

# REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple –Un But –Une Foi

**Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique**

**Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques**

**Division de la Recherche**

**R  
A  
P  
P  
O  
R  
T**

Enquête téléphonique à cycle rapide  
auprès des structures sanitaires du  
public et du privé et de la  
Communauté

***FASTR 1, cycle 2***



<i>Liste des Sigles et Acronymes</i> .....	6
<i>Liste des figures</i> .....	7
<i>Remerciements</i> .....	9
<i>Equipe de mise en œuvre</i> .....	10
<b>I. CONTEXTE ET OBJECTIFS</b> .....	<b>11</b>
<b>1.1. CONTEXTE</b> .....	<b>11</b>
<b>1.2. OBJECTIFS</b> .....	<b>12</b>
<b>1.3. CADRE CONCEPTUEL DE L'ENQUETE</b> .....	<b>12</b>
<b>II. METHODOLOGIE</b> .....	<b>14</b>
<b>2.1. POPULATION D'ETUDE</b> .....	<b>14</b>
<b>2.2. CONSIDERATIONS ETHIQUES</b> .....	<b>16</b>
<b>2.3. DIFFICULTES RENCONTREES ET SOLUTIONS APORTEES</b> .....	<b>17</b>
<b>2.4. CONTRAINTES DE L'ENQUETE</b> .....	<b>17</b>
<b>III. RESULTATS DE L'EVALUATION</b> .....	<b>18</b>
<b>3.1. ETAT DE PREPARATION DES STRUCTURES SANITAIRES</b> .....	<b>18</b>
<b>3.1.1. Informations sur les structures et les répondants</b> .....	<b>18</b>
3.1.1.1. Sexe des répondants des structures sanitaires .....	18
3.1.1.2. Fonction occupée dans la structure .....	18
3.1.1.3. Type de structures sanitaires enrôlées dans l'enquête .....	19
3.1.1.4. Mode de gestion des structures sanitaires selon la zone d'implantation .....	20
3.1.1.5. Localisation géographique des structures sanitaires .....	20
<b>3.1.2. Chocs externes : évènements inhabituels ayant perturbé les communautés desservies ...</b> <b>21</b>	
3.1.2.1. Nature des chocs externes ayant affecté les communautés desservies .....	21
3.1.2.2. Évènements ayant le plus d'impact sur la capacité d'assurer la continuité des services de santé ....	22
3.1.2.3. Impact de ces évènements sur la fréquentation des services de santé .....	23
3.1.2.4. Raison principale pour laquelle les évènements ont affecté la fréquentation des services de santé	24
<b>3.1.3. Services de santé disponibles dans la structure</b> .....	<b>24</b>
3.1.3.1. Domaines dans lesquels les structures ont rencontré des difficultés dans les 3 derniers mois .....	25
3.1.3.2. Difficultés ayant affecté les capacités des structures à fournir des services de santé .....	25
<b>3.1.4. Disponibilité et qualité des services de soutien dans les structures</b> .....	<b>27</b>
3.1.4.1. Disponibilité de l'eau dans les structures au cours des 7 derniers jours .....	27
3.1.4.2. Electricité dans les structures pendant les heures d'ouverture au cours des 7 derniers jours .....	28
3.1.4.3. Disponibilité du réseau de téléphonie dans les structures au cours des 7 derniers jours .....	29
3.1.4.4. Disponibilité du réseau internet dans les structures au cours des 7 derniers jours précédents l'enquête	30
<b>3.1.5. Financement des structures</b> .....	<b>31</b>
3.1.5.1. Sources de financement des structures à l'exclusion des salaires et des ressources en nature .....	31
3.1.5.2. Budget officiel alloué aux structures à l'exclusion des salaires et des ressources en nature .....	32
3.1.5.3. Réception par les structures de l'intégralité du budget alloué au cours des six derniers mois .....	33
3.1.5.4. Retards accusés dans la réception du budget alloué au cours des six derniers mois présents l'enquête	34
3.1.5.5. Réception par les structures de l'intégralité des remboursements d'indemnités d'assurance .....	35

