation de la qualité de mise en œuvre des services SSR dans les CSI et CAJ ciblés par JADES 2 Juin-Juillet 2021

La majorité des adolescents et jeunes (65%) ayant participé à notre enquête connaissait au moins trois méthodes de prévention des grossesses non désirées et au moins deux moyens de prévention des IST/VIH.

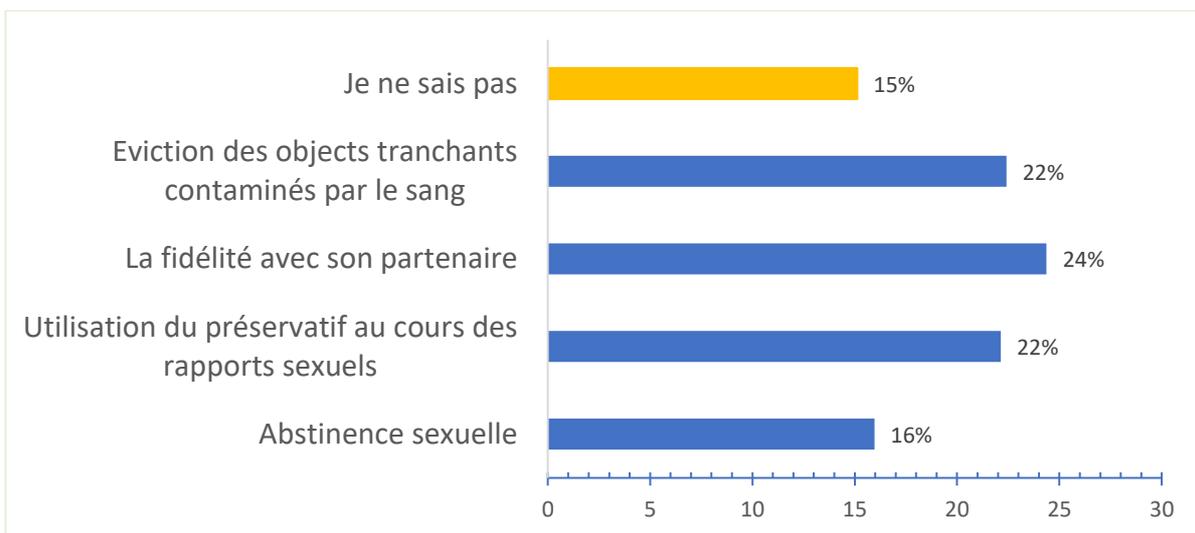
Les hommes (98%) connaissaient mieux les moyens et méthodes de prévention des grossesses et des IST/VIH que les femmes (61%).



Source : Evaluation de la qualité de mise en œuvre des services SSR dans les CSI et CAJ ciblés par JADES 2 Juin-Juillet 2021

Figure 7 Connaissance des différents moyens de prévention des grossesses des adolescents et jeunes reçus dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES en Juin-Juillet 2021 (n=501)

L'utilisation de pilule contraceptive (26%) et l'utilisation de l'implant (19%) étaient les méthodes les plus citées par les adolescents et jeunes pour prévenir les grossesses précoces et non désirées. Cependant 8% des enquêtés ne connaissait aucune méthode de prévention des grossesses non désirées.



Source : Evaluation de la qualité de mise en œuvre des services SSR dans les CSI et CAJ ciblés par JADES 2 Juin-Juillet 2021

Figure 8 Connaissance des moyens de prévention des IST/VIH des adolescents et jeunes reçus dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES en Juin-Juillet 2021 (n=357).

Les moyens les plus cités par les adolescents et jeunes pour prévenir les IST/VIH sont respectivement la fidélité avec son partenaire (24%) l'éviction des objets tranchants contaminés par le sang (22%) et l'utilisation du préservatif pendant les rapports sexuels (22%).

Tableau 7: Analyse bivariée de la connaissance des moyens de prévention des grossesses précoces et non désirées avec les caractéristiques individuelles, les CSI et CAJ et la perception sur les services reçus par les adolescents et jeunes (n=203).

	Connaissance des méthodes <sup>a</sup> de prévention des grossesses précoces et non désirées			
	Oui	Non	OR (IC 95%)	P value
CNRJ-B				
Oui	25	3	1,66 (0,43 ; 2,90)	<b>0,008</b>
Non	107	68	1 (référence)	
CNSR				
Oui	0	7	-	
Non	132	64		
CSI Aéroport				
Oui	4	22	-2,66 (-3,78 ; -1,54)	<b>&lt; 0,001</b>
Non	128	49	1 (référence)	
CSI Gamkalé				
Oui	17	10	-0,10 (0,94 ; 0,73)	0,809
Non	115	61	1 (référence)	
CSI Andoumé				
Oui	24	2	2,03 (0,56 ; 3,51)	<b>0,007</b>
Non	108	69	1 (référence)	
CSI Koara kano				
Oui	18	7	1,14(-0,39 ; 2,67)	0,145
Non	141	64	1 (référence)	
CSI place du chef				
Oui	114	64	0,36 (-0,55 ; 1,29)	0,437
Non	18	7	1 (référence)	
CSI Recasement				
Oui	23	3	1,56 (0,32 ; 2,80)	<b>0,013</b>
Non	109	68	1 (référence)	
CSI Zaria2				
Oui	10	15	-1,18 (-2,04 ; -0,32)	<b>0,007</b>
Non	122	56	1 (référence)	
Sexe				
Féminin	22	6	1 (référence)	
Masculin	110	22	0,77 (-0,18 ; 1,72)	0,112
Age				
15-19 ans	105	53	0,27 (-0,40 ; 0,95)	0,424
20-24 ans	27	18	1 (référence)	
Niveau d'éducation				
Non scolarisés	13	3	1 (référence)	
Scolarisés <sup>b</sup>	132	68	-0,90 (-2,19 ; 0,38)	0,168

	Connaissance des méthodes <sup>a</sup> de prévention des grossesses précoces et non désirées			
	Oui	Non	OR (IC 95%)	P value
Première visite				
Oui	30	24	-0,55 (-1,19 ; 0,08)	0,09
Non	102	47	1 (référence)	
Interroge les relations sexuelles				
Oui	69	39	-0,1 (-0,68 ; 0,47)	0,717
Non	63	32	1 (référence)	
Explique comment éviter les maladies				
Oui	111	57	0,26 (-0,48 ; 1,00)	0,494
Non	21	14	1 (référence)	
Traite de façon amicale				
Oui	119	69	-1,32 (-2,84 ; 0,19)	0,087
Non	13	2	1 (référence)	
Satisfaction				
Oui	120	64	0,08 (-0,89 ; 1,07)	0,858
Non	12	7	1 (référence)	
Connaissance d'au moins 2 moyens de prévention IST				
Oui	115	18	2,99 (2,25 ; 3,73)	<b>&lt; 0,001</b>
Non	17	53	1 (référence)	

OR : odds ratio, IC : intervalle de confiance ; CSI : Centre Amis des jeunes ; CNSR : Centre National de la Santé de la Reproduction ; CNRJ-B : Centre National de Référence des Jeunes de Boukoki

a : La connaissance des méthodes de prévention des grossesses est OUI si l'enquêté peut au moins citer 3 moyens de prévention ; NON dans le cas contraire.

b : Scolarisés = Niveau primaire + Secondaire + Supérieur

Source : Evaluation de la qualité de mise en œuvre des services SSR dans les CSI et CAJ ciblés par JADES 2 Juin-Juillet 2021

Le tableau 7 ci-dessus présente la régression logistique de la connaissance d'au moins trois (03) méthodes de prévention des grossesses non désirées. Seuls le fait d'avoir visiter le CNRJ-B ( $p=0,008$ ), le CSI Aéroport ( $p<0,001$ ), le CSI Andoumé ( $p=0,007$ ), le CSI Recasement ( $p=0,013$ ) et le CSI Zaria 2 ( $p=0,007$ ) influencent significativement la connaissance de ces méthodes de prévention. Les autres variables ne sont pas significatives. En effet, les adolescents et jeunes ayant fréquenté le CNRJ-B (OR=1,66 ; 95% IC : 0,43-2,90), le CSI Andoumé (OR=2,03 ; 95% : 0,56 ; 3,51), le CSI Recasement (OR=1,56 ; 95% IC : 0,32-2,80) et ayant fréquenté CSI Zaria 2 (OR=-1,18 ; 95% IC : -2,04 ; -0,32) auraient plus de chance de connaître trois moyens de prévention des grossesses précoces et non désirées. Aussi le fait de connaître les moyens de prévention des IST/VIH ( $p < 0,001$ ) augmente significativement la connaissance des méthodes de prévention des grossesses non désirées ou précoces. Les adolescents et jeunes ayant connaissance des moyens de prévenir les IST/VIH ont 3 fois plus de chance de connaître 03 méthodes de prévention des grossesses (OR=2,99 ; 95% IC : 2,25-3,73). Par contre, les adolescents ayant visité le CSI Aéroport (OR=-2,66 ; 95% IC : -3,78 ; -1,54) et le CSI Zaria 2 (OR=-1,18 ; 95% IC : -2,04 ; -0,32) seraient susceptibles de ne pas connaître 03 moyens de prévention des grossesses non désirées ou précoces.

Tableau 8: Analyse bivariée de la connaissance des moyens de prévention des IST/VIH avec les caractéristiques individuelles, les CSI et CAJ et la perception sur les services reçus par les adolescents et jeunes (n=203).

	Connaissance des moyens <sup>a</sup> de prévention des IST/VIH			
	Oui	Non	OR (IC 95%)	P value
CNRJ-B				
Oui	27	1	2,86 (0,84 ; 4,88)	<b>0,005</b>
Non	106	69	1 (référence)	
CNSR				
Oui	0	7	-	
Non	133	63		
CSI Aéroport				
Oui	5	21	-2,39 (-3,42 ; -1,36)	<b>&lt; 0,001</b>
Non	128	49	1 (référence)	
CSI Gamkalé				
Oui	16	11	-0,30 (-1,13 ; 0,51)	0,464
Non	117	59	1 (référence)	
CSI Andomé				
Oui	24	2	2,01 (0,53 ; 3,48)	<b>0,007</b>
Non	109	68	1 (référence)	
CSI Koara kano				
Oui	8	5	-1,83 (-1,34 ; 0,97)	0,755
Non	125	65	1 (référence)	
CSI place du chef				
Oui	13	12	-0,64 (-1,49 ; 0,197)	0,133
Non	120	58	1 (référence)	
CSI Recasement				
Oui	23	3	1,54 (0,30 ; 2,78)	<b>0,015</b>
Non	110	67	1 (référence)	
CSI Zaria 2				
Oui	17	8	0,12 (-0,76 ; 1,02)	0,780
Non	116	62	1 (référence)	
Sexe				
Féminin	108	67	1 (référence)	
Masculin	25	3	1,64 (0,40 ; 2,87)	<b>0,009</b>
Age				
15 ; 19 ans	106	52	0,30 (-0,37 ; 0,98)	0,378
20 ; 24 ans	27	18	1 (référence)	
Niveau d'éducation				
Non Scolarisés	14	2	1 (référence)	
Scolarisés	68	119	-1,38 (-2,89 ; 0,12)	0,072
Première visite au CSI ou CAJ				
Oui	34	20	1 (référence)	
Non	99	50	-0,152 (0,80 ; 0,49)	0,645
Questionne les relations sexuelles				
Oui	71	37	0,02 (-0,55 ; 0,60)	0,943
Non	62	33	1 (référence)	
Explique comment éviter les maladies				

	Connaissance des moyens <sup>a</sup> de prévention des IST/VIH			
	Oui	Non	OR (IC 95%)	P value
Oui	113	55	0,43 (-0,32 ; 1,17)	0,254
Non	20	15	1 (référence)	
Traite de façon amicale				
Oui	12	66	-0,39 (-1,58 ; 0,78)	0,510
Non	11	4	1 (référence)	
Satisfaction				
Oui	124	60	0,83 (-0,12 ; 1,78)	0,087
Non	9	10	1 (référence)	
Connaissance des méthodes de prévention des grossesses (3méthodes)				
Oui	115	17	2,99 (2,25 ; 3,73)	<b>&lt; 0,001</b>
Non	18	53	1 (référence)	

OR : odds ratio, IC : intervalle de confiance ; CSI : Centre Amis des jeunes ; CNSR : Centre National de la Santé de la Reproduction ; CNRJ-B : Centre National de Référence des Jeunes de Boukoki

a : La connaissance des moyens de prévention des IST/VIH est OUI si l'enquêté peut citer au moins 3 moyens de prévention ; NON dans le cas contraire.

b : Scolarisés = Niveau primaire + Secondaire + Supérieur

Source : Evaluation de la qualité de mise en œuvre des services SSR dans les CSI et CAJ ciblés par JADES 2 Juin-Juillet 2021

Le tableau ci-dessus présente l'analyse bivariée de la connaissance des moyens de prévention des IST/VIH sur les caractéristiques individuelles des adolescents et jeunes et leurs perceptions sur les services reçus dans le cadre de la mise en œuvre du projet JADES 2. Seuls le fait d'avoir fréquenté le CNRJ ( $p=0,005$ ), le CSI Aéroport ( $p<0,001$ ), le CSI Andoumé ( $p=0,007$ ) et le CSI Recasement ( $p=0,015$ ), d'être de sexe masculin ( $p=0,009$ ) et le fait de connaître les méthodes de prévention des grossesses ( $p<0,001$ ) influençaient significativement la connaissance des moyens de prévention des IST/VIH.

