

Nouvel indice composite de mesure de la qualité des programmes de planification familiale au niveau national

Par Anrudh K. Jain

Anrudh K. Jain, actuellement chercheur indépendant, était chercheur émérite au Population Council, à New York, au moment de la recherche présentée dans cet article.

CONTEXTE: Malgré les efforts déployés pour mesurer la qualité des programmes de planification familiale sur la base des enquêtes menées auprès des établissements, il n'a pas été possible d'assurer la mesure et le suivi réguliers et fiables de cette qualité au niveau national.

MÉTHODES: Un nouvel indice composite de mesure de qualité au niveau national (l'indice NQCI) est proposé et utilisé pour comparer la qualité des programmes dans 30 pays en développement. Les scores d'indice représentent la moyenne non pondérée des scores d'indicateurs de trois dimensions distinctes de qualité: structure, processus et résultat. L'indicateur de structure (l'indice de disponibilité des méthodes) repose sur les données de l'enquête 2014 sur l'effort de planification familiale, tandis que l'indicateur de processus (l'indice d'information sur les méthodes) et celui de résultat (l'indice de succès des méthodes) viennent des données des dernières Enquêtes démographiques et de santé effectuées dans les pays à l'étude. Les corrélations entre ces indicateurs et d'autres ont été examinées.

RÉSULTATS: Le score NQCI moyen non pondéré des 30 pays a été calculé à 60, sur une étendue comprise entre 50 au Pakistan et 72 au Cambodge. Les scores moyens des trois composants de l'indice sont 52 pour la disponibilité des méthodes (étendue 40–73), 41 pour l'information sur les méthodes (13–71) et 86 pour le succès des méthodes (70–99). Les scores de ces composants ne sont pas apparus corrélés entre eux, laissant entendre qu'ils mesurent des dimensions distinctes de la qualité des programmes. Les scores NQCI globaux étaient corrélés avec les mesures de qualité existantes au niveau national, mais pas avec l'indice synthétique de fécondité ni le taux de prévalence contraceptive moderne.

CONCLUSIONS: L'indice NQCI et ses trois composants reposent sur des données collectées régulièrement à travers les enquêtes nationales; ils peuvent servir à mesurer et suivre la qualité au niveau national des programmes de planification familiale.

Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2019, pp. 1–10, <https://doi.org/10.1363/FR0019>

Toute personne a le droit d'avoir des enfants si et quand elle le désire. Pour beaucoup, la contraception offre une mesure préventive et d'aide à la réalisation de leurs objectifs de planification familiale. Beaucoup d'autres ne peuvent cependant pas exercer ce droit du fait, en partie, d'entraves souvent imposées par la communauté, la famille ou la religion, et à cause aussi de difficultés d'accès à la planification familiale et d'obstacles à l'utilisation de ses services. Dans les pays en développement, les programmes de planification familiale du secteur public offrent une information et des services contraceptifs à coût réduit ou nul à un nombre grandissant de clients et clientes. Les prestataires du secteur privé, y compris les pharmacies, assurent aussi une plus grande couverture, principalement au titre de distributeurs du préservatif et de la pilule. À l'échelle mondiale, la prévalence de la pratique contraceptive moderne est passée à 64% parmi les femmes en union, tandis que la fécondité se réduisait à 2,5 naissances pour 1 000 femmes.¹ Un facteur possible de cette baisse de la fécondité et de la hausse de la prévalence contraceptive est la qualité des soins offerts par les programmes nationaux de planification familiale.

Bien que ravivés à l'occasion du Sommet de Londres 2012 sur la planification familiale,^{2,3} l'intérêt porté à cette qualité et les travaux menés à cet égard remontent à plus de 20 ans plus tôt, lors de l'articulation par Judith Bruce d'un cadre d'évaluation de la qualité des soins de la planification familiale centré sur la cliente.⁴ Ce cadre se compose de six éléments: le choix de méthodes contraceptives, l'information donnée aux clientes, la compétence technique, les relations interpersonnelles, les mécanismes de suivi et de continuité et l'offre d'un éventail approprié de services. Il se concentre principalement sur l'interaction entre les clientes et les prestataires et sur l'amélioration de la qualité des soins offerts aux femmes (et, théoriquement, aux hommes) en quête de services de contraception et reçus par eux; celles et ceux qui ne peuvent pas accéder aux prestations ou qui n'entrent pas en contact avec les services en sont exclus. Bien que le cadre constitue aujourd'hui une pierre angulaire de la programmation de la planification familiale, le succès des pays à offrir des services de qualité n'est guère documenté, faute d'indice de mesure du programme national notamment.

Le but de cet article est de proposer un nouvel indice composite qui mesure la qualité des programmes de planification familiale au niveau national. Cet indice peut servir à comparer la qualité d'un pays à l'autre, ou à suivre les progrès réalisés dans un pays. La nécessité d'un tel indice revêt une importance toute particulière à l'heure où le Sommet de Londres a fixé l'objectif mondial d'aider 120 millions de femmes supplémentaires à pratiquer la contraception dans les pays en développement d'ici à 2020.³

Recherche antérieure

Un travail considérable a été accompli, ces 25 dernières années, pour mettre au point et appliquer des méthodes de mesure, suivi et amélioration de la qualité des soins;⁵ il s'agissait cependant pour la plupart d'un effort axé sur les services disponibles et les soins proposés dans les établissements de santé ou aux points de prestation. Ainsi, Miller et coll. ont mis au point une méthode – appelée analyse de situation («Situation Analysis»)⁶ – de collecte de données aux points de prestation, d'une part, sur la qualité des services disponibles et, d'autre part, sur celle des soins reçus par les clientes.

Inaugurée au Kenya en 1989, l'analyse de situation a ensuite été largement adoptée pour décrire la qualité des services de planification familiale dans les pays d'Afrique subsaharienne, d'Asie et d'Amérique latine. La méthodologie a permis la création d'indicateurs d'éléments de qualité des soins,⁷⁻¹⁰ ainsi que de la qualité globale des soins.¹⁰⁻¹² Par exemple, Askew et al. ont utilisé les données d'analyse de situation pour définir plus de 40 indicateurs d'éléments de qualité divers,⁸ tandis que Mensch et coll. s'en servaient pour décrire le fonctionnement des sous-systèmes de la planification familiale au Nigeria, en Tanzanie et au Zimbabwe.¹³ De même, Miller et al. ont décrit, au moyen de 28 indicateurs, l'infrastructure et l'état de préparation des établissements et mesuré, au moyen de 36 autres, la qualité des soins reçus par les clientes.¹⁴

Conscients de l'utilité supérieure, à moindre coût, d'un petit nombre d'indicateurs, les chercheurs de l'université Tulane ont mis au point la méthodologie de l'évaluation rapide de la qualité («Quick Investigation of Quality»), appliquée pour décrire la qualité des soins en Équateur, en Ouganda, en Turquie et au Zimbabwe.¹⁵ En baisse par rapport aux études antérieures, le nombre d'indicateurs en demeure cependant élevé (25).

Leur complexité et leur coût font que ni l'analyse de situation, ni l'évaluation rapide de la qualité ne sont désormais plus d'usage courant, sauf dans les travaux de recherche. Ces méthodologies ont été ostensiblement remplacées par l'outil d'évaluation de la prestation de services («Service Provision Assessment»), conçu et administré par le programme d'Enquêtes démographiques et de santé (EDS).¹⁶ Son utilisation reste cependant limitée à une quinzaine de pays, dont le Kenya, la Namibie, le Sénégal, l'Éthiopie, Haïti, le Malawi et la Tanzanie.¹⁷⁻¹⁹ De même, dans le cadre du programme FP 2020, l'initiative PMA2020 («Performance Monitoring and Accountability

2020»), pour le suivi de performance et la redevabilité) collecte ses données au niveau des établissements de santé de 11 pays hautement prioritaires.²⁰ Beaucoup d'efforts ont aussi été déployés pour documenter la nature de l'interaction cliente-prestataire: par l'intermédiaire d'observateurs indépendants, en interviewant les femmes à la sortie des établissements de santé où elles ont reçu des services et selon l'approche de la cliente simulée.^{21,22} Bien que l'information recueillie par ces techniques ait apporté aux questionnaires de programmes une documentation précieuse concernant la nature de la prestation des services et en ait identifié les lacunes, elle n'a pas abouti à la création d'un indicateur national de qualité, en partie peut-être parce que les efforts se sont concentrés sur la mesure de chaque élément de qualité et sur l'usage des enquêtes d'établissement pour améliorer la qualité.

Dans son articulation du cadre de la qualité, Bruce a suivi l'approche de Donabedian,²³ suggérant que les évaluations de la qualité examinent trois aspects distincts des programmes de planification familiale: la structure du programme, le processus d'apport de services et le résultat des soins.⁴ Dans cette conceptualisation, la structure du programme désigne la mesure dans laquelle un programme est prêt à procurer le niveau de qualité voulu (cette préparation est parfois désignée par l'expression «qualité des services»). Le processus d'apport de services représente la mesure dans laquelle les clientes reçoivent le niveau de qualité voulu (un concept parfois assimilé à la «qualité des soins»⁷). Enfin, le résultat désigne les effets du programme sur la connaissance, le comportement et la satisfaction des clientes.

Jain et Hardee ont récemment proposé d'apporter cinq modifications au cadre originel de la qualité des soins pour l'aligner sur la planification familiale basée sur les droits.²⁴ Quatre de ces recommandations concernent les éléments individuels de la qualité énoncés dans le cadre: elles préconisent notamment d'élargir l'élément des relations interpersonnelles de manière à inclure explicitement le traitement des clientes avec dignité et respect, en protégeant leur vie privée et la confidentialité. La cinquième recommandation invite à diviser les éléments du cadre de qualité des soins entre les niveaux de structure et de processus, selon leur pertinence en termes de mesure et d'amélioration. Bien que les six éléments soient tous importants au niveau de la structure comme du processus, il est difficile de les mesurer, chacun, séparément aux deux niveaux. La tâche d'opérationnalisation et de mesure de la qualité peut être facilitée si l'on reconnaît que certains éléments se rapportent plus au niveau de la structure qu'à celui du processus. Notamment: la disponibilité de méthodes permettant d'assurer le choix; celle de prestataires formés et compétents pour assurer la prestation sûre des méthodes cliniques et le traitement approprié des clientes; celle d'espace pour assurer la protection de la vie privée; et celle de services de santé reproductive complémentaires appropriés. Les autres éléments – échange d'information, relations interpersonnelles et mécanismes de suivi – relèvent

davantage du niveau du processus. Cela dit, l'échange d'information et les relations interpersonnelles – largement catégorisées ensemble comme représentant l'interaction cliente-prestataire – demeurent les principaux véhicules d'opérationnalisation des six éléments de la qualité au point de prestation des soins. Par exemple, plusieurs méthodes contraceptives peuvent être disponibles à un point de prestation de services particulier mais la question de savoir si la cliente reçoit l'information dont elle a besoin et la méthode de son choix dépend de son interaction avec le prestataire.

Bruce propose la mesure des résultats des services sur une ligne chronologique, allant du court au long terme.⁴ Cependant, certaines mesures de résultat actuelles ne sont pas optimales car elles n'offrent pas suffisamment de différenciation. Par exemple, une mesure à court terme courante – la connaissance des méthodes contraceptives – est presque universelle. Dans une étude, parmi les femmes présentant un besoin non satisfait, l'absence de connaissance d'une méthode ou d'une source est citée comme raison d'absence de pratique par 1% seulement de ces femmes en Amérique latine et Caraïbes, 2% en Asie et 6% en Afrique.²⁵ De même, l'utilisation d'une unique question pour évaluer si une cliente est satisfaite des services produit généralement une réponse normative, de sorte que plus de 90% des femmes se disent satisfaites, indépendamment de la qualité des soins reçus.^{9,12}

D'autres mesures sont sous-optimales en ce qu'elles requièrent des données difficiles à collecter. Un exemple en est l'indicateur HARI («Helping individuals Achieve their Reproductive Intentions», aider les individus à réaliser leurs intentions reproductives), une mesure de résultats à long terme proposée en 1994 pour évaluer le succès ou l'échec des programmes de planification familiale orientés sur la santé reproductive.²⁶ Cet indicateur, qui applique le principe des droits individuels et du bien-être à l'évaluation de ces programmes, se compose de deux éléments: il évalue si les femmes réalisent ou non leurs intentions reproductives et si elles évitent ou non de graves problèmes de santé dans la poursuite de leur effort. Bien que l'indicateur HARI ait servi à l'examen de la réussite d'un programme au Pérou,²⁷ son utilisation ne s'est pas répandue, du fait peut-être que l'estimation du premier composant exige des données de panel.

Nécessité d'un indicateur national de qualité

Bien que l'importance de la mesure et du suivi de la qualité au niveau national se soit particulièrement révélée dans le sillage du partenariat FP 2020,³ un seul et même indicateur ne doit pas couvrir à la fois ce suivi et l'identification d'interventions qui améliorent la qualité. Ainsi, deux indicateurs courants dans la littérature touchant à la planification familiale et à la démographie sont le taux de prévalence contraceptive (indiquant le niveau de la pratique contraceptive) et l'indice synthétique de fécondité (indiquant le niveau de fécondité). Ces indicateurs permettent de suivre les différences entre les pays, de même que les tendances

au sein d'un pays, mais sans donner d'information utile concernant les changements programmatiques requis pour accroître la prévalence contraceptive ou réduire la fécondité. De même, bien qu'un indice soit nécessaire pour évaluer la qualité des programmes au niveau national, cet indicateur ne doit pas nécessairement fournir d'information sur la manière d'améliorer la qualité.