En effet, les adolescents et jeunes qui ont visité le CNRJ (OR=2,86 ; 95% IC : -3,42 ; -1,36), le CSI Andoumé (OR=2,01 ; 95% IC : 0,53 ; 3,48), le CSI Recasement (OR=1,54 ; 95% IC : 0,30 ; 2,78), d'être de sexe masculin OR=1,64 (0,40 ; 2,87) et le fait de connaître 03 méthodes de prévention des grossesses (OR= 2,99 ; 95% IC : 2,25 ; 3,73) étaient susceptibles de connaître 2 moyens de prévention des IST/VIH.

Par contre, les adolescents et jeunes ayant visité le CSI Aéroport (OR=0,09 ; 95% IC : 0,03- 0,26) auraient plus de risque de ne pas connaître 02 moyens de prévention des IST/VIH.

Tableau 9: Analyse bivariée de la satisfaction des adolescents et jeunes des services reçus sur les caractéristiques individuelles, les CSI et CAJ et la perception sur les services reçus (n=203).

	Satisfaction <sup>a</sup> des adolescents et jeunes			
	Oui	Non	OR (IC 95%)	P value
CNRJ-B				
Oui	27	1	1,12 (-0,92 ; 3,18)	0,281
Non	157	18	1 (référence)	
CNSR				
Oui	7	0	-	
Non	177	19		
CSI Aéroport				
Oui	26	0	-	
Non	158	19		
CSI Gamkalé				
Oui	24	3	-0,22 (-1,52 ; 1,08)	0,738
Non	160	16	1 (référence)	
CSI Andomé				
Oui	26	0	-	
Non	158	19		
CSI Koira Kano				
Oui	5	8	-3,25 (-4,53 ; -1,98)	<b>&lt; 0,001</b>
Non	178	11	1 (référence)	
CSI place du chef				
Oui	24	1	0,99 (-1,06; 3,05)	0,344
Non	160	18	1 (référence)	
CSI Recasement				
Oui	23	3	-0,27 (-1,58 ; 1,03)	0,684
Non	161	16	1 (référence)	
CSI_Zaria2				
Oui	22	3	-0,32 (-1,63 ; 0,98)	0,63
Non	162	16	1 (référence)	
Sexe				
Féminin	158	17	0,33(-1,18 ; 1.85)	0.666
Masculin	26	2		
Age				
15-19 ans	144	14	0,25 (-0,82; 1,33)	0,648
20- 24 ans	40	5	1 (référence)	
Statut matrimonial				
Célibataire	126	15	-0,54 (-1,69 ; 0,60)	0,35
En couple	58	4	1 (référence)	
Première visite au CSI ou CAJ				
Oui	49	5	1 (référence)	0,976
Non	135	14	0,03 (-1,05 ; 1,08)	
Temps d'attente court				
Oui	114	5	1,53 (0,46 ;2,95)	<b>0,005</b>
Non	69	14	1 (référence)	
Respect choix				

	Satisfaction <sup>a</sup> des adolescents et jeunes			
	Oui	Non	OR (IC 95%)	P value
Oui	182	14	3,48 (1,75 ; 5,2)	< 0,001
Non	2	5	1 (référence)	
Mise en confiance				
Oui	174	12	2,31 (1,18 ; 3,44)	< 0,001
Non	10	7		
Traite de façon amicale				
Oui	174	14	1,82 (0,62 ; 3,03)	0,003
Non	10	5	1 (référence)	
Non-discrimination				
Oui	3	1	-1,20 (-3,52 ; 1,10)	0,306
Non	181	18	1 (référence)	
Accessibilité économique				
Oui	123	4	2,02 (0,87 ; 4,16)	0,001
Non	61	15	1 (référence)	

OR : odds ratio, IC : intervalle de confiance ; CSI : Centre Amis des jeunes ; CNSR : Centre National de la Santé de la Reproduction ; CNRJ-B : Centre National de Référence des Jeunes de Boukoki

<sup>a</sup> : La satisfaction est OUI si l'enquêté est très satisfait ou plutôt satisfait ; NON si l'enquêté est peu satisfait ou Non satisfait

Source : Evaluation de la qualité de mise en œuvre des services SSR dans les CSI et CAJ ciblés par JADES 2 Juin-Juillet 2021

Le tableau 9 ci-dessus met en évidence l'analyse bivariée de la satisfaction des adolescents des services SSR reçus dans le cadre de la mise en œuvre du projet JADES 2. Seul le fait d'avoir fréquenté le CSI Koara Kano ( $p < 0,001$ ), de passer un temps d'attente court ( $p = 0,005$ ), le respect du choix par le prestataire de services SSR ( $p < 0,001$ ), d'être mis en confiance ( $p < 0,001$ ), d'être traité de façon amicale ( $p = 0,003$ ) et le fait que les services soient accessibles économiquement ( $p < 0,001$ ) étaient statistiquement significatifs. Aucune association n'a été retrouvées entre les variables sexe, âge, statut matrimonial et la non-discrimination avec la satisfaction des adolescents et jeunes.

En effet, les adolescents et jeunes dont le temps d'attente était court (OR=1,53 ; 95% IC : 0,46-2,95), ceux dont leurs choix étaient respectés (OR=3,48 ; 95% IC : 1,75-5,2), ceux qui ont été mis en confiance (OR=2,31 ; 95% IC : 1,18-3,44), traités de façon amicale (OR=1,82 ; 95% IC : 0,62-3,03) et des services moins chères (OR=2,02 ; 95% IC : 0,87-4,16) auraient plus de chance d'être satisfaits des services SSR reçus.

Par contre, le fait de visiter le CSI Koara Kano (OR=-3,25 ; 95% IC : -4,53 ; -1,98) diminuerait la chance d'être satisfait.

### 3.3 Analyse des données qualitatives des entretiens auprès des professionnels de santé des CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2

Les données qualitatives ont été recueillies pour compléter les aspects qui n'ont pas été couverts par les données quantitatives. L'entretien était donc axé principalement sur les services les plus demandés par les jeunes et les adolescents qui fréquentent les centres, la perception des agents de santé sur la qualité des services offerts, leur appréciation sur le dispositif d'évaluation de la qualité, les défis auxquels ils sont confrontés et leurs suggestions susceptibles d'améliorer la qualité des services SSR aux adolescents et jeunes du Niger.

Neuf (9) entretiens semi-directifs ont été effectués durant notre période d'étude. Ils ont concerné les agents de santé points focaux du projet à Niamey et à Maradi au Niger.

En effet, sur les 9 informateurs, toutes des femmes, deux (2) étaient médecins généralistes, deux (2) des infirmières, quatre (4) des sage-femmes et une (1) technicienne supérieure en santé sexuelle et reproductive. Leur tranche d'âge variait entre 32 et 44 ans avec une moyenne d'âge de 34 ans. 8 agents sur 9 ont reçu une formation complète en SSRAJ et cette formation datait de moins de 1 an. La majorité avait moins de 2 ans d'expérience dans les différents CSI et CAJ ciblés par le projet.

Les discours recueillis ont permis de retenir ce qui suit :

❖ **Le manque d'information, de moyens financiers, l'accessibilité géographique, la stigmatisation, la peur et la religion constituaient les obstacles à la fréquentation des adolescents et jeunes aux CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2.**

*« Dans mon centre, c'est le problème d'accessibilité, les jeunes n'ont pas accès en majorité au centre et le manque d'information sur les services fournis au CSI [...], Le manque d'argent pour honorer les ordonnances même si la consultation est gratuite » Madame X, Sage-femme*

*« Le manque d'information est le grand problème [...], la stigmatisation, la peur et la religion. La religion ne les empêche pas de venir mais avec la religion dès qu'on voit une jeune fréquenter un centre de santé, c'est qu'elle est déjà pervertie, [...] il va prendre du préservatif, c'est qu'elle est enceinte. La religion dit qu'on ne doit pas passer à l'acte avant le mariage. Alors que le centre ce n'est pas seulement histoire de sexe ou autre, le jeune peut venir chercher des informations tout court » Madame Y, Infirmière*

❖ **Les services de prise en charge d'IST, de contraception et de dépistage du VIH étaient les plus demandés par les adolescents et jeunes dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2.**

*« Il y a ceux qui viennent pour la PF et les services de prise en charge des maladies, rarement pour les services de la maternité. Les jeunes garçons viennent souvent pour prendre des préservatifs. Pour les conseils c'est rarement sauf pendant les séances de consultation sur le terrain » Madame X, Médecin*

« Les jeunes et les Professionnels de sexe demandent de faire le dépistage du VIH, les préservatifs et adoptent l'implants [...], les jeunes du quartier viennent souvent volontairement pour le préservatif et le dépistage du VIH » Madame Y, Infirmière

« Ils viennent aussi pour la prise en charge des IST et la contraception [...], surtout la nuit, les jeunes femmes viennent chercher les préservatifs » Madame Z, Sage-femme

« Leurs problèmes c'est surtout les IST et les viols. Au service médical, ils viennent pour le traitement symptomatique des IST, le dépistage volontaire, les tests de grossesse, les soins après avortement et le soutien psychologique » Madame X2, Sage-femme

❖ **La majorité des agents de santé savaient que les jeunes font recours à leur centre pour avoir une solution à un problème et l'accueil et la confidentialité sont tous aussi importants dans ce processus de recherche de solution.**

« Leurs attentes est d'avoir des solutions au problème qui les amène, Ils viennent pour être satisfaits, qu'on les prenne en charge comme ça se doit [...] et surtout qu'il n'y ait pas d'ordonnance, une prise en charge gratuite. C'est surtout l'accueil, la confidentialité et la mise en confiance » Madame X, Infirmière

« Quand un jeune vient, ça veut dire qu'il y a un problème, il veut que son problème soit résolu, que ça soit un problème de santé ou de la vie. Rien que le samedi passé, il y avait quelqu'un qui était venu, il avait un problème à m'expliquer, mais il a vu qu'on n'était pas seul à seul, il a refusé de m'expliquer son problème. » Madame Y, Médecin

« Dès qu'un jeune vient, la première des choses c'est l'accueil, s'il est bien accueilli c'est déjà bon. En santé on dit qu'un patient bien accueilli est à moitié guéri » Madame X2

❖ **La formation des agents de santé avait permis de lever les barrières pour la prise en charge des adolescents et jeunes. Elle avait permis d'éviter les préjugés et de dissocier les valeurs personnelles des valeurs professionnelles.**

« Pour moi je n'ai aucun problème, avant oui mais avec les formations ça va bien, je suis habitué à la prise en charge des jeunes » Madame X, Infirmière

« Comme j'ai l'habitude de recevoir les jeunes de 13 ans qui viennent prendre le préservatif, rien ne me surprend devant les cas. Une personne qui est sexuellement active aura beaucoup de chance d'avoir une IST ; quand le jeune vient peu importe le problème mon visage reste toujours passible. Je le prends en charge correctement en essayant de garder mon calme » Madame Y, Sage-femme