Deux indices de mesure de la qualité au niveau national sont actuellement disponibles. Ils reposent tous deux sur l'information collectée par les enquêtes relatives à l'effort de planification familiale, entreprises en 1972 et effectuées tous les cinq ans environ, depuis 1989, par l'organisation Futures Group et, plus récemment, par Avenir Health et l'initiative Health Policy Project.²⁸ Pour chaque pays en développement compris dans une série donnée (la dernière en date comptait 90 pays), l'enquête collecte son information auprès de 10 à 15 personnes au courant du programme national de planification familiale. Les données des différentes séries ont été largement exploitées dans le but de déterminer, notamment, l'association entre la disponibilité des méthodes et la pratique contraceptive.²⁹⁻³¹

Le premier indice repose sur les réponses à une question de l'enquête sur l'effort de planification familiale invitant les participants à évaluer la qualité générale des services de planification familiale d'un pays sur une échelle à 10 points. Les instructions données aux répondants mentionnent qu'un programme de bonne qualité se concentre sur les besoins des clientes et couvre le conseil, l'information et la disponibilité d'une gamme de méthodes, ainsi que la prestation de procédures cliniques sûres.

Le second indicateur au niveau du pays est la composante «qualité» de l'indice NCIFP («National Composite Index for Family Planning», indice composite national de la planification familiale).³² Créé pour mesurer la force globale des programmes de planification familiale, l'indice NCIFP en évalue cinq dimensions: la stratégie, les données, la qualité, l'équité et la redevabilité. Le questionnaire de l'indice NCIFP a été ajouté à la fin de la dernière enquête sur l'effort de planification familiale (2014); la dimension «qualité» de l'indice se mesure sur la base de 12 questions.

Cet article propose un nouvel indice, dit NQCI («National Quality Composite Index», indice composite de qualité nationale), pour mesurer la qualité au niveau national. L'indice NQCI mesure la qualité des programmes nationaux de planification familiale à chacun des trois niveaux identifiés par Donabedian²³ et Bruce⁴ (structure, processus et résultat), puis produit un score global de qualité, d'après les dernières et meilleures sources de données comparatives disponibles pour un vaste ensemble de pays en développement. Plus précisément, la structure du programme est évaluée par un indice de «disponibilité de méthodes», qui mesure préparation d'un programme à offrir un choix de méthodes contraceptives; le processus d'apport de services l'est par un indice d'«information sur les méthodes», qui reflète le type d'information que les utilisatrices de la contraception déclarent avoir reçu au moment de l'adoption de leur contraceptif; et les résultats au niveau de la cliente sont évalués par

un indice de «succès des méthodes», qui reflète le degré de succès des utilisatrices de la contraception à éviter les naissances non planifiées. Outre les données collectées dans le cadre des enquêtes sur l'effort de planification familiale, l'indice NQCI repose sur celles obtenues auprès des participantes aux enquêtes EDS. Il incorpore ainsi la réponse des femmes concernant certains éléments de qualité et, à l'image des deux indices actuellement disponibles, il peut servir à comparer la qualité d'un pays à l'autre ou à la suivre au fil du temps dans un pays particulier, mais pas à identifier les interventions utiles à l'amélioration de la qualité. Enfin, contrairement au composant de réalisation des intentions reproductives de l'indice HARI, ce nouvel indice ne nécessite pas de données de panel.

MÉTHODES

Calcul de l'indice et de ses composants

• *Indice de disponibilité des méthodes.* L'indice de disponibilité des méthodes est estimé sur la base de l'information obtenue des enquêtes sur l'effort de planification familiale. L'enquête menée en 2014²⁸ a collecté des données sur la disponibilité de huit méthodes contraceptives (la pilule, le stérilet, le contraceptif injectable, le préservatif, l'implant, la pilule contraceptive d'urgence et la stérilisation masculine et féminine) et celle de services de retrait de deux méthodes (le stérilet et l'implant). La disponibilité d'une méthode (ou de services de retrait) a été évaluée d'après les réponses à une question de l'enquête qui invitait à noter, sur une échelle à 10 points, la mesure dans laquelle l'ensemble de la population avait aisément accès à cette méthode ou à son retrait. Pour calculer le score de l'indice de disponibilité des méthodes d'un pays, on additionne les cotes moyennes de disponibilité de chacune des huit méthodes et des deux services de retrait et on divise la somme obtenue par 10. La disponibilité de services de retrait est incluse dans l'indice car ces services sont essentiels à la qualité de prestation des méthodes cliniques.

• *Indice d'information sur les méthodes.* Cet indice, l'un des indicateurs fondamentaux retenus par l'initiative FP 2020,³³ évalue la qualité du processus d'apport de services d'après les déclarations des femmes concernant l'information reçue au moment de l'adoption d'un contraceptif.

Les enquêtes EDS obtiennent systématiquement ces données des personnes qui utilisent une méthode moderne (pilule, stérilet, contraceptif injectable, implant et stérilisation) adoptée au cours des cinq dernières années. En particulier, les répondantes sont invitées à indiquer si, au moment de l'adoption de la méthode, elles ont été informées sur une autre méthode, sur les effets secondaires associés à la méthode sélectionnée et sur la façon de traiter ces effets secondaires. Le score de l'indice d'information sur les méthodes indique le pourcentage d'utilisatrices de la contraception ayant répondu oui à ces trois questions.³² Il permet de documenter les différences entre les pays en développement, les changements au sein d'un pays et les variations suivant les caractéristiques socioéconomiques des femmes d'un pays.³³⁻³⁵

• *Indice de succès des méthodes.* L'indice de succès des méthodes indique le pourcentage d'utilisatrices de la contraception qui ont évité une naissance non planifiée pendant une période donnée (par exemple, cinq ans). Cet indice est donc similaire au premier composant de l'indice HARI de réalisation des intentions reproductives. Les valeurs se calculent sur la base de données rétrospectives obtenues dans le cadre des enquêtes EDS, qui recourent aux calendriers de la reproduction pour collecter une information relative à la pratique contraceptive et aux naissances durant les cinq années précédant chaque enquête. Ces données ont servi à estimer la part des naissances non planifiées imputable à l'arrêt de la contraception dans 36 pays en développement.³⁶

Le score de l'indice de succès des méthodes (sur une période de cinq ans) s'évalue comme suit: t désigne le moment de l'enquête et $t-5$ (soit, cinq ans avant l'enquête), le début de la période de pratique potentielle d'une méthode contraceptive moderne (pilule, injectable, implant, stérilet ou stérilisation). Tous les segments ultérieurs de pratique ou non sont inclus (indépendamment de la méthode).

Les femmes qui pratiquaient une méthode moderne au moment $t-5$ sont réparties en trois groupes, suivant qu'elles ont accouché ou non entre $t-5$ et t et qu'elles ont qualifié ou non la naissance associée à leur dernier accouchement de non planifiée (inopportune ou non désirée). Ainsi, les trois groupes représentent les femmes qui n'ont pas accouché entre $t-5$ et t , celles qui ont qualifié leur dernière naissance de planifiée et celles qui l'ont qualifiée de non planifiée. Seule la dernière naissance est considérée, par souci de minimiser le biais de rappel; si une femme était enceinte au moment de l'enquête, la grossesse en question est classifiée comme sa dernière naissance.

La déclaration par les utilisatrices de la contraception d'une dernière naissance (survenue entre $t-5$ et t) non planifiée est considérée comme un échec de la pratique contraceptive, selon une approche similaire à celle adoptée par Tietze et Lewit dans l'estimation de l'efficacité d'usage prolongé d'une méthode.³⁷ À l'inverse, celles qui avaient évité une naissance non planifiée entre $t-5$ et t sont considérées avoir pratiqué leur méthode avec succès et l'indice de succès révèle le pourcentage des utilisatrices ayant fait état d'un tel succès. On notera que l'indice de succès incorpore rétrospectivement les intentions reproductives des utilisatrices de la contraception (alors que l'indice HARI évalue la réalisation de ces intentions de manière prospective) et que, puisque certaines grossesses non planifiées ont pu aboutir sur une fausse couche ou un avortement provoqué, l'indicateur de succès reflète l'existence ces événements.

• *Indice composite.* L'indice NQCI combine les indicateurs de disponibilité, d'information et de succès. Il s'estime par simple calcul du score moyen non pondéré de ces trois indicateurs.

Données et variables

Pour illustrer l'estimation et l'utilité de l'indice NQCI, cette analyse en a calculé les valeurs pour tous les pays en développement dotés de données récentes. Les données

de l'enquête 2014 sur l'effort de planification familiale ont servi au calcul des scores d'indice de disponibilité des méthodes, tandis que celles des enquêtes EDS les plus récentes ont permis celui des scores d'indice d'information sur les méthodes et de succès des méthodes. Les données nécessaires au calcul de ce dernier étaient disponibles pour 37 pays en développement; pour l'indice de disponibilité, elles ne l'étaient pas pour six de ces pays et, pour celui d'information, elles faisaient défaut pour un septième pays. L'analyse repose par conséquent sur les 30 pays restants (Tableau 1).

Comme l'indice synthétique de fécondité (ISF) et le taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) d'un pays servent généralement à évaluer l'efficacité des programmes de planification familiale, ces deux variables sont incluses dans cette analyse afin de déterminer leurs associations avec l'indice NQCI. Les données relatives à ces variables sont extraites des dernières enquêtes EDS en date.³⁸ Les deux indices existants concernant la qualité du programme national – tirés de l'enquête 2014 sur l'effort de planification familiale et de l'indice NCIFP³² – sont aussi inclus, afin d'évaluer leurs associations avec l'indice NQCI et avec l'ISF et le TPCm.

Analyse

De simples pourcentages et moyennes ont été calculés pour les variables pertinentes. Outre les 30 pays retenus, les valeurs ont été calculées pour deux groupes régionaux: les pays d'Afrique subsaharienne et ceux hors Afrique subsaharienne. Pour ces deux groupes, il s'agit de simples moyennes non pondérées des pourcentages ou valeurs des pays (chaque pays ayant reçu le même poids). Les scores NQCI sont indicatifs du niveau de qualité des programmes des pays, sans tentative de test de l'importance statistique des différences entre les pays. De simples coefficients sont estimés pour les corrélations entre les valeurs NQCI, ISF, TPCm et les deux autres indices de qualité, pour indiquer le degré d'association observée ou brute entre ces variables. L'importance statistique est évaluée selon un test bilatéral mesuré aux niveaux de signification 0,01 et 0,05. Une taille d'échantillon aussi réduite que celle utilisée dans cette analyse (30 pays) peut cependant produire des corrélations qui ne sont pas statistiquement significatives, même quand le coefficient de corrélation est élevé.

RÉSULTATS

Analyse descriptive

La valeur moyenne non pondérée de l'indice NQCI a été calculée à 60 pour les 30 pays à l'étude (Tableau 1). Pour les pays individuels, elle va de 50 au Pakistan et 51 en Éthiopie à 71 au Rwanda et 72 au Cambodge. Les moyennes non pondérées des trois composants du NQCI s'élèvent à 52 pour la disponibilité des méthodes, 41 pour l'information à leur sujet et 86 pour leur succès. Les scores de disponibilité varient entre 37 au Timor-Leste et 73 au Rwanda. Pour l'indice d'information sur les méthodes, ils

TABLEAU 1. Scores globaux et par composant de l'indice NQCI

Région/pays	Année de l'enquête	NQCI	Composant		
			Disponibilité	Information	Succès
Total	na	59,7	52,2	40,7	86,2
Afrique subsaharienne	na	59,8	52,2	43,6	83,5
Rwanda	2010–2011	71,0	73,2	57,7	82,1
Bénin	2011–2012	65,6	59,9	45,0	91,7
Sénégal	2014	64,1	65,4	41,4	85,3
Zambie	2013–2014	63,1	42,1	71,0	76,3
Tanzanie	2010	62,8	52,1	51,5	85,0
Mozambique	2011	62,8	45,5	53,6	89,3
Madagascar	2008	62,8	47,9	45,1	95,3
Malawi	2010	61,8	50,5	64,6	70,3
Nigeria	2013	59,4	39,6	50,2	88,4
Kenya	2008–2009	58,9	53,3	43,2	80,2
Namibie	2013	58,6	49,1	40,8	85,8
Ghana	2008	57,5	50,3	41,9	80,1
Zimbabwe	2010–2011	57,1	53,7	35,9	81,8
Niger	2012	55,9	49,4	28,5	89,8
Ouganda	2011	55,9	48,6	43,9	75,1
Lesotho	2009	54,6	45,2	27,8	90,9
Burundi	2010	53,3	58,4	26,3	75,2
Éthiopie	2011	50,9	54,8	17,1	80,7
Autres régions	na	59,6	52,3	36,2	90,3
Cambodge	2010	72,1	57,9	63,9	94,6
Jordanie	2012	64,3	61,5	49,3	82,2
Népal	2011	64,3	54,0	42,2	96,7
Bolivie	2008	61,4	49,9	51,4	82,9
Égypte	2014	60,3	53,9	38,1	88,7
Pérou	2012	60,0	43,5	52,4	84,2
Timor-Leste	2009–2010	58,2	37,0	40,2	97,5
Bangladesh	2004	58,1	67,1	19,5	87,5
Indonésie	2012	56,5	54,7	20,9	94,0
Honduras	2011–2012	56,1	52,9	28,2	87,2
Inde	2005–2006	54,4	49,0	15,6	98,7
Pakistan	2012–2013	49,7	45,9	13,2	89,8

N.B.: NQCI=National Quality Composite Index (indice composite de qualité nationale). na=non applicable.

vont de 13 au Pakistan à 71 en Zambie et, pour l'indice de succès, de 70 au Malawi à 99 en Inde.

Les moyennes non pondérées de l'indice NQCI ne diffèrent pas entre les 18 pays d'Afrique subsaharienne et les 12 autres (60 dans les deux groupes). De même, les scores moyens de disponibilité des méthodes sont essentiellement identiques dans ces deux groupes (52). Cela dit, les scores moyens d'information sur les méthodes sont supérieurs en Afrique subsaharienne par rapport aux autres régions (44 vs 36) et, à l'inverse, ceux de l'indice de succès y sont inférieurs (84 vs 90).

Par ailleurs, les valeurs d'indice NQCI de deux pays peuvent être identiques en dépit de différences en termes de disponibilité, d'information et de succès. Par exemple, le Kenya et le Pérou présentent des scores NQCI très proches (59 et 60), mais le score de disponibilité est nettement inférieur au Pérou (43 vs 53 au Kenya) et, à l'inverse, celui d'information est nettement supérieur au Pérou (52 vs 43 au Kenya). De plus, la valeur de l'indice NQCI peut être relativement faible même si l'un de ses composants atteint un score assez élevé. Par exemple, l'Inde a un score NQCI de 54 – parmi les plus faibles des pays hors Afrique subsaharienne – alors même que son score de succès (99) est le plus élevé sur l'ensemble des 30 pays de l'échantillon (en raison du recours prédominant à la stérilisation). Cette

anomalie s'explique par les scores d'indice de disponibilité et d'information extrêmement faibles en Inde.