❖ **La confidentialité et le manque d'intrants étaient les principaux obstacles à l'offre des services de qualité dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2.**

« Mon problème c'est la salle de consultation, quand on parle ici, ceux qui sont de l'autre côté entendent, il y a un problème de confidentialité et de discrétion ici » Madame X, Médecin

« Pour la confidentialité, on peut dire oui et non. Oui parce que les jeunes peuvent passer derrière. Non parce que quand les jeunes viennent, il peut avoir des gens dans la salle, [...] il n’y a pas de lieu d’attraction » Madame Y, Sage-femme

« Les problèmes sont énormes, au niveau de la fréquentation du centre, les jeunes n’ont pas un local spécial pour eux pour la prise en charge. Ici ce sont généralement les femmes qui fréquentent. Par exemple dans mon centre, déjà quand vous partez les matins, la maternité et les services de prise en charge des maladies...on rentre par la même porte, la salle de la maternité est collée à la salle de prise en charge donc du coup, dès que tu rentres, tu vas croiser au moins plus de 20, 30 femmes qui sont dans l’accueil. Le jeune surtout quand il est homme, ou élève, [...] il est gêné. Aussi, la sensibilisation des jeunes n’est pas suffisante. Il y a des jeunes qui ne savent même pas où aller. Ils ont un problème mais ils ne savent pas où se rendre pour trouver une solution [...] On n’atteint pas toute la cible. Les jeunes n’ont pas d’argent [...], en dehors des reçus de consultation, si on n’a pas un produit disponible, on est obligé de le prescrire à la pharmacie et là-bas c’est très cher. » Madame Z, Infirmière

« La salle PF est très coincée, même les agents ne se sentent pas à l’aise à plus forte raison les jeunes quand ils viennent. La confidentialité n’est pas très garantie [...], notre site de prise en charge des jeunes a besoin d’un grand coup de main. Madame X2, Médecin

« On n’a pas les intrants, le plateau qui n’est pas adapté. Je fais des dépistages volontaires, je fais des soins après avortement, je consulte les femmes...je ne dispose pas toujours des gants. On ne peut pas toucher un patient sans gants. Quand le jeune vient ici et qu’il a une IST...la liste de l’ordonnance est longue et dès qu’on fait la liste, le jeune dit mais Madame, je n’ai pas les moyens pour acheter tout ça. » Madame Y2, Sage-femme

❖ **De nos entretiens, les agents de santé avaient une bonne perception sur les scores de qualité de leur centre et étaient très motivés à son amélioration.**

« Le score est encourageant vu qu’on est au début dans les services pour les jeunes ; avec le temps le résultat sera meilleur » Madame X, TSO

« Vraiment je pense que ça peut s’améliorer, nous allons maintenant sur le terrain dans les écoles pour les sensibilisations » Madame Y, Infirmière

« Dans l’ensemble c’est acceptable, on veut améliorer. Des fois c’est le manque de moyens qui fait qu’on est limité » Madame Z, Sage-femme

« Par rapport à la qualité, j’ai des agents qui sont compétents, j’ai une sage-femme qui a des prérequis sur la SSR, elle a l’art de parler avec les jeunes et quand les jeunes viennent, elle les met en confiance » Madame X2, Infirmière

« Pour notre score, en matière de prise en charge des jeunes, c’est bien et j’ai bien apprécié c’est l’hygiène qui pose problème chez nous [...] si non les autres aspects notamment l’accueil, la confidentialité, les horaires, on est en train d’y remédier. » Madame Y2, Sage-femme

❖ **La perception sur le dispositif d'évaluation et d'amélioration de la qualité des services SSR aux adolescents et jeunes du projet était plutôt bonne ; cependant des aspects restaient à investir pour rehausser les scores de qualité.**

*« Je pense que par rapport à leur façon de superviser, c'est une très bonne façon, et c'est rentable, parce qu'avant leur supervision, il y a des choses qu'on ne faisait pas, mais avec la supervision, le mentoring et la mise en place des feuilles de route, les choses s'améliorent »*  
Madame X, Infirmière

*« Si par exemple on peut évaluer le centre à travers une activité sur le terrain, je dirai que ça serait encore meilleur. On peut nous évaluer sur les activités sur le terrain notamment une activité de sensibilisation, une réunion avec les jeunes [...] On pourrait nous évaluer en fonction du nombre de jeunes qu'on arrive à mobiliser dans le quartier ou en fonction de la participation des jeunes aux réunions »* Madame Y, Sage-femme

*« Ce que moi j'aimerais que les agents de Solthis fassent, qu'ils expliquent après chaque évaluation comment ils ont fait les pondérations et nous expliquer clairement les insuffisances [...] Nous nous voulons nous améliorer et si on connaît la faille, on pourrait trouver ensemble les solutions »* Madame Z, Infirmière

### **Commentaires**

Les besoins non satisfaits des adolescents et jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive existent et sont grandissants au Niger. Ils se caractérisent par la demande en contraception et en planification familiale, le dépistage et la prise en charge des IST. Ces services devraient être offerts dans un environnement adapté avec un circuit de soin facilité.

Les obstacles liés à la société notamment les pesanteurs sociales et la religion constituent les goulots d'étranglement à l'accès et à la fréquentation des adolescents et jeunes pour bénéficier des services SSR de qualité.

Aussi les obstacles liés au système de santé notamment son organisation posent des difficultés dans la prise en charge des adolescents et jeunes en SSR. La confidentialité et le manque d'intrants et de médicaments accessibles économiquement ont été identifiés.

Enfin, le management des centres de santé et de la qualité des services a été identifié comme élément important de l'amélioration des performances des centres de santé ciblés par le projet.

## 4 Discussion

### 4.1 Rappel des principaux résultats

#### - **Le score de qualité des CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2.**

L'évaluation de la qualité de mise en œuvre des services de santé sexuelle et reproductive auprès des adolescents et jeunes dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2 a révélé que le score de qualité était de 67%. Les services sont jugés de qualité moyenne. Ce résultat est supérieur à ceux obtenus par Mulugeta *et al.* en 2019 en Ethiopie (48%) et égal à celui obtenu en Chine (67%) par le projet CFPA & PATH en 2005.

En évaluant les dimensions structures et processus de la qualité des services SSR, on note que 4 centres sur 9 ont atteint un score supérieur à 75% pour la structure. Aucun CSI ou CAJ ciblé par le projet n'a atteint un score de 75% pour les indicateurs de processus. De façon globale les services offerts sont de qualité moyenne et aucun des 9 centres n'a obtenu un score inférieur à 50% chose que nous trouvons à l'actif des activités du projet. Nous constatons également que le score des indicateurs de structure était de 74% tandis que celui du processus était de 64%. On en déduit que la dimension qui entrave la qualité des services SSR dans les CSI et CAJ ciblés par le projet réside dans l'interaction entre les prestataires de services et les adolescents et jeunes. Ces résultats sont généralement meilleurs que ceux de la littérature. En effet, dans une étude réalisée par Mulugeta *et al.* en 2019 le score pour les dimensions de la structure et des processus de la qualité était respectivement 54,41% et 42,0%. La dimension processus de la qualité était la plus compromise. Il a également constaté qu'aucun des établissements de santé ne fournissait une bonne qualité de services ( $\geq 75\%$ ).

#### - **Qualité structurelle des services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux adolescents et jeunes dans les SI et CAJ ciblés par le projet JADES 2.**

Tous les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2 ont de meilleurs scores en ce qui concerne les indicateurs du système d'information sanitaire (100%), l'hygiène (94%) et la formation du personnel en DSSRAJ (96%). Ces résultats seraient imputables aux différents renforcements de compétences qui se font régulièrement dans les différents centres ciblés notamment les formations en DSSR, sur les VBG, les SAA... et la dotation en matériels médicaux techniques. Ces formations des agents de santé auraient permis de lever les barrières pour la prise en charge des adolescents et jeunes. Elles auraient permis d'éviter les préjugés et de dissocier les valeurs personnelles des valeurs professionnelles.

Par contre le système de référencement (15%), la disponibilité Matériel (81%) et l'organisation générale (66%) souffrent d'insuffisances et sont les indicateurs qui même si certains sont supérieurs à 75% entravent le score de qualité dans les CSI et CAJ ciblés par le projet.

En effet, dans les CSI et CAJ ciblés par le projet, il n'existe pas un circuit de référencement ou un cadre permettant de d'orienter les adolescents et jeunes vers des centres offrants d'autres

services dont ne disposent pas ces centres ciblés, notamment les services sociaux et médico-juridiques. Si nous savons que la prise en charge des adolescents et jeunes devrait être holistique et devrait couvrir tous leurs besoins, nous pensons que cette insuffisance pourrait porter préjudice à leur santé.

Quant à la disponibilité du matériel, l'écart important se trouve au niveau des intrants et consommables nécessaires à la prise en charge incluant les médicaments nécessaires à la prise en charge des IST. Ce problème est revenu dans presque tous les centres lors de nos entretiens. Tous les agents ont proposé pour pallier à ce problème la mise à disposition dans les centres des médicaments pour faciliter la prise en charge des jeunes car le plus souvent, les adolescents et jeunes n'ont pas les moyens pour honorer aux ordonnances.

Dans 6 centres sur 9, il n'existe pas un local spécifique destiné à la prise en charge des adolescents et jeunes. Certains prestataires ont notifié l'exiguïté de leur salle de consultation. Nous savons les grands enjeux que l'indisponibilité d'un cadre approprié à cette tranche d'âge peut entraîner notamment la fréquentation et la confidentialité ou le manque de confiance que cela peut susciter. Mulugeta *et al.* en 2019 ont obtenu dans leur étude réalisée en Ethiopie que tous les établissements disposaient de salles séparées qui leur permettent de fournir le paquet essentiel de services. Ils ont aussi identifié que certains centres de santé n'avaient pas de zone d'attente.

Les facteurs structurels de l'établissement de santé tels que les horaires d'ouverture, la disponibilité des consommables notamment les médicaments essentiels, la disponibilité du matériel d'information, d'éducation et de communication en matière de SSR spécifiquement élaborés pour les publics jeunes et adolescents et l'existence de protocoles nationaux relatifs aux activités SSRAJ, se sont avérés être problématiques dans certains centres ciblés par le projet JADES 2. Mulugeta *et al.* 2019 dans leur étude ont aussi constaté que le matériel d'information, d'éducation et de communication (IEC) pour informer les jeunes clients ne sont pas disponibles et deux des centres de santé ont été confrontés à une interruption des fournitures essentielles telles que kit VIH et préservatifs pendant 12 mois.

Par rapport aux horaires d'ouverture elles ne sont pas adaptées aux jeunes et adolescents et jeunes et ne sont pas affichées à l'entrée du centre. Cet aspect vient consolider le souci d'accessibilité et de fréquentation auquel peuvent être confrontés les CSI et CAJ ciblés par le projet. Car si le centre n'est pas ouvert aux heures creuses où les jeunes sont disponibles, même s'ils ont des soucis de santé, ils ne pourront pas les visiter.

Tessema *et al* en 2016 affirment que lorsqu'un grand nombre de jours dans la semaine pour service de planning familial, des établissements plus proches du domicile du client et des heures d'ouverture perçues comme pratiques par les clients, sont positivement associées à la fréquentation. Aussi L'installation physique peu pratique, la présence de multiples facteurs d'interruptions et le fait de laisser les portes ouvertes pendant la consultation, étaient les raisons les plus critiques du manque de confidentialité identifiée. Munea *et al.* en 2020 a aussi constaté qu'aucun des établissements de santé ne disposait d'un panneau de signalisation

contenant les informations sur les jours et heures de travail pour la fourniture des services de SSR. De même, aucun établissement de santé ne fournissait d'informations écrites sur les services de SSR disponibles aux clients.

- **Qualité liée au processus de mise en œuvre des services SSR adaptés aux adolescents et jeunes dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2**

Bien que dans l'exploration documentaire, nous avons constaté que 91% des centres offrait les services dans la confidentialité, lors de nos entretiens, il s'est posé le problème de la confidentialité avec les prestataires. Si déjà l'organisation structurelle des centres ne permet pas de recevoir les jeunes dans un cadre qui leur est spécifique, la confidentialité et surtout la peur de ces jeunes au regard des personnes qu'ils pourront rencontrer dans les services pose problème. Et certains agents affirment que les jeunes se sentent mal à l'aise si déjà dans la salle d'attente, ils sont tous ensemble avec les femmes d'un certain âge.