L'indice de succès se compose de deux éléments: le pourcentage d'utilisatrices de la contraception qui n'ont pas eu de naissance et celui ayant déclaré une dernière naissance planifiée. La contribution relative de ces éléments peut différer entre les pays présentant sinon des scores d'indice de succès similaires. Par exemple, la valeur de l'indicateur de succès est élevée au Niger et au Népal (90 et 97, respectivement). Cependant, la valeur atteinte au Niger tient presque entièrement à la grande proportion (82%) d'utilisatrices qui déclarent une dernière naissance planifiée, alors que 8% seulement ne déclarent aucune naissance pendant la période de référence (non indiqué). Par contre, 7% à peine des utilisatrices népalaises qualifient leur dernière naissance de planifiée; la valeur élevée de l'indice de succès du pays s'explique ici par les 89% d'utilisatrices qui déclarent n'avoir eu aucune naissance.

Trois pays d'Afrique subsaharienne – l'Éthiopie, le Malawi et le Rwanda – enregistrent un progrès régulier vers une plus forte prévalence contraceptive (Tableau 1).³⁸ Leurs scores d'indice NQCI n'en sont pas moins très différents. Le Rwanda atteint les scores les plus élevés en Afrique subsaharienne (71); l'Éthiopie, les plus faibles (51), et le Malawi se classe au milieu (62). L'Éthiopie surpasse le Malawi en termes de disponibilité des méthodes contraceptives (score de 55 vs 51), mais elle reste à la traîne en ce qui concerne l'apport d'information aux utilisatrices (score de 17, par rapport à 65 pour le Malawi). En revanche, le Rwanda atteint un score supérieur à la moyenne sur les deux plans, mesuré à 73 pour la disponibilité des méthodes et à 58 pour l'information aux utilisatrices.

Corrélations entre les mesures

Aucune des corrélations observées entre les trois composants de l'indice NQCI (disponibilité, information et succès) n'est statistiquement significative (Tableau 2). Ainsi, ces composants semblent refléter trois différentes dimensions de la qualité, de même que l'indice NQCI reflète lui aussi les trois dimensions distinctes de structure, processus et résultat. Les scores NQCI globaux apparaissent corrélés avec les valeurs de deux des indices composants, la disponibilité (0,38) et l'information (0,79), mais pas avec celles de l'indice de succès.

Le score NQCI moyen non pondéré des 30 pays

(60; Tableau 3, page 7) est proche de ceux de qualité correspondants de l'enquête sur l'effort de planification familiale (56) et de l'indice NCIFP (55). De plus, les scores NQCI présentent une association positive avec ceux des deux autres indicateurs de qualité (coefficients, 0,41–0,47; Tableau 4, page 7). Cela dit, les coefficients de corrélation concernant les relations entre ces trois indicateurs de qualité, d'une part, et l'ISF et le TPCm, d'autre part, sont faibles et non statistiquement significatifs, laissant entendre que les dimensions de service mesurées par l'ISF et le TPCm diffèrent de celles mesurées par les trois indices de qualité.

L'indicateur de succès des méthodes et ses deux composants (aucune naissance et naissances planifiées seulement) se sont révélés significativement corrélés avec l'ISF (non indiqué). Plus spécifiquement, l'ISF présente une association négative avec le score de succès des méthodes (coefficient de corrélation, $-0,36$; $p < 0,05$) et avec le pourcentage d'utilisatrices de la contraception qui n'avaient eu aucune naissance ($-0,82$; $p < 0,01$), et une association positive avec le pourcentage d'utilisatrices ayant qualifié leur dernière naissance de planifiée ($0,84$; $p < 0,01$). Le pourcentage d'utilisatrices sans naissance présente une association positive avec le TPCm, de même qu'avec le pourcentage de celles qui pratiquent une méthode de longue durée ou permanente. Cependant, comme le pourcentage des utilisatrices de la contraception dont la dernière naissance était planifiée présente une association négative avec, à la fois, le TPCm et la proportion de celles qui pratiquent une méthode de longue durée ou permanente, l'indicateur de succès n'est pas corrélé avec ces deux mesures.

LIMITES

Cette étude présente certaines limites. D'abord, une pondération égale est attribuée aux indicateurs de disponibilité, d'information et de succès dans l'estimation du score NQCI composite. Loin d'être optimale, peut-être, cette méthode est préférable aux autres envisageables en l'absence de données théoriques ou empiriques concernant l'importance relative des trois composants.

Ensuite, le score de l'indice d'information sur les méthodes est calculé d'après les réponses rétrospectives à trois questions posées aux femmes qui utilisaient la contraception. Cette approche n'est pas sans inconvénients.³⁵ Notamment, la question de savoir si une femme a été informée d'une autre méthode peut être interprétée de plusieurs façons: une utilisatrice potentielle de la pilule pourrait avoir répondu affirmativement si le prestataire lui a simplement dit que l'établissement offrait aussi le contraceptif injectable et l'implant, alors qu'une autre pourrait n'avoir répondu ainsi que si le prestataire lui a donné une information spécifique sur ces méthodes (par exemple, que le contraceptif injectable lui assurerait une protection de trois mois et l'implant, jusqu'à cinq ans). De plus, la validité prédictive de l'indice et la mesure dans laquelle il capture les aspects les plus importants de l'information échangée entre le prestataire et la cliente (par exemple, la possibilité de changer de méthode) ne sont pas connues.

TABLEAU 2. Coefficients des corrélations d'ordre zéro entre les scores par composant et globaux de l'indice NQCI, d'après l'analyse des données de 30 pays en développement

Composant NQCI	Composant NQCI			NQCI
	Disponibilité	Information	Succès	
Disponibilité	1,00	-0,07	-0,14	0,38*
Information	—	1,00	-0,32	0,79**
Succès	—	—	1,00	0,08

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. N.B.: NQCI = National Quality Composite Index (indice composite de qualité nationale).

Troisième limite, les scores relatifs à l'indice de succès des méthodes sont calculés d'après l'information obtenue de femmes classées, selon les données collectées sur la base des calendriers de reproduction d'enquêtes EDS, comme utilisatrices de la contraception 60 mois avant la conduite de l'enquête. Cette approche peut sous-estimer la pratique contraceptive si les femmes qui pratiquaient la contraception cinq ans auparavant sont classifiées erronément comme non utilisatrices.³⁹ J'ai examiné cette possibilité en comparant la proportion des femmes ayant déclaré pratiquer la contraception dans chaque pays par rapport aux estimations de prévalence contraceptive d'une enquête EDS menée environ cinq ans plus tôt. Les deux estimations se sont avérées différentes mais hautement corrélées ($r=0,96$; $p<0,001$), donnant à penser que les erreurs de classification des femmes comme utilisatrices de la contraception ou non étaient peu fréquentes et n'ont probablement pas faussé les observations de cette étude.

Quatrièmement, les scores de l'indicateur de succès des méthodes reflètent peut-être des facteurs s'inscrivant au-delà de la qualité des soins assurés par un programme. Par exemple, l'un des deux composants de l'indicateur de succès – le pourcentage des utilisatrices de la contraception qui n'avaient pas eu de naissance – peut refléter, outre la pratique efficace de la contraception, d'autres facteurs tels que la fréquence de l'activité sexuelle, l'absence de partenaire et l'accès et le recours à des services d'avortement.

De même, le second composant de l'indicateur de succès repose sur des données de déclarations rétrospectives quant à savoir si la dernière naissance d'une femme était désirée au moment où elle est survenue, plus tard ou jamais. Les naissances non désirées peuvent être sous-déclarées rétrospectivement, du fait que les femmes hésitent parfois à les qualifier ainsi. Cela dit, beaucoup de ces naissances non désirées sont probablement qualifiées, non pas de planifiées, mais d'inopportunes. Étant donné que l'indicateur de succès traite les naissances inopportunes au même titre que celles non désirées (soit, dans les deux cas, contraires au succès), ces qualifications erronées n'affectent vraisemblablement pas le score de l'indice. Cela d'autant plus que l'effet du biais de rappel sur les déclarations de naissance planifiée ou non dans cette étude est minimisé par la concentration de l'analyse sur la dernière naissance.

Qu'une femme qualifie rétrospectivement une naissance de planifiée ou non reflète probablement aussi les normes de fécondité dominantes d'un pays. Ainsi, dans les contextes favorables à une fécondité élevée, la plupart des naissances sont vraisemblablement qualifiées de planifiées. Si les normes de fécondité changent au profit de familles moins nombreuses, la proportion des naissances planifiées peut diminuer aussi. Cependant, aux stades avancés d'une transition de la fécondité, les utilisatrices de la contraception peuvent avoir principalement des naissances planifiées et les femmes peuvent recourir à l'avortement pour interrompre leurs grossesses non planifiées. L'indicateur de succès peut donc présenter des valeurs élevées quand la fécondité désirée est élevée aussi bien que

TABLEAU 3. Comparaison des scores d'indice NQCI par rapport aux valeurs d'autres indicateurs de qualité et d'efficacité des programmes de planification familiale, par région et pays

Région/pays	Année	Indicateurs de qualité			ISF	TPCm
		NQCI	EPF14	NCIFP		
Total	na	59,7	55,8	54,8	4,3	35,6
Afrique subsaharienne	na	59,8	56,6	58,8	5,1	29,7
Rwanda	2010–2011	71,0	74,7	85,9	4,2	45,1
Bénin	2011–2012	65,6	63,0	63,9	4,9	7,9
Sénégal	2014	64,1	63,2	69,9	5,0	20,3
Zambie	2013–2014	63,1	56,5	50,0	5,3	44,8
Tanzanie	2010	62,8	55,6	52,4	5,4	27,4
Mozambique	2011	62,8	50,5	52,8	5,9	11,3
Madagascar	2008	62,8	51,3	59,1	4,8	29,2
Malawi	2010	61,8	58,6	62,2	5,7	42,2
Nigeria	2013	59,4	45,4	49,2	5,5	9,8
Kenya	2008–2009	58,9	50,0	52,7	4,6	39,4
Namibie	2013	58,6	58,6	41,4	3,6	55,3
Ghana	2008	57,5	60,7	72,0	4,0	16,6
Zimbabwe	2010–2011	57,1	65,7	60,2	4,1	57,3
Niger	2012	55,9	53,2	59,0	7,6	12,2
Ouganda	2011	55,9	46,2	64,8	6,2	26,0
Lesotho	2009	54,6	56,6	43,2	3,3	45,6
Burundi	2010	53,3	52,8	62,4	6,4	17,7
Éthiopie	2011	50,9	56,3	57,7	4,8	27,3
Autres régions	na	59,6	54,7	48,8	3,2	44,4
Cambodge	2010	72,1	57,8	55,4	3,0	34,9
Jordanie	2012	64,3	67,7	72,7	3,5	42,3
Népal	2011	64,3	64,8	48,8	2,6	43,2
Bolivie	2008	61,4	62,7	50,6	3,5	34,6
Égypte	2014	60,3	57,9	61,4	3,5	56,9
Pérou	2012	60,0	46,3	42,8	2,5	51,8
Timor-Leste	2009–2010	58,2	37,8	30,0	5,7	21,1
Bangladesh	2004	58,1	59,5	43,2	2,3	52,1
Indonésie	2012	56,5	44,4	38,5	2,6	57,9
Honduras	2011–2012	56,1	68,4	60,1	2,9	63,8
Inde	2005–2006	54,4	43,2	45,8	2,7	48,5
Pakistan	2012–2013	49,7	45,3	36,0	3,8	26,1

N.B.: NQCI=National Quality Composite Index (indice composite de qualité nationale). EPF14=enquête sur l'effort de planification familiale 2014. NCIFP=National Composite Index for Family Planning (indice composite national de la planification familiale). ISF=indice synthétique de fécondité. TPCm = taux de prévalence contraceptive moderne. na=non applicable.

quand elle est faible. Néanmoins, les scores de l'indicateur de succès et de ses deux composants sont étroitement corrélés avec l'ISF.

DISCUSSION

L'indice NQCI proposé offre un moyen de mesurer et de suivre systématiquement la qualité au niveau national. Il en incorpore trois dimensions importantes: la structure

TABLEAU 4. Coefficients des corrélations d'ordre zéro entre les indicateurs de qualité et d'autres mesures, d'après l'analyse des données de 30 pays en développement

Indicateur de qualité	Indicateur de qualité			Indice synthétique de fécondité	TPCm
	NQCI	NCIFP	EPF14		
NQCI	1,00	0,41*	0,47**	-0,071	-0,017
NCIFP	—	1,00	0,67**	0,250	-0,157
EPF14	—	—	1,00	-0,220	0,262

* $p<0,05$. ** $p<0,01$. N.B.: NQCI=National Quality Composite Index (indice composite de qualité nationale). NCIFP=National Composite Index for Family Planning (indice composite national de la planification familiale). EPF14=enquête sur l'effort de planification familiale 2014. TPCm = taux de prévalence contraceptive moderne.

d'un programme, le processus d'apport de services et les résultats comportementaux des clientes. Les données utilisées pour créer les indicateurs de ces dimensions peuvent être obtenues d'enquêtes transversales telles que l'EDS et l'enquête sur l'effort de planification familiale. Si l'indicateur de structure reflète la disponibilité des méthodes à toutes les femmes, les deux autres ne reflètent que l'expérience des utilisatrices de la contraception.

Le score de l'indice NQCI repose à part égale sur ceux de ses trois indices composants: on pourrait dès lors croire qu'il est corrélé avec chacun d'entre eux. Il l'est, certes, aux indices de disponibilité et d'information, mais pas à celui de succès. On pourrait aussi s'attendre à une corrélation entre les trois indicateurs composants; tel n'est cependant pas le cas.