Pendant l'interaction entre le prestataire et les adolescents et jeunes, aucun prestataire n'a rappelé le caractère confidentiel de la consultation et le prestataire de services n'informe pas des services disponibles dans 85.71% des cas. Ces résultats sont supérieurs à ceux de Thongmixay *et al.* en 2020 et Mulugeta *et al.* en 2019.

En effet, dans l'étude réalisée par Thongmixay *et al.* en 2020 une grande partie des clients pense que d'autres personnes pouvaient entendre leur consultation (46,9%). En outre, bien que 94,9% des consultations, le prestataire de services a déclaré que la confidentialité était assurée, mais seulement 59,5% des clients ont estimé que la confidentialité était garantie et 59,5% des clients avaient le sentiment que les informations qu'ils ont fournies seront gardées confidentielles. Mulugeta *et al.* en 2019 dans leur étude révélait que les résultats de l'interaction client-prestataire montrent qu'aucun des prestataires ne s'est présenté aux clients pour établir un bon rapport et 50% des clients ont été informés des services disponibles.

Dans l'offre de services, 61% des centres utilise des protocoles nationaux dédiés à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2. Ces résultats sont supérieurs à ceux obtenus par Thongmixay *et al.* en 2020 où sur 12 établissements, seuls deux établissements ont pu montrer le protocole lorsqu'on leur a demandé.

A l'évaluation de la compétence à travers la consultation, le score obtenu était de 66%. Cependant, le niveau de compétence technique est extrêmement varié dans les centres ciblés. Ils sont tout de même acceptables en général. Néanmoins certains aspects capitaux ont été négligés pendant les consultations notamment l'intégration de la recherche des violences basées sur le genre (VBG). Ceci pourrait être expliqué par le fait que les prestataires de santé n'ont pas tous le même profil, certains sont plus qualifiés que d'autres. Ces résultats correspondent avec ceux de Munea *et al.* en 2020 dans leur étude, où tous les prestataires

ont clairement expliqué que les services sont fournis en fonction de la plainte principale des patients.

La majorité des centres (85%) n'a pas de système impliquant les jeunes dans le programme d'offre de services SSRAJ. Il nous semble déterminant le rôle que peuvent jouer les jeunes pour la réussite des activités à travers l'influence sur leurs pairs. Et il est également connu qu'on ne peut faire le bonheur des jeunes sans les jeunes. Les mêmes constats ont été faits par Mulugeta *et al.* en 2019 où les jeunes ne sont pas impliqués dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des services.

La moitié des centres ciblés par le projet (59%) mène des activités communautaires. Les activités communautaires devraient favoriser la création de la demande et impulser la fréquentation des centres. Six centres sur neuf mènent des activités dans la communauté notamment les sensibilisations, les causeries en groupes restreints, les projections de films et le dépistage volontaire et anonyme du VIH.

- **Qualité liée aux résultats de mise en œuvre des services SSR adaptés aux adolescents et jeunes dans les CSI et CAJ du projet JADES 2**

Les services de prise en charge d'IST, de contraception et de dépistage du VIH sont les plus demandés par les adolescents et jeunes dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2.

Un adolescent et jeune sur deux ayant participé à notre étude était très satisfait (56%) des services SSR reçus dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES. Mais 2 % n'était pas satisfaits.

En effet, les facteurs de satisfaction étaient le temps d'attente court (OR=4,63 ; 95% IC : 1,60-13,41), le respect du choix (OR=3,48 ; 95% IC : 1,75-5,2), la mise en confiance (OR=2,31 ; 95% IC : 1,18-3,44), l'accueil amical (OR=1,82 ; 95% IC : 0,62-3,03) et l'accessibilité économique des services (OR=2,02 ; 95% IC : 0,87-4,16) et au centre visité. Ces résultats sont semblables à ceux obtenus par Mulugeta *et al.* 2019 où environ 50% des clients était très satisfaits des soins prodigués dans le coin santé adapté aux jeunes. Le niveau de satisfaction varie en fonction du CSI ou du CAJ visité. Elle était également inhérente à la classe d'âge des adolescents et jeunes ; le groupe d'âge de 15 à 19 ans étaient plus susceptibles d'être satisfaits. Mulugeta *et al.* en 2019 obtiennent que le temps d'attente fut associé de manière significative à la satisfaction des jeunes. Les clients qui ont attendu les services pendant plus d'une heure sont 98 % moins susceptibles d'être satisfaits.

Cependant les adolescents et jeunes ayant visité le CSI Koara Kano ont plus de risque de ne pas être satisfaits (OR=-3,25 ; 95% IC : -4,53 ; -1,98). Alors que ce centre a obtenu un des meilleurs scores de qualité global. On peut en déduire que même lorsqu'un centre a de meilleur score, l'interaction patient et prestataire de service peut ne pas être satisfaisante.

En ce qui concerne l'éducation pour la santé, le score de la qualité obtenu était de 39%. Les éléments problématiques concernaient le HEAADSSS (Habitat, Education, Activité, Alimentation, Drogue, Sexualité, Santé mentale, Sécurité) dans les données de supervision et notamment le questionnement des relations sexuelles dans les données du questionnaire.

En effet 47% des adolescents et jeunes enquêtés affirmaient ne pas avoir été questionnés sur leur relation sexuelle. Alors que nous savons que l'évaluation des risques encourus en SSRAJ est la base d'interventions préventives et curatives efficaces.

Thongmixay *et al.* en 2020 dans leur étude ont aussi constaté que tous les sujets n'ont été abordés de manière approfondie comme le souhaitent les clients. Les informations relatives aux MST et au VIH/SIDA étaient rarement abordées. En conséquence, le processus d'information des utilisateurs est généralement peu efficace avec un matériel d'IEC (Information Education et Communication) rare et mal utilisé. Pour Munea *et al.* en 2020, les clients qui ont discuté de « la manière de prévenir les maladies et de ce qu'il faut faire pour rester en bonne santé » n'étaient présents que dans 55,5% des établissements de santé. Cela pourrait expliquer le fait que 15% et 8% des adolescents et jeunes inclus dans notre étude ne connaissaient respectivement aucun moyen de prévention des IST/VIH et des grossesses non désirées.

Selon Díaz & Díaz en 1993 les déficiences en matière de conseil sont dues non seulement à l'absence d'informations actualisées sur la technologie de la contraception, mais aussi à l'insuffisance des compétences en matière de communication et de techniques participatives. Ils ont également constaté dans leur étude que le matériel audiovisuel pour éduquer les clients n'est pas utilisé dans tous les cas.

Par ailleurs, les adolescents et jeunes ayant visité le CNRJ (OR=2,86 ; 95% IC : -3,42 ; -1,36), le CSI Andoumé (OR=2,01 ; 95% IC : 0,53 ; 3,48), le CSI Recasement (OR=1,54 ; 95% IC : 0,30 ; 2,78), d'être scolarisé ( $p=0,001$ ) et ceux connaissant 03 méthodes de prévention des grossesses (OR= 2,99 ; 95 IC : 2,25 ; 3,73) ont plus de chance de connaître 2 moyens de prévention des IST/VIH. Ceci est tout à fait logique et correspond aux données de la littérature. En effet, les personnes scolarisées sont prédisposées à connaître et à intégrer plus facilement les mesures préventives vis-à-vis des problèmes de santé. Aussi, dans la pratique, les conseils en matière de prévention des grossesses sont associés aux moyens de prévention des IST.

- **Dispositif d'évaluation et d'amélioration de la qualité des services SSR adaptés aux adolescents et jeunes dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2**

La perception sur le dispositif d'évaluation et d'amélioration de la qualité des services SSR aux adolescents et jeunes du Projet JADES 2 est plutôt bonne en se basant sur les déclarations des prestataires cliniciens. Néanmoins, des aspects restent à investir pour rehausser les scores.

Lors de nos entretiens, la majorité des agents de santé ont une bonne perception sur les scores de qualité de leur centre et sont très motivés à son amélioration. Mais certains ont énoncé les difficultés d'appréhension de l'outil d'évaluation du score de qualité et du retour d'informations sur les aspects qui impactent négativement le score de qualité. Ils proposent le partage du référentiel d'évaluation du score de qualité, une séance de travail après les évaluations de score pour adopter de façon multilatérale les approches de solution à

envisager. On devra également susciter l'engagement de tout le personnel de santé en faveur de la qualité.

#### 4.2 Forces et limites de l'étude

La force du projet réside dans les données de supervision. Ces données sont de bonne qualité et renseignent correctement la dimension structure et processus de la qualité des services SSR mise en œuvre par le projet JADES 2. La démarche d'évaluation de ces scores était très bien conduite.

L'enquête qualitative était d'une très grande importance, elle a permis d'identifier des pistes pour l'amélioration des services destinés aux adolescents et jeunes.

Cependant, nous avons été confrontés à des difficultés de fréquentation dans un centre pendant notre période de collecte. Cette difficulté nous a empêché d'avoir assez d'adolescents et jeunes dans notre échantillon. Ceci a diminué la puissance statistique de certains résultats et a perturbé l'analyse des données notamment les résultats de l'analyse logistique bivariée.

L'étude a concerné seulement les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2, les résultats obtenus n'ont pas la prérogative d'être généralisés à tout le contexte nigérien.

Dans notre échantillon nous avons constaté qu'environ 75% des adolescents et jeunes ayant participé à notre étude avaient déjà visité plusieurs fois les centres ciblés par le projet avant la visite de collecte des données. Cela pourrait entraîner un biais du fait qu'il y ait peut-être une relation de confiance établie entre les prestataires et les adolescents et que les réponses des adolescents et jeunes ne donnent pas la perception réelle sur les services SSR reçus.

L'outil utilisé pendant la supervision et ayant servi à coter les différents indicateurs de structure et de processus n'a pas pris en compte la dimension de management des centres de santé ciblés par le projet et n'a pas assez explicité chaque dimension du paquet minimum d'activités pendant les consultations dans la prise en charge des adolescents et jeunes en SSR.

### 4.3 Recommandations

Sur la base des résultats obtenus, les recommandations suivantes ont été formulées :

- **Aux gestionnaires du projet notamment l'équipe d'évaluation et d'amélioration de la qualité des services SSR du projet JADES 2 au Niger**
  - Actualiser le standard d'évaluation de la qualité des services SSR destinés aux adolescents et jeunes intégrant le référentiel technique pour l'offre de chaque service notamment le counseling, les différentes méthodes contraceptives, le conseil en SSRAJ, les IST, les VBG etc. et aligner le renforcement de compétence sur ce standard (Expliciter les no-go pour chaque service) ; et digitaliser l'outil de supervision et d'évaluation de la qualité des services dans les centres.
  - Impliquer fortement les prestataires et responsables de gestion des structures ciblées dans l'élaboration des feuilles de route pour la démarche d'amélioration de la qualité des services ;
  - Concevoir et actualiser des outils spécifiques d'IEC des adolescents et jeunes sur la thématique SSR ;
  - Faire un plaidoyer auprès des autorités pour l'appui des centres ayant des difficultés de confidentialité en aménageant, un local dédié à la prise en charge des adolescents et jeunes ;
  - Susciter la motivation des prestataires de services en récompensant annuellement les meilleurs centres ayant obtenu les meilleurs scores de qualité.
  - Impliquer et renforcer les compétences des relais communautaires dans le processus de prise en charge, de création de la demande et de référencement des adolescents et jeunes ;
  - Renforcer le pool de jeunes et adolescents volontaires engagés pour la mobilisation et l'implication de la cible dans les zones d'intervention du projet ;
  - Renforcer la dimension ludique des centres ciblés par le projet pour attirer la cible ;
  - Mettre en place un processus de renforcement des acquis basé sur le suivi des performances de chaque centre.
- **Aux prestataires des services SSR des CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2**
  - Dissocier les valeurs personnelles des valeurs professionnelles et bien accueillir les adolescents et jeunes sans distinction de sexe ou de statut matrimonial ;
  - Organiser périodiquement des activités terrain pour la fréquentation des centres ;
  - Impliquer davantage les adolescents et jeunes dans les activités des centres.

## Conclusion

La qualité des services de santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes est une dimension recherchée dans les projets et programmes de santé sexuelle et reproductive. Non seulement elle permet de faire le lien entre les activités de création de la demande et de l'autonomisation de la communauté mais elle permet aussi d'assurer la continuité des services dans un environnement plus ou moins favorable.

En plus, elle peut se réaliser à moindre coût si des mécanismes de documentation sont mis en place et permet d'atteindre les objectifs de tous projets de santé sexuelle et reproductive qui est de réduire les grossesses précoces et non désirées et les IST et VIH inclus.

Offrir des services de bonne qualité sera un bon investissement pour les prochaines générations car des parents bien éduqués et acquis pour la SSR transmettront leurs connaissances à leurs progénitures.

Le projet JADES a permis de faire des avancées notables auprès des adolescents et jeunes fréquentant les centres (CSI et CAJ) ciblés en améliorant la compétence des prestataires et en mettant à disposition des équipements pour une prise en charge de qualité.

Néanmoins, les différents outils de collecte et d'évaluation de la qualité des services SSR ont permis d'identifier plusieurs facteurs problématiques inhérents à l'organisation des services et à l'interaction entre le prestataire et les adolescents et jeunes mais aussi au contexte de mise en œuvre de ces services. Cette étude nous a permis de retenir que :

- La qualité des services de santé sexuelle et reproductive destinés aux adolescents et jeunes dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2 est acceptable. La dimension processus des soins était moins performante.
- les facteurs relatifs à la disponibilité des ressources et aux intrants médico-techniques et de l'incapacité des adolescents et jeunes à payer des frais élevés liés aux ordonnances contraignent la continuité et la fréquentation des centres. Alors que le temps d'attente, la mise en confiance, le choix libre et éclairé et l'accessibilité économique étaient positivement associés à la satisfaction des adolescents et jeunes.
- les connaissances en SSR quant à elles étaient fortement associées au fait d'avoir visité certains centres et au sexe de l'adolescent et du jeune.
- l'assurance de la confidentialité et le maintien de l'intimité se sont également avérés être problématiques du fait de l'organisation des centres de prise en charge.

Ces résultats ont permis d'infirmier notre hypothèse 1 de départ selon laquelle les indicateurs de structure notamment l'organisation générale et le fonctionnement des services sont les principaux facteurs qui entravent la qualité des services offerts aux adolescents et jeunes des CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2.

En ce qui concerne l'hypothèse 2 selon laquelle les adolescents et jeunes reçus dans les CSI et CAJ du projet ont une bonne connaissance des notions de prévention des grossesses non

désirées et des infections sexuellement transmissibles, elle est vérifiée. Les données ont montré que la majorité des adolescents et jeunes (65%) ayant participé à notre enquête connaissait au moins trois méthodes de prévention des grossesses non désirées et au moins deux moyens de prévention des IST/VIH.

Cependant il faut reconnaître le rôle prépondérant de la dimension structure notamment la disponibilité d'un cadre dédié aux adolescents et jeunes dans la confidentialité, l'accès et la continuité des services SSR de qualité mais aussi sur la perception des adolescents et jeunes sur ces services.

Nous retenons que l'interaction entre les adolescents et jeunes avec le personnel n'est pas facile avec l'organisation actuelle de certains centres de prise en charge. Aussi, il faut reconnaître l'importance d'un personnel qualifié, sensibilisé et acquis pour l'offre des services SSRAJ. Nous avons appris que l'implication des jeunes et adolescents dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions notamment les activités communautaires sont une dimension indispensable pour aboutir à des services SSR efficaces et efficaces.

La présente étude s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité des services de santé sexuelle et reproductive destinés aux adolescents et jeunes. Elle a permis de formuler des recommandations se référant aux données probantes.

## **Perspectives**

Ce stage fut une expérience très intéressante pour nous, il nous a permis en tant qu'ancien clinicien offrant des services de santé sexuelle et reproductive de renforcer nos capacités sur la thématique. Il nous a permis de mieux comprendre les rouages de la démarche d'amélioration de la qualité de ces services.

Il a également suscité certains questionnements notamment :

- Si l'on rapprochait les services de santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes près de la cible dans les lieux où on est plus en contact avec les jeunes, notamment dans les centres culturels, les centres de promotion sociale, les maisons des jeunes et les centres de formation (lycée, collège et université) au Niger ?
- Si l'on expérimentait la recherche de mise en œuvre sur les produits contraceptifs notamment la distribution communautaire au Niger ?
- Quel cadre et quelle politique de santé pour la mobilisation communautaire en faveur des Droits de Santé Sexuelle et Reproductive des adolescents et jeunes et de la capture du dividende démographique au Niger ?
- Cette thématique nous passionne particulièrement une fois que nous aurons acquis des expériences en la matière nous pourrions faire un sujet de thèse.

## Références bibliographiques

Abdel-Tawab N. et Debra R. - *The Relevance of Client-Centered Communication to Family Planning Settings in Developing Countries : Lessons from the Egyptian Experience* - Social Science & Medicine - Accepté - DOI 10.1016/s0277-9536(01)00101-0, 2002

Arends-Kuenning M. et Flora L. K. - *The Impact of Demand Factors, Quality of Care and Access to Facilities on Contraceptive Use in Tanzania* - Journal of Biosocial Science - Accepté - DOI : 10.1017/S0021932005001045, 2007

Assaf S. Wenjuan W. et Lindsay M. - *Quality of care in family planning services in Senegal and their outcomes*- BMC Health Services Research - Accepté - DOI : 10.1186/s12913-017-2287-z, 2017

Barry T. M. - *Quality of Care : From Concept to Action. A Way Ahead for Sub-Saharan Africa FP and RH Programmes*- African Journal of Fertility, Sexuality, and Reproductive Health, PMID : 12321202, 1996

Berwick D. M. - *A User's Manual for the IOM's "Quality Chasm" - Report*- Health Affairs - Accepté - DOI : 10.1377/hlthaff.21.3.80, 2002

Blum R. W. Francisco I. B. Caroline W. K. et Linh C. L. - *Adolescent Health in the 21st Century* - The Lancet- Accepté - DOI : 10.1016/S0140-6736(12)60407-3, 2012

Bruce J. - *Quality of Care : A Brief History and a Look Ahead* - Planned Parenthood Challenges. Vol. 2. 1994. pp 2-5

Bruce J. - *Fundamental Elements of the Quality of Care : A Simple Framework* - Studies in Family Planning - Accepté - DOI : 10.2307/1966669, 1990

CFPA et PATH, *Evaluation of Youth-Friendly Services in Shanghai*. <https://www.path.org/resources/evaluation-of-youth-friendly-services-in-shanghai/>, consulté le 14 Août 2021.

Chandra-Mouli V. Donna R. M. Sharon J. P. Nancy E. W. et Gwyn H. - *Contraception for Adolescents in Low and Middle Income Countries : Needs, Barriers, and Access* - Reproductive Health - Accepté - DOI : 10.1186/1742-4755-11-1, 2014

Chesson H. W. Philippe M. et Sevgi O. A. - *Sexually Transmitted Infections : Impact and Cost-Effectiveness of Prevention* - Infectious Diseases - Accepté - DOI : 10.1596/978-1-4648-0524-0\_ch10, 2017

Department of Health, Australie. *National standards for mental health services 2010*. <https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-n-servst10-toc>, consulté le 14 Avril 2021.

Díaz J. et Díaz M. - *Quality of Care in Family Planning in Latin America* - Advances in Contraception - Accepté - DOI : 10.1007/BF01990142, 1993

Donabedian A. - *The Quality of Care : How Can It Be Assessed ?* - JAMA - Accepté - DOI : 10.1001/jama.1988.03410120089033, 1988

Equipop, *Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescentes au Niger : Analyse des politiques et des programmes, opportunités et défis pour l'UNFPA.*

<https://equipop.org/publications/rapport-ados-niger-UNFPA.pdf>, consulté le 14 Avril 2021.

FP2020, *Indicateurs de la planification familiale.* <http://www.track20.org/>, consulté le 14 avril 2021.

Giesen E. - *Système management qualité et certification "pas à pas" In Démarche qualité et norme ISO 9001 : Une culture managériale appliquée à la recherche*, Didactiques. Marseille : IRD Éditions 20660, 2018. pp 48-85

Hyrkäs K. et Paunonen-Ilmonen M. - *The Effects of Clinical Supervision on the Quality of Care : Examining the Results of Team Supervision* - Journal of Advanced Nursing - Accepté - DOI : 10.1046/j.1365-2648.2001.01685.x, 2001

Jain A. K. - *Fertility Reduction and the Quality of Family Planning Services* - Studies in Family Planning - Accepté - DOI : 10.2307/1966656, 1989

Jawad A. Issrah J. et Nisreen A. A. - *Interventions Using Social Networking Sites to Promote Contraception in Women of Reproductive Age* - The Cochrane Database of Systematic Reviews - Accepté - DOI : 10.1002/14651858.CD012521, mars 2019

Johns N. E. Anvita D. Mohan G. Shahina B. Madhusudana B. Gennifer K. Jay S. Christine D. Anita R. et Sarah A. - *Validation of the Interpersonal Quality of Family Planning Scale in a rural Indian setting* - Contraception - Accepté - DOI : 10.1016/j.conx.2020.100035, juillet 2020

Koenig M. - *The impact of quality of care on contraceptive use : Evidence from longitudinal data from rural Bangladesh* - Reproductive Health - Accepté - DOI : 10.31899/rh4.1118, janvier 2003

Leye M. Makhtar M. Adama F. Mayassine D. Issa W. Ibrahima S. Papa N. et Anta T. D. - *Déterminants de l'utilisation de la contraception moderne dans le district sanitaire de Mbacké (Sénégal)* - Sante Publique. Vol. 27 (1). 2015. pp 107-16

Miller F. J. Newman G. M. et Mariani. E. *Achieving quality through problem solving and process improvement.* <https://www.semanticscholar.org>, consulté le 14 Avril 2021.

Mariko M. - *Quality of Care and the Demand for Health Services in Bamako, Mali : The Specific Roles of Structural, Process, and Outcome Components* - Social Science & Medicine - Accepté - DOI : 10.1016/s0277-9536(02)00117-x, 2003

Massoud M. R. Karen A. Jolee R. Lynne F. Thada B. Elisa K. et Catherine M.- *Un paradigme modern de l'amélioration de la qualité des soins de santé*. <https://www.researchgate.net>, consulté le 14 Avril 2021.

Mazur A. Claire D. B. et Martha J. D. - *Assessing youth-friendly sexual and reproductive health services : a systematic review* - BMC Health Services Research - Accepté - DOI : 10.1186/s12913-018-2982-4, mars 2018

Mogasale V. Teodora C. W. Anjana D. Sumit K. Aman K. Bitra G. et Richard S. - *Quality Assurance and Quality Improvement Using Supportive Supervision in a Large-Scale STI Intervention with Sex Workers, Men Who Have Sex with Men/Transgenders and Injecting-Drug Users in India* - Sexually Transmitted Infections - Accepté - DOI : 10.1136/sti.2009.038364, 2010

Morel M. *Qualité des soins. Les concepts en sciences infirmières*. <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-256.htm>, consulté le 14 avril 2021.

Mulugeta B. Meseret G. Gemechu K. Feleke G. M. Eshetu A. et Eshetu Z. - *Assessment of Youth-Friendly Service Quality and Associated Factors at Public Health Facilities in Southern Ethiopia : A Facility-Based Cross-Sectional Study* - BioMed Research International - Accepté - DOI : 10.1155/2019/9696278, mai 2019

Munea A. M. Getu D. A. et Gurmesa T. D. - *Quality of youth friendly sexual and reproductive health Services in West Gojjam Zone, north West Ethiopia : with special reference to the application of the Donabedian model* - BMC Health Services Research - Accepté - DOI : 10.1186/s12913-020-05113-9, 2020

Ministère du plan, *Rapport national volontaire sur les objectifs de développement durable Niger 2020*. <https://sustainabledevelopment.un.org>, consulté le 14 Avril 2021.