La raison en est peut-être qu'il s'agit ici de corrélations écologiques (macro), qui ne reflètent pas toujours les rapports observés au niveau de la femme individuelle. Par exemple, aux Philippines, la recherche sur les utilisatrices de la contraception qui avaient eu une naissance non désirée – un résultat similaire à l'indicateur de succès de l'indice NQCI – a relevé un rapport faible entre les indices de structure et de processus au niveau individuel, alors qu'il était fort, à ce niveau, entre les indicateurs de processus et de résultat.

Il pourrait être tentant de conclure que l'absence de corrélation entre les scores d'indice de succès et d'indice NQCI, ou entre les valeurs des indices de succès et d'information, indique que les résultats de fécondité ne sont pas fortement influencés par la qualité, mais qu'ils reflètent plutôt l'influence d'autres facteurs plus importants (comme la demande de contraceptifs et la motivation à les utiliser). Tel n'est cependant pas nécessairement le cas. Les indicateurs d'information et de succès de l'indice NQCI reposent en effet tous deux sur l'expérience des utilisatrices de la contraception, que l'on peut présumer motivées et désireuses de limiter leur fécondité. Qui plus est, les scores de l'indicateur de succès et de ses deux sous-composants sont corrélés avec l'ISF. L'indice de succès reflète donc peut-être correctement le degré de succès des femmes dans la réalisation de leurs objectifs de reproduction: avoir un enfant si et quand elles le désirent, conformément à la ligne de pensée de la planification familiale basée sur les droits.

Les données d'enquêtes d'établissement de type SPA (évaluation de prestation de services) ne sont pas strictement comparables à celles utilisées pour calculer les scores des trois composants de l'indice NQCI et n'ont pas servi à valider les indices de disponibilité et d'information utilisés dans cette étude. Une analyse récente a comparé les auto-déclarations d'information relative aux effets secondaires issues d'enquêtes EDS à des déclarations similaires issues d'entretiens d'observation et de sortie organisés dans le cadre d'enquêtes de type SPA menées dans quatre pays.⁴⁰ L'auteur constate que les estimations EDS du pourcentage de femmes déclarant avoir reçu une information sur les effets secondaires au moment de l'adoption de leur méthode sont comparables à celles tirées des observations de l'inte-

raction entre clientes et prestataires. Les rapports d'EDS surestimaient cependant la prévalence du conseil dans trois cas sur cinq une fois incluse l'information relative à la manière de traiter les effets secondaires. L'auteur fait remarquer que ces comparaisons «impliquent que les enquêtes en population générale peuvent constituer une source de données raisonnable faute de données d'enquêtes d'établissement». Une recherche complémentaire sera nécessaire pour valider les indices utilisés dans cette étude.

Traditionnellement, le succès des programmes de planification familiale est indiqué par une hausse du TPCm et une baisse de l'ISF. Un bon programme doit cependant prêter attention aux deux dimensions des services – la quantité et la qualité – et peut mesurer son succès en suivant son score NQCI parallèlement au TPCm. Ainsi, les valeurs élevées du TPCm et de l'indice NQCI observées au Rwanda illustrent le succès du programme de planification familiale du pays sur les deux plans.

Les scores des trois indicateurs de qualité (NQCI, NCIFP et l'indicateur de qualité de l'effort de planification familiale) sont corrélés entre eux et semblent évoluer dans la même direction, en dépit du très faible chevauchement entre les données utilisées pour l'indice NQCI et pour les autres indicateurs. En fait, deux éléments seulement – ceux liés à la disponibilité de services de retrait du stérilet et de l'implant – figurent à la fois dans le NQCI et dans le composant de qualité du NCIFP. Aucun des trois indicateurs de qualité n'est corrélé avec l'ISF ni avec le TPCm, en raison peut-être du faible nombre de pays compris dans l'étude. Néanmoins, dans l'optique des droits, les programmes de planification familiale d'un pays doivent chercher à améliorer la qualité des soins que les clientes reçoivent.

Chacun des trois indicateurs de qualité présente des avantages et des inconvénients. L'indicateur de qualité des enquêtes sur l'effort programmatique de planification familiale (EPF) repose sur une simple question – une caractéristique attrayante en ce qu'elle simplifie la collecte des données, mais susceptible aussi de réduire la validité prédictive de l'indicateur concernant les diverses dimensions de la qualité. L'indicateur de qualité du NCIFP, basé sur 12 questions, perfectionne celui de l'enquête EPF. Les données de ces deux indicateurs sont cependant collectées auprès de personnes au courant de la situation de chaque pays, sans refléter toutefois l'expérience directe des femmes. En revanche, deux des trois dimensions de qualité de l'indice NQCI sont mesurées sur la base des réponses des femmes mêmes, présentant un avantage intéressant.

La mise au point et la validation d'un indice de qualité des soins au niveau national qui englobe plusieurs éléments de qualité et plusieurs niveaux d'évaluation doivent faire l'objet d'efforts de recherche, d'essai et de validation complémentaires. L'indice NQCI – sur la base de données obtenues systématiquement de différentes sources – offre une filière prometteuse qui mérite un examen approfondi au cours des prochaines années. Cet indice peut servir à comparer les niveaux de qualité d'un

pays à l'autre, comme l'illustre l'analyse présentée ici, mais aussi à suivre l'évolution de la qualité dans un pays disposant de données représentatives de points multiples dans le temps. Mieux encore, les estimations du NQCI et des scores qui le composent peuvent être précisées à mesure que de nouvelles données deviennent disponibles.

Bien que les enquêtes d'établissement collectent des données sur les perceptions des femmes concernant la qualité des services et des soins qu'elles reçoivent, elles n'entrent pas en jeu dans les estimations de la qualité au niveau national. La recherche future pourra s'intéresser à la création d'un indice de qualité au niveau national qui fasse appel aux données collectées dans le cadre des programmes PMA 2020 et DHS-SPA. De plus, les chercheurs et autres parties intéressées devront s'entendre sur les mesures communes de la qualité de processus, au-delà des questions actuellement incluses dans l'indice d'information sur les méthodes: des enquêtes transversales en population générale devront collecter les données sur la base de ces mesures convenues, lesquelles permettront ensuite de mesurer la qualité de processus des soins reçus par les femmes.

Un indice de qualité de niveau national favorisera la redevabilité des bailleurs de fonds et des décideurs quant à la qualité des différents programmes de planification familiale. Un tel indice aidera aussi à classer les pays selon la qualité de leurs programmes. Ces comparaisons encourageront, d'une part, les décideurs et les gestionnaires de programme nationaux à améliorer la qualité de leurs programmes et, d'autre part, les bailleurs à investir dans ces améliorations. Enfin, l'indice pourra faciliter le suivi de l'évolution qui résultera de ces investissements et améliorations programmatiques.