Nair M. Valentina B. Krishna B. Cynthia B. et Thierry L. - *Improving the Quality of Health Care Services for Adolescents, Globally : A Standards-Driven Approach* - The Journal of Adolescent Health - Accepté - DOI : 10.1016/j.jadohealth.2015.05.011, 2015

Necochea E. et Débora B. - *Gestion axée sur les standards et recompenses : guide opérationnel* -Jhpiego.  
[http://resources.jhpiego.org/system/files/resources/SBM\\_Manual\\_Full\\_FR.pdf](http://resources.jhpiego.org/system/files/resources/SBM_Manual_Full_FR.pdf), 2005

OMS, *Une approche fondée sur les normes pour améliorer la qualité des services de santé destinés aux adolescents*. <https://apps.who.int/>, consulté le 14 avril 2021.

OMS, *Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents*.  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/fr/), consulté le 14 avril 2021.

OMS, *La santé pour les adolescents du monde : une deuxième chance pour la deuxième décennie*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/141452>, consulté le 14 avril 2021.

OMS, *Développement des adolescents*.  
[https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/), consulté le 14 avril 2021.

OMS, *Santé de l'adolescent*.  
[www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/fr/), consulté le 14 avril 2021.

OMS, *Santé des adolescents et des jeunes adultes*.  
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>, consulté le 3 avril 2021.

Patton G. C. Carolyn C. Claudia C. Dorothy C. Leanne R. Fiona G. Louisa D. et al - *Health of the World's Adolescents : A Synthesis of Internationally Comparable Data* - The Lancet - Accepté - DOI : 10.1016/S0140-6736(12)60203-7, 2012

Peterson O. L. - *Medical Care : Its Social and Organizational Aspects. Evaluation of the Quality of Medical Care* - The New England Journal of Medicine - Accepté - DOI : 10.1056/NEJM196312052692305, décembre 1963

Pilgrim N. Jacky M. J. Renata S. Kathleen R. P. Penny S. L. Patricia J. D. et Arik V. M. - *Understanding Quality of Care and Satisfaction with Sexual and Reproductive Health Care among Young Men* - Journal for healthcare quality : official publication of the National Association for Healthcare Quality - Accepté - DOI : 10.1097/JHQ.000000000000149, 2018

Projet Afrique OR / TA II. - *Situation Analysis Study Establishes Baseline for Future Assessment of Progress in Senegal* - African Alternatives. Vol 2/1. 1995. pp 4-5.

RamaRao S. Marlina L. Marilou C. Blesilda P. et Heidi J. - *The Link between Quality of Care and Contraceptive Use* - International Family Planning Perspectives - Accepté - DOI : 10.1363/ifpp.29.076.03, 2003

Santhya K. et Jejeebhoy S. - *Sexual and Reproductive Health and Rights of Adolescent Girls : Evidence from Low- and Middle-Income Countries* - Global Public Health - Accepté - DOI : 10.1080/17441692.2014.986169, 2015

Sawyer S. M. Rima A. A. Linda H. B. Sarah-Jayne B. Bruce D. Alex C. E. et George C. P. - *Adolescence : A Foundation for Future Health* - The Lancet - Accepté - DOI : 10.1016/S0140-6736(12)60072-5, 2012

Simmons R. et Elias C. - *The Study of Client-Provider Interactions : A Review of Methodological Issues* - Studies in Family Planning. Vol 25/1. 1994. pp 1-17.

Starrs A. M. Alex C. E. Gary B. Alaka B. Jane T. B. Robert B. Awa M. C. et al. - *Accelerate Progress Sexual and Reproductive Health and Rights for All*- The Lancet - Accepté - DOI : 10.1016/S0140-6736(18)30293-9, 2018

Stein K. - *Service Quality among Women Receiving MCH and Family Planning Services* - African Journal of Fertility, Sexuality, and Reproductive Health. Vol 1/2. 1996. pp 146-52.

Tessema G. A. Judith S. G. Mohammad A. M. et Caroline O. L. - *Factors Determining Quality of Care in Family Planning Services in Africa: A Systematic Review of Mixed Evidence*- PLoS One - Accepté - DOI : 10.1371/journal.pone.0165627, 2016

Thongmixay S. Tess S. Viengnakhone V. Jacqueline E. W. Vanphanom S. et Dirk R.- *Quality of family planning services for women of reproductive age in Lao PDR* - Global Health Action - Accepté - DOI : 10.1080/16549716.2020.1788261, 2016

Tumlinson K. Ilene S. Sian L. C. et Brian W. P. - *Validity of Standard Measures of Family Planning Service Quality : Findings from the Simulated Client Method* - Studies in family planning - Accepté - DOI : 10.1111/j.1728-4465.2014.00007.x, 2014

UNFPA, *Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents en situations de crise humanitaire*. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA\\_ASRHtoolkit\\_french.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_ASRHtoolkit_french.pdf), consulté le 14 avril 2021.

UNFPA WCARO, *Services de Santé Sexuelle et Reproductive adaptés aux Adolescents et aux Jeunes : Éléments clés pour une mise en œuvre et mise à l'échelle en Afrique de l'Ouest et du Centre*. [https://wcaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/FR-UNFPA-WCARO-MUSKOKA-AYSRHR-Brochure-WEB\\_0.pdf](https://wcaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/FR-UNFPA-WCARO-MUSKOKA-AYSRHR-Brochure-WEB_0.pdf), consulté le 14 avril 2021

United Nations, *La transformation de l'avenir et les arguments en faveur des jeunes*. <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210598620c009>, consulté le 10 mars 2021.

USAID, Evidence to Action, *Evaluation of Youth-Friendly Health Services in Malawi*. [www.e2aproject.org/publication/evaluation-of-youth-friendly-health-services-in-malawi/](http://www.e2aproject.org/publication/evaluation-of-youth-friendly-health-services-in-malawi/), consulté le 14 avril 2021.

Zapata L. B. Stephen J. Tregear K. M. Marie T. Karen P. Nancy M. et Loretta E. G. - *Impact of Contraceptive Counseling in Clinical Settings : A Systematic Review* - American Journal of Preventive Medicine - Accepté - DOI : 10.1016/j.amepre.2015.03.023, 2015

## Liste des illustrations

Figure 1: Cadre conceptuel de la qualité des services SSR Adolescentset Jeunes du Projet JADES 2.....	17
Figure 2: Carte du Niger avec les zones d'intervention du projet JADES II .....	18
Figure 3: Diagramme de flux de données .....	26
Figure 4: Score de qualité en fonction des indicateurs de structure et de processus dans CSI et CAJ ciblés par le projet JADES en 2021.....	26
Figure 5: Niveau de satisfaction des adolescentset jeunes sur les services reçus dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES en Juin-Juillet 2021 (n=203) .....	32
Figure 6: Connaissance des différents moyens de prévention des grossesses des adolescentset jeunes reçus dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES en Juin-Juillet 2021 (n=501) .....	33
Figure 7: Connaissance des moyens de prévention des IST/VIH des adolescentset jeunes reçus dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES en Juin-Juillet 2021 (n=357). .....	33

## Liste des tableaux

Tableau 1: Score (%) de qualité en fonction des indicateurs de structure et de processus de la qualité des services SSR dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2 en 2021 .....	28
Tableau 2: Caractéristiques socio-démographiques des adolescentset jeunes reçus en consultation dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES 2 en Juin-Juillet 2021 (n=203).....	29
Tableau 3: Perception globale (%) des adolescentset jeunes sur l'organisation des services reçus dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES en Juin-Juillet 2021 (n=203).....	30
Tableau 4: Perceptions des adolescentset jeunes en fonction du sexe et de la situation matrimoniale sur l'organisation des services reçus dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES en Juin-Juillet 2021 (n=203) .....	30
Tableau 5: Perceptions des adolescentset jeunes en fonction du sexe et de la situation matrimoniale sur la relation avec le prestataire des services dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES en Juin-Juillet 2021 (n=203) .....	31
Tableau 6: Connaissance globale en santé sexuelle et reproductive des adolescentset jeune reçus dans les CSI et CAJ ciblés par le projet JADES en Juin-Juillet 2021 (n=203).....	32
Tableau 7: Analyse bivariée de la connaissance des moyens de prévention des grossesses précoces et non désirées avec les caractéristiques individuelles, les CSI et CAJ et la perception sur les services reçus par les adolescentset jeunes (n=203).....	34
Tableau 8: Analyse bivariée de la connaissance des moyens de prévention des IST/VIH avec les caractéristiques individuelles, les CSI et CAJ et la perception sur les services reçus par les adolescentset jeunes (n=203). 36	36
Tableau 9: Analyse bivariée de la satisfaction des adolescentset jeunes des services reçus sur les caractéristiques individuelles, les CSI et CAJ et la perception sur les services reçus (n=203). .....	38
Tableau 10: Normes mondiales pour améliorer la qualité des services de santé destinés aux adolescent.e.s.....	ix

## Glossaire

Tableau 10: Normes mondiales pour améliorer la qualité des services de santé destinés aux adolescents

Norme 1	Éducation sanitaire des adolescents	L'établissement de santé met en place des systèmes visant à faire en sorte que les adolescents connaissent bien leur propre santé et sachent où et quand faire appel aux services de santé.
Norme 2	Appui de la communauté	L'établissement de santé met en place des systèmes permettant aux parents, aux tuteurs et à d'autres membres de la communauté, ainsi qu'aux organisations communautaires, de savoir combien il est important de proposer des services de santé aux adolescents, de soutenir la mise à disposition de ces services et d'encourager les adolescents à les utiliser.
Norme 3	Un ensemble de services adaptés	L'établissement de santé propose un ensemble d'informations, de conseils, de diagnostics, de traitements et de services de soins répondant aux besoins des adolescents. Ces services sont proposés au sein de l'établissement et par l'intermédiaire de mécanismes de référence et d'actions de proximité.
Norme 4	Compétences des agents	Les agents de santé font preuve des compétences techniques nécessaires pour prodiguer des services de santé efficaces aux adolescents. Les agents de santé et le personnel d'appui respectent et protègent le droit des adolescents à l'information, à la vie privée, à la confidentialité, à la non-discrimination, à ne pas être jugés et à être respectés, et agissent en conséquence.
Norme 5	Caractéristiques des établissements	L'établissement de santé à des heures d'ouverture pratiques, présente un environnement accueillant et propre, et garantit le respect de la vie privée et de la confidentialité. Il dispose des équipements, des médicaments, des fournitures et des technologies nécessaires pour garantir la mise à disposition d'un service efficace à destination des adolescents.
Norme 6	Équité et non-discrimination	L'établissement de santé met à disposition de tous les adolescents des services de qualité, indépendamment de leur capacité à payer, de leur âge, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur niveau de formation, de leur origine ethnique, de leur orientation sexuelle ou d'autres caractéristiques.
Norme 7	Données et amélioration de la qualité	L'établissement de santé collecte, analyse et exploite des données sur l'utilisation des services et la qualité des soins, ventilées par âge et par sexe, afin de servir de base à l'amélioration de la qualité. Le personnel de l'établissement de santé est encouragé à prendre part à l'amélioration continue de la qualité.
Norme 8	Participation des adolescents	Les adolescents prennent part à la planification, au suivi et à l'évaluation des services de santé, ainsi qu'aux décisions concernant leurs propres soins. Ils sont également impliqués dans certains aspects particuliers de la prestation de service.