RÉFÉRENCES

1. Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, *World Fertility Patterns 2015*, 2015, <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/world-fertility-patterns-2015.pdf>.
2. Brown W, Darmstadt G et Prosser W, London Family Planning Summit: not business as usual, 2012, <http://www.impatientoptimists.org/Posts/2012/07/London-Family-Planning-Summit-Not-Business-as-Usual>.
3. Brown W et al., Developing the "120 by 20" goal for the Global FP2020 Initiative, *Studies in Family Planning*, 2014, 45(1):73-84.
4. Bruce J, Fundamental elements of the quality of care: a simple framework, *Studies in Family Planning*, 1990, 21(2):61-91.
5. Tumlinson K, *Measuring Quality of Care: A Review of Previously Used Methodologies and Indicators*, New York: Population Council, 2016.
6. Miller RA et al., The Situation Analysis study of the family planning program in Kenya, *Studies in Family Planning*, 1991, 22(3):131-143.
7. RamaRao S et Jain AK, Constructing indicators for measurement and improvement of the quality of family planning programs: an example using data on choice from the Philippines, 1997-1998, dans: Leisher SH et al., eds., *Quality Measurement in Family Planning: Past, Present, Future: Papers from the Bellagio Meeting on Family Planning Quality, October 2015*, Oakland, CA, États-Unis: Metrics for Management, 2016, pp. 47-60.
8. Askew I, Mensch B et Adewuyi A, Indicators for measuring the quality of family planning services in Nigeria, *Studies in Family Planning*, 1994, 25(5):268-283.
9. Costello M et al., A client-centered approach to family planning: the Davao Project, *Studies in Family Planning*, 2001, 32(4):302-314.

10. RamaRao S et al., The link between quality of care and contraceptive use, *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29(2):76-83.
11. Jain AK et al., Evaluation of an intervention to improve quality of care in family planning programme in the Philippines, *Journal of Biosocial Science*, 2012, 44(1):27-41, <http://dx.doi.org/10.1017/S0021932011000460>.
12. Sanogo D et al., Improving quality of care and use of contraceptives in Senegal, *African Journal of Reproductive Health*, 2003, 7(2):57-73.
13. Mensch B et al., Using Situation Analysis data to assess the functioning of family planning clinics in Nigeria, Tanzania, and Zimbabwe, *Studies in Family Planning*, 1994, 25(1):18-31.
14. Miller K et al., *Clinic-Based Family Planning and Reproductive Health Services in Africa: Findings from Situation Analysis Studies*, New York: Population Council, 1998.
15. Sullivan TM et Bertrand JT, Monitoring quality of care in family planning by the Quick Investigation of Quality (QIQ): country reports, *MEASURE Evaluation Project Technical Report Series*, Chapel Hill, NC, États-Unis: Carolina Population Center, 1999, No. 5.
16. U.S. Agency for International Development, SPA overview, 2015, <http://dhsprogram.com/What-We-Do/Survey-Types/SPA.cfm>.
17. Wang W et al., Assessing the quality of care in family planning, antenatal, and sick child services at health facilities in Kenya, Namibia, and Senegal, *DHS Analytical Studies*, Rockville, MD, États-Unis: ICF International, 2014, n° 44.
18. Tessema GA et al., Client and facility level determinants of quality of care in family planning services in Ethiopia: multilevel modelling, *PLoS One*, 2017, 12(6):e0179167, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0179167>.
19. Mallick L, Wang W et Temsah G, A comparison of summary measures of quality of service and quality of care for family planning in Haiti, Malawi, and Tanzania, *DHS Methodological Reports*, Rockville, MD, États-Unis: ICF, 2017, No. 20.
20. Performance Monitoring and Accountability 2020, About FP2020, 2017, <http://www.pma2020.org/about-fp2020>.
21. León FR et al., *The Balanced Counseling Strategy: A Toolkit for Family Planning Service Providers*, Washington, DC: Population Council, 2008.
22. Tumlinson K et al., Simulated clients reveal factors that may limit contraceptive use in Kisumu, Kenya, *Global Health: Science and Practice*, 2013, 1(3):407-416, <http://dx.doi.org/10.9745/GHSP-D-13-00075>.
23. Donabedian A, The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 1988, 260(12):1743-1748.
24. Jain AK et Hardee K, Revising the FP quality of care framework in the context of rights-based family planning services, *Studies in Family Planning*, 2018, 49(2):171-179, <http://dx.doi.org/10.1111/sifp.12052>.
25. Sedgh G et Hussain R, Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries, *Studies in Family Planning*, 2014, 45(2):151-169.
26. Jain A et Bruce J, A reproductive health approach to the objectives and assessment of family planning programs, dans: Sen G, Germaine A et Chen L, eds., *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, Boston, MA, États-Unis: Harvard University Press, pp. 193-209, 1994.
27. Jain A, Implications for evaluating the impact of family planning programs with a reproductive health orientation, *Studies in Family Planning*, 2001, 32(3):220-229.
28. Kuang B et Brodsky I, Global trends in family planning programs, 1999-2014, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2016, 42(1):33-44, <http://dx.doi.org/10.1363/42e0316>.
29. Jain AK, Fertility reduction and the quality of family planning services, *Studies in Family Planning*, 1989, 20(1):1-16.
30. Ross J et Hardee K, Access to contraceptive methods and prevalence of use, *Journal of Biosocial Science*, 2013, 45(6):761-778, <http://dx.doi.org/10.1017/S0021932012000715>.

31. Ross J et Stover J, Use of modern contraception increases when more methods become available: analysis of evidence from 1982–2009, *Global Health: Science and Practice*, 2013, 1(2):203-212, <http://dx.doi.org/10.9745/GHSP-D-13-00010>.
32. Weinberger M et Ross J, *The National Composite Index for Family Planning (NCIFP)*, Glastonbury, CT, États-Unis: Avenir Health, 2016.
33. FP2020, *FP2020 Commitment to Action: Measurement Annex 2015*, 2015, http://2014-2015progress.familyplanning2020.org/uploads/15/03/FP2020_MeasurementAnnex_2015_Spreads.pdf.
34. Jain AK, Examining progress and equity in information received by women using a modern method in 25 developing countries, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2016, 42(3):131–140, <http://dx.doi.org/10.1363/42e1616>.
35. Jain AK, Information about methods received by contraceptive users in India, *Journal of Biosocial Science*, 2017, 49(6):798–810.
36. Jain AK et Winfrey W, Contribution of contraceptive discontinuation to unintended births in 36 developing countries, *Studies in Family Planning*, 2017, 48(3):269–278.
37. Tietze C et Lewit S, Statistical evaluation of contraceptive methods: Use-effectiveness and extended use-effectiveness, *Demography*, 1968, 5(2):931–940.
38. USAID, StatCompiler, 2016, <http://legacy.statcompiler.com/>.
39. Bradley SEK, William W et Trevor NC, Contraceptive use and perinatal mortality in the DHS: an assessment of the quality and consistency of calendars and histories, *DHS Methodological Reports*, Rockville, MD, États-Unis: ICF International, 2015, n° 17.
40. Choi Y, Estimates of side effects counselling in family planning using three data sources: implications for monitoring and survey design, *Studies in Family Planning*, 2018, 49(1):23–39.

Remerciements

Cette étude a été menée dans le cadre du projet *Measuring and Monitoring Quality of Care*, sous subvention au Population Council de la David and Lucile Packard Foundation. L'auteur remercie Bill Winfrey pour l'apport des tableaux utilisés pour créer l'indice de succès. Il tient aussi à exprimer sa reconnaissance à ses nombreux collègues, y compris Saumya RamaRao et John Townsend, pour leurs commentaires utiles à l'amélioration d'une version antérieure de cet article.

Coordonnées de l'auteur: anrudhjain@gmail.com