## Annexes

Annexe 1 : Aspects opérationnels des composantes « structure et processus » (données d'exploitation documentaire)

Eléments des composantes et variables	Définition des variables et critères (Oui =1, Non =0)	Scores obtenus	Scores attendus
<b>Structure</b>			
<b>Organisation générale du centre</b>	Les horaires sont adaptés aux jeunes et adolescents(ils ont été d'un commun accord avec les jeunes) et sont affichés à l'entrée du centre	0	9
	Est-il possible pour un jeune ou adolescent d'accéder à une consultation SSRAJ sans rendez-vous ?	8	9
	La structure de santé est accessible en sécurité aux adolescents et jeunes (ils peuvent s'y rendre sans risque, le centre est dans une zone peu isolée, et n'expose pas les patients qui s'y rendent à un risque d'agression de toute sorte...)	8	9
	Les services sont gratuits/financièrement accessibles pour les adolescents(selon les recommandations nationales)	9	9
	La structure de santé dispose des commodités de base (électricité, eau, toilette fonctionnels et propres, système de gestion des déchets)	5	9
	La salle d'attente dispose de siège en nombre suffisant	6	9
<b>Total « Organisation générale du centre »</b>			<b>54</b>
<b>Hygiène</b>	La structure de santé et ses abords paraissent globalement propres	9	9
	Il y a des dispositifs de lavage de mains suffisamment et facilement accessibles notamment dans/à proximité de la salle de consultation pour les services SSRAJ	8	9
<b>Total « Hygiène »</b>			<b>18</b>

Eléments des composantes et variables	Définition des variables et critères (Oui =1, Non =0)	Scores obtenu	Scores attendus
<b>Structure</b>			
<b>Disponibilité des équipements et intrants</b>	La salle de consultation dispose-t-elle du matériel et des consommables de base nécessaires pour la bonne conduite d'une consultation ?	7	9
	Au moins 3 méthodes de contraception différentes (pilule, injectable, DIU et préservatif) sont-elles- disponibles ?	9	9
	Des tests de grossesse et des TDR pour dépistage VIH y compris les médicaments anti IST sont disponibles ?	7	9
	Le traitement nécessaire à la prise en charge des principales IST (selon le kit nécessaire prévu par le ministère de la santé) sont-elles disponibles ?	6	9
<b>Total « Disponibilité des équipements et intrants »</b>			<b>36</b>
<b>Formation des professionnels de santé en SSRAJ</b>	Les professionnels de santé dispensant les services SSR ont reçu une formation et ou un recyclage de moins de 2 ans	9	9

	Des supervisions régulières concernant les services SSRAJ sont effectuées par les représentants du ministère de la santé ?	8	9
	L'ensemble du professionnel de santé a reçu une sensibilisation sur l'importance de fournir des services de santé adaptés aux adolescents.	8	9
<b>Total « Formation des professionnels de santé en SSRAJ »</b>			<b>27</b>

Éléments des composantes et variables	Définition des variables et critères (Oui =1, Non =0)	Scores obtenus	Scores attendus
<b>Processus</b>			
<b>Système d'information sanitaire</b>	Le centre dispose-t-il d'un système d'information sur la santé des adolescents et jeunes ?	9	9
	Les données relatives aux services de SSR sont ventilées par âge et sexe de manière à pouvoir extraire des données relatives à l'utilisation des services par les adolescents et jeunes	9	9
	Les rapports des structures de santé transmis au district concernant les activités du centre comportent un volet spécifique concernant les adolescents et jeunes	9	9
<b>Total « Système d'information sanitaire »</b>			<b>27</b>

Éléments des composantes et variables	Définition des variables et critères (Oui =1, Non =0)	Scores obtenus	Scores attendus
<b>Structure</b>			
<b>Système de référencement</b>	Un système de référencement (vers les services SOUC, acteurs psychosociaux etc...) spécifiquement adapté pour les adolescents et jeunes est clairement établi.	1	9
	La structure dispose d'une liste actualisée des acteurs et structures fournissant des services aux adolescents et jeunes (médicaux, sociaux, juridiques, économiques)	0	9
	Si besoin est, une décision de référence est prise suivant les critères en vigueur et la patiente est orientée vers des services qui prennent en compte les spécifiés des jeunes et adolescents	3	9
<b>Total « Système de référencement »</b>			<b>27</b>

Éléments des composantes et variables	Définition des variables et critères (Oui =1, Non =0)	Scores obtenus	Scores attendus
<b>Structure</b>			
<b>Accueil</b>	Le professionnel de la santé voit les patients par ordre d'arrivée	9	9
	Le professionnel se présente et accueille le patient de façon aimable et de manière à établir un climat de confiance et les salutations se font en lien avec la culture locale	9	9
	Le professionnel consulte le patient de façon individuelle ou accompagnée si elle le désire	2	9
	Le professionnel rappelle le caractère confidentiel de la consultation et respecte l'intimité (porte fermée, fenêtre opaque, paravent/accompagnant...)	9	9
<b>Total « Accueil »</b>			<b>36</b>

<b>Éducation pour la santé</b>	La structure de santé y compris la salle d'attente, dispose de matériel d'information, d'éducation, de communication en matière de SSR spécifiquement élaborés pour les publics jeunes et adolescents.	2	9
	Des sessions d'éducation pour la santé intégrant les questions SSRAJ sont menées dans une zone qui rassure la confidentialité	5	9
	Au cours de la consultation le professionnel de santé utilise du matériel IEC adapté au public jeune et aux adolescents	5	9
	Indépendamment du motif de consultation, le professionnel de santé fournit des informations de base en matière d'éducation sexuelle complète : utilisation de préservatif, contraception d'urgence, communication et méthode de négociation ?	2	9
<b>Total « Éducation pour la santé »</b>			<b>36</b>

<b>Éléments des composantes et variables</b>	<b>Définition des variables et critères (Oui =1, Non =0)</b>	<b>Scores obtenus</b>	<b>Scores attendus</b>
<b>Structure</b>			
<b>Confidentialité non-discrimination</b>	Les informations sur l'identité de l'adolescents sont collectées de façon confidentielle ?	9	9
	Les adolescents peuvent-ils s'enregistrer de manière anonyme s'ils le souhaitent ?	5	9
	Le professionnel de santé ne communique aucune information relative à l'adolescente et le jeune à des tiers (membre de la famille, enseignant...)	9	9
	Les dossiers médicaux sont-ils conservés en un lieu sécurisé accessible uniquement aux professionnels de santé ?	9	9
	Les adolescents et jeunes peuvent être reçus sans le consentement de leurs parents	9	9
	La salle de consultation est isolée visuellement (porte, rideau), rien ne peut être entendu depuis la salle d'attente	8	9
<b>Total « Confidentialité non-discrimination »</b>			<b>54</b>
<b>Respect des protocoles et recommandations nationales</b>	Les recommandations nationales et ou internationales en matière de SSRAJ et notamment des différents services sont disponibles (Contraception, dépistage VIH VBG y compris...) ?	8	9
	Les protocoles nationaux relatifs aux activités SSR dispensées dans la structure de santé sont disponibles. Les protocoles incluent les recommandations relatives à la prise en charge des victimes de VBG ?	1	9
	Les examens complémentaires (test d'urine, test d'hémoglobine ...) sont demandés suivant les protocoles nationaux	8	9
	Si besoin, un traitement est-il prescrit en adéquation avec la situation et les protocoles médicaux recommandés ? (Traitement, IST, contraception, etc). Dans ce cas le professionnel de santé explique à la patiente son traitement (intérêt, durée, posologie...) et s'assure de sa bonne compréhension en lui posant des questions ouvertes et brèves	5	9
<b>Total « Respect des protocoles et recommandations nationales »</b>			<b>36</b>

Éléments des composantes et variables	Définition des variables et critères (Oui =1, Non =0)	Scores obtenus	Scores attendus
<b>Processus</b>			
<b>Consultation (compétences techniques)</b>	Le professionnel au moyen de questions ouvertes et brèves, écoute l'adolescent / le jeune exprime ses besoins et plaintes/ Le professionnel utilise un langage approprié pour se faire comprendre ?	9	9
	Le professionnel interroge le patient sur les éléments du HEAADSSS: Habitat, Education, Activité, Alimentation, Drogue, Sexualité, Santé mentale, Sécurité ?	0	9
	Les antécédents médicaux et notamment gynécologiques et obstétricaux sont recherchés (histoire contraceptive, IST, accouchement, IVG, fausse couche, mort-né, enfant vivant, césarienne ?	7	9
	La pratique courante de PF est recherchée (date de début, méthode utilisée, contre-indiquée, méthode traditionnelle) ?	8	9
	Une éventuelle grossesse est-elle recherchée le jour de la première consultation ?	8	9
	Les signes d'IST sont recherchés	2	9
	Les signes de VBG sont recherchés (comportement anxieux, blessures...) ?	1	9
	Le professionnel s'enquiert du parcours de soin (automédication, traitement traditionnel) ?	4	9
	Les mesures de prévention standard des IST sont observées pendant les soins (Port de gant, blouse, élimination des déchets, décontamination du matériel souillé...) ?	8	9
	Les constantes sont prises et l'examen clinique est effectué selon les recommandations après accord du client	6	9
	Le professionnel de la santé explique chacun des gestes avant de les faire et donne une interprétation après ?	9	9
	Le professionnel fournit les informations nécessaires sur le diagnostic et le traitement et obtient l'avis de l'adolescente et jeune ?	4	9
	Les dépistages IST notamment VIH sont proposés ?	8	9
	Le professionnel de la santé fait une bonne interprétation des résultats de l'examen et rassure si tout est normal ?	5	9
	Le professionnel de la santé explique à la patiente le diagnostic dans un langage accessible, avec toutes les informations sur l'évolution de la maladie ?	5	9
	Le professionnel de la santé est-il à l'écoute de la perception de la patiente quant au traitement (avis sur le traitement, effets secondaires, observance, croyance...) ?	9	9
En cas de prescription de contraception, le professionnel délivre une information personnalisée et adaptée à la patiente en s'assurant de sa compréhension sur les différentes méthodes proposées (mode d'emploi, efficacité, contre-indication, avantages, inconvénients, effets secondaires...)	8	9	

	Le professionnel de santé propose à l'adolescent l'ensemble des méthodes recommandées et disponibles indépendamment de son statut marital ?	8	9
	En cas de prescription de contraception, le professionnel aide la patiente à faire librement son choix parmi les services qui lui sont proposés, à partir des examens cliniques et paracliniques ?	8	9
	Si nécessaire, le professionnel réalise l'acte médical nécessaire à la pose de la méthode choisie dans le respect des règles d'asepsie ?	7	9
	Le professionnel de santé montre à la patiente l'usage de la méthode et fait manipuler la patiente si nécessaire ?	6	9
	Le professionnel donne à la patiente les lieux et les conditions dans lesquels la patiente peut se procurer la méthode choisie et explique à la patiente les moyens de rattrapage en cas d'oubli ou d'échec de la méthode choisie	3	9
	Le professionnel de santé cherche à identifier les éventuels besoins en termes de support psychosocial ou économique	2	9
	L'ensemble des éléments de la consultation (anamnèse, examen, diagnostique, traitement...) sont notés dans le registre et sur la fiche de consultation ?	9	9
	En cas de VBG le professionnel propose une prise en charge et un premier appui psychosocial si disponible au niveau du centre, ou réfère le patient vers les services compétents ?	0	9
	Avant de conclure l'entretien, le professionnel de santé fait un résumé de la consultation et notifie clairement s'il a lieu la date du prochain RDV ?	9	9
	La consultation s'est déroulée sur un temps suffisant (minimum de 30min pour la première consultation et 15 min pour les consultations de suivi)	8	9
<b>Total « Consultation »</b>			<b>243</b>
<b>Education pour la santé</b>	La structure de santé y compris la salle d'attente, dispose de matériel d'information, d'éducation, de communication en matière de SSR spécifiquement élaborés pour les publics jeunes et adolescents.	2	9
	Des sessions d'éducation pour la santé intégrant les questions SSRAJ sont menées dans une zone qui rassure la confidentialité ?	5	9
	Au cours de la consultation le professionnel de santé utilise du matériel IEC adapté au public jeune et au adolescente	5	9
	Indépendamment du motif de consultation, le professionnel de santé fournit des informations de base en matière d'éducation sexuelle complète : utilisation de préservatif, contraception d'urgence, communication et méthode de négociation ?	2	9
<b>Total « Education pour la santé »</b>			<b>36</b>

Eléments des composantes et variables	Définition des variables et critères (Oui =1, Non =0)	Scores obtenus	Scores attendus
<b>Processus</b>			

<b>Implication des adolescents et jeunes</b>	Des jeunes et adolescents sont impliqués sur la mise en place de services adaptés, la définition d'outils IEC, et l'élaboration de stratégies d'information sur la disponibilité des services via: la mise en place de pairs éducateurs, la tenue de réunion, de rencontre et de campagnes de sensibilisation.	2	9
	Des mécanismes sont en place afin que les jeunes et adolescents puissent exprimer de façon confidentielle leur opinions concernant les services et les possibilités d'amélioration.	2	9
<b>Total « Implication des adolescents et jeunes »</b>			<b>18</b>
<b>Stratégie communautaire</b>	La structure de santé met-elle en place des activités pour la sensibilisation/informer les adultes sur l'importance de fournir les services SSRAJ aux adolescents et jeunes ?	5	9
	La structure de santé met en place des activités pour sensibiliser les adolescents et jeunes de la communauté sur le SSRAJ	8	9
	La structure de santé met en place des activités pour sensibiliser/informer les adolescents et jeunes dans la communauté (école, centre de loisir, clubs sportif) sur la disponibilité des services	3	9
<b>Total « Stratégie communautaire »</b>			<b>27</b>

Annexe 2 : Appréciation des éléments des composantes « structure et processus » de mise en œuvre des services SSR

Éléments de la composante	Scores Obtenus	Scores attendus	Appréciations
<b>Structure</b>			
Disponibilité Matériel	29	36	
Formation du professionnel de sante en SSRAJ	26	27	
Hygiène	17	18	
Organisation générale	36	54	
Système de référencement	4	27	
Système d'information sanitaire	27	27	<b>-Bonne, Si ≥ 75 %</b>
<b>Processus</b>			
Implication des jeunes	4	29	
Accueil	29	36	
Confidentialité non-discrimination	49	54	
Consultation (compétences techniques)	161	243	
Respect des protocoles et recommandations nationales	22	36	
Stratégie communautaire	16	27	
Education pour la santé	14	36	
<b>Total</b>	<b>434</b>	<b>650</b>	
<b>Score</b>	<b>67%</b>		

## Annexe 3 : Aspects opérationnels des variables du composant « résultat » de la qualité des services SSR (questionnaire d'enquête)

Variables	Définition des variables	Modalités
<i>Variable quantitative</i>		
Age	Age révolue au moment de l'enquête	Nombre d'années
Parité	Nombre de naissance	Nombre d'enfants
Temps d'attente	Temps pendant lequel, le jeunes a attendu avant d'être reçu en minutes	Temps en minutes
<i>Variables qualitatives</i>		
Sexe	Sexe	Masculin et Féminin
Religion	Congrégation religieuse	Chrétienne, Musulmane, Animiste et autres
Niveau d'étude	Niveau d'étude actuel de l'adolescente	Non scolarisé, Primaire, Secondaire Universitaire
Statut matrimonial	Vie nuptiale	Célibataire, Mariée, concubinage, Divorcé et veuve ou veuf
Visite	Première visite dans le centre de santé	Oui :1, Non : 0
Horaire d'ouverture et	Les heures d'ouverture et de fermeture vous conviennent ?	Oui :1, Non : 0
Couverture Besoin en SSR	Aujourd'hui, avez-vous obtenu les services pour lesquels vous êtes venu(e) ?	Oui :1, Non : 0
Education pour la SSR	Le prestataire de services vous a-t-il informé(e)s des services disponibles ?	Oui :1, Non : 0
	Le prestataire de services vous a-t-il posé des questions sur vos relations sexuelles ?	Oui :1, Non : 0
	Un prestataire de services vous a-t-il expliqué comment éviter des maladies et que faire pour rester en bonne santé ?	Oui :1, Non : 0
Convivialité et amitié du prestataire	Le prestataire de services vous a-t-il traité(e)s de manière amicale ?	Oui :1, Non : 0
Respect du choix, Choix éclairé	Le prestataire de services a-t-il respecté vos besoins ?	Oui :1, Non : 0
	Le prestataire vous a-t-il demandé si vous étiez d'accord avec le traitement/la procédure/la solution proposée ?	Oui :1, Non : 0
Non-Discrimination	Aujourd'hui, des services nécessaires vous ont-ils été refusés dans cet établissement ?	Oui :1, Non : 0
	Si oui quelles sont les raisons	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Moins de 18 ans.</li> <li>○ Non marié.</li> <li>○ Non scolarisé</li> <li>○ Insolvable</li> <li>○ Non disponible dans l'établissement.</li> <li>○ L'affection nécessite un transfert</li> </ul>
	Si oui, quels services vous ont été refusés ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Education Sexuelle Complète ;</li> <li>○ La contraception ;</li> <li>○ Les Soins prénataux ;</li> <li>○ Les Soins Obstétricaux d'Urgence ;</li> <li>○ Les Soins postnataux et soins néonataux ;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Les Soins après avortement ;</li> <li>○ Prévention et de traitement du VIH et des IST ;</li> <li>○ La Prévention du Cancer du Col Utérin ;</li> <li>○ Le Dépistage et prise en charge des Violences Basées sur Genre ;</li> <li>○ Les Informations et conseils en santé sexuelle</li> </ul>
Connaissance SSR	Pouvez-vous me citer 3 moyens de prévenir les grossesses non désirées ? (Demander de citer les méthodes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Abstinence sexuelle</li> <li>○ Utilisation du préservatif</li> <li>○ Utilisation de pilule contraceptive</li> <li>○ Utilisation d'implant</li> <li>○ Utilisation de Sayanna</li> <li>○ Utilisation de stérilet</li> <li>○ Utilisation du collier de cycle ou de calendrier</li> <li>○ Je ne sais pas</li> </ul>
	Pouvez-vous me citer 2 moyens de prévenir le VIH ? (Demander de citer les moyens)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Abstinence sexuelle</li> <li>○ Utilisation du préservatif</li> <li>○ La fidélité</li> <li>○ Eviction des objets tranchants</li> <li>○ Je ne sais pas</li> </ul>
Accessibilité	Selon vous les services SSR sont-ils abordables ?	Oui :1, Non : 0
	Selon vous le centre de santé est assez proche de chez vous ?	Oui :1, Non : 0
Satisfaction	Quel est votre degré de satisfaction du service reçu ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Très satisfait</li> <li>○ Plutôt satisfait</li> <li>○ Peu satisfait</li> <li>○ Pas du tout satisfait</li> </ul>

Annexe 4 : Guide d'entretien

**GUIDE D'ENTRETIEN DES DISPENSATEURS DE SERVICES DE SANTE SEXUELLE ET  
REPRODUCTIVE AUX ADOLESCENTS ET JEUNES**

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :

Je m'appelle \_\_\_\_\_ et je travaille pour le \_\_\_\_\_. Nous réalisons une enquête pour l'amélioration de la qualité des services de santé sexuelle et reproductive fournis aux adolescents dans cet établissement. Cette étude a pour objectif de faire des propositions pour l'amélioration des prestations. Je souhaite connaître vos opinions et je voudrais que vous parliez de votre expérience dans cet établissement de santé. Cet entretien durera 10 à 15 min. Avez-vous des questions ? Pouvons-nous commencer ?

La personne interrogée a accepté de répondre Oui ..... 1 Non ..... 2

DATE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Questions :**

Age : \_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_ Expérience au CSI : \_\_\_\_

1. Avez-vous été formés au DSSR et depuis quand ?
2. Selon vous quels sont les problèmes auxquels sont confrontés les adolescents et jeunes en matière de santé ?
3. Quels sont les services SSR les plus demandés par les adolescents et jeunes de ce centre ?
4. Comment sentez-vous dans l'offre des services aux adolescents et jeunes ?
5. Que pensez-vous de l'organisation du service dans l'accueil des adolescents et jeunes ?
6. Selon vous quelles peuvent-être les attentes des jeunes dans un centre de santé ?
7. Que pensez-vous de la qualité des services offerts dans votre centre ?
8. Que pensez de l'organisation du dispositif d'évaluation de la qualité et du suivi ? (La communication, la coordination, la responsabilité et le moral)
9. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'offre des services SSR aux adolescents et jeunes dans votre centre ?
10. Quelles solutions proposez-vous pour améliorer la qualité de ces services SSR

Merci pour votre participation

## Annexe 5 : Rétroplanning rédaction mémoire

ACTIONS A MENER	AVRIL				MAI				JUIN				JUILLET				AOÛT				RESPONSABLES	STATUT
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4		
Revue de littérature																					Etudiant	Finalisé
Rédaction du protocole de recherche																					Etudiant	Finalisé
Correction du protocole de recherche																					Encadreur	Finalisé
Intégration des corrections																					Etudiant	Finalisé
Validation des outils de collecte																					Encadreur	Finalisé
Rédaction du mémoire																					Etudiant	Finalisé
Enquête sur le terrain																					Etudiant	Finalisé
Analyse des données																					Statisticien	Finalisé
Discussion des résultats																					Etudiant	Finalisé
Validation des résultats et discussions																					Encadreur	Finalisé
Correction du mémoire draft 1																					Encadreur	Finalisé
Intégration des corrections draft 1																					Etudiant	Finalisé
Correction du mémoire draft 2																					Encadreur	Finalisé
Intégration des corrections draft 2																					Etudiant	Finalisé
Lecture finale																					Lecteur	Finalisé
Dépôt du mémoire																					Etudiant	Finalisé

## Annexe 6 : Présentation des OSC et partenaires mettant en œuvre le projet JADES 2.

### ❖ Solthis

Solthis (Solidarité thérapeutique et Initiatives pour la santé) notre structure de stage est une Organisation Non Gouvernementale de santé mondiale créée en 2003 par des médecins-chercheurs de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière pour lutter contre le VIH/sida. Elle a progressivement étendu son action à d'autres enjeux sanitaires notamment les droits et santé sexuelles et reproductifs, One health, la santé de la mère et de l'enfant, le VIH/Sida, les maladies émergentes, la tuberculose, les hépatites, le paludisme, les maladies tropicales négligées et la Covid-19.

Elle a développé une importante expertise en matière de diagnostic participatif, de formation et d'accompagnement pour obtenir un réel changement des pratiques des acteurs de la santé. Outre cette méthodologie, plusieurs évaluations des programmes de Solthis ont confirmé la nécessité de travailler sur la demande de soins au sein de la société et non exclusivement sur l'offre. Ainsi, Solthis, présent actuellement dans 6 pays (Mali, Côte d'Ivoire, Guinée, Niger, Sierra Leone) intervient à la fois sur l'amélioration de l'offre et de la demande de soin en renforçant les équipes soignantes et les acteurs de la société civile. Solthis a soutenu et accompagné notamment la création et la structuration de groupes de patients et réseaux de PVVIH dans plusieurs pays. La question du droit à l'accès universel à la santé est par ailleurs le thème central de sa stratégie de plaidoyer. Elle travaille en relation avec plusieurs partenaires associatifs nationaux, des partenaires institutionnels et privés et des partenaires académiques et scientifiques pour mener à bien ses missions.

Au Niger, les projets actuellement en cours de réalisation sont :

- JADES : Jeunes Adolescents En Santé
- AIRE : Amélioration de l'identification des détresses Respiratoires chez l'enfant
- LABO 2S : Laboratoire au Service de la Santé
- ISANCO : Intervention sanitaire en réponse à la crise COVID-19
- ECOVAN : Evaluation opérationnelle d'une stratégie associant un dépistage des symptômes de COVID-19 et l'utilisation de tests Antigéniques pour les cas suspects au Niger.

### ❖ Equipop

Créée en 1993, Equilibres & Populations travaille à améliorer les conditions de vie et le statut des femmes, facteur essentiel d'un développement juste et durable. Son action consiste à impulser des dynamiques de changement social au plus près des populations, par la conception et la mise en œuvre de projets-pilotes en partenariat avec des acteurs locaux ; mobiliser les acteurs d'influence pour créer un environnement institutionnel et juridique plus favorable et accompagner les partenaires au développement en renforçant leurs capacités d'intervention. Partant d'une expertise spécifique sur la santé et les droits sexuels et procréatifs, l'association a peu à peu développé un projet qui articule différents champs d'intervention (santé, éducation, économie) et qui intègre systématiquement une approche par le genre.

### ❖ L'ONG Lafia Matassa

Lafia Matassa est une ONG nigérienne dont la mission est de contribuer à la promotion de la santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents, à la prise en charge des IST/VIH/SIDA et à la promotion du genre. Son implication au sein du consortium permet de renforcer l'adéquation du projet avec les réalités du terrain.