3.1.5.6.	Retards dans les remboursements des indemnités d'assurance prévus des 6 derniers mois précédents l'enquête	36
3.1.5.7.	Réception de biens ou personnel d'ONG, d'organisation confessionnelle ou d'autres .....	36
3.1.5.8.	Dans quelle mesure les contributions reçues sont-elles nécessaires pour soutenir les activités ? ...	37
3.1.5.9.	Disponibilité de compte bancaire .....	38
3.1.5.10.	Autonomie de gestion de certains fonds ou ressources financières .....	38
3.1.5.11.	Autonomie dans l'utilisation des fonds ou ressources financières pour les activités .....	39
3.1.5.12.	Rapportage de la gestion financière au moins une fois par an .....	41
3.1.5.13.	Facturation de frais à la charge des patients pour des soins .....	42
3.1.5.14.	Pourcentage moyen des recettes annuelles totales qui provient des frais à la charge des patients.	43
3.1.5.15.	Affichage de la tarification de façon visible et accessible aux patients .....	43
3.1.5.16.	Païement des services de santé offerts .....	44
3.1.5.17.	Défi du financement pour les structures sanitaires .....	45
3.1.5.18.	Limitation de la capacité des structures à fournir des services de santé.....	46
<b>3.1.6.</b>	<b>Ressources humaines.....</b>	<b>47</b>
3.1.6.1.	Nombre moyen de prestataires de soins de santé travaillant dans les structures .....	47
3.1.6.2.	Nombre moyen de médecins travaillant dans les structures .....	48
3.1.6.3.	Pourcentage moyen de femmes médecins travaillant dans les structures .....	48
3.1.6.4.	Nombre moyen d'infirmiers et de sages-femmes travaillant dans les structures .....	49
3.1.6.5.	Pourcentage moyen de femmes dans le personnel infirmier et de sages-femmes .....	49
3.1.6.6.	Nombre moyen d'acteurs communautaires de soins travaillant dans les structures .....	50
3.1.6.7.	Pourcentage moyen de femmes acteurs communautaires de soins .....	50
3.1.6.8.	Formation sur site des prestataires de soins de santé .....	51
3.1.6.9.	Défi des ressources humaines pour les structures sanitaires .....	52
3.1.6.10.	Difficultés rencontrées dans la gestion du personnel au cours des 3 derniers mois .....	53
3.1.6.11.	Limitation des capacités à fournir des services à cause des difficultés liées au personnel .....	54
<b>3.1.7.</b>	<b>Leadership et Coordination .....</b>	<b>55</b>
3.1.7.1.	Existence de lignes directrices, protocoles ou procédures pour les références de patients .....	55
3.1.7.2.	Motifs les plus courants pour référer un patient vers un niveau supérieur .....	56
3.1.7.3.	Existence de lignes directrices, protocoles ou procédures pour la contre-référence.....	57
3.1.7.4.	Motifs de référence les plus courants venant de structures de niveau inférieur .....	58
3.1.7.5.	Existence de lignes directrices, protocoles ou procédures pour les références d'urgences.....	59
3.1.7.6.	Visites de supervision reçues par les structures au cours des 12 derniers mois précédents l'enquête	59
3.1.7.7.	Disponibilité d'une équipe de direction ou d'un comité de gestion dans les structures .....	60
3.1.7.8.	Réunions par les équipes de direction/comités de gestion au cours des 3 derniers mois .....	60
3.1.7.9.	Défi du leadership et de la coordination pour les structures .....	62
3.1.7.10.	Limitation de la capacité à fournir des services et défis du leadership/de la coordination .....	63
<b>3.1.8.</b>	<b>Processus d'amélioration de la qualité des soins .....</b>	<b>64</b>
3.1.8.1.	Activités menées par les structures pour améliorer la qualité des soins.....	64
3.1.8.2.	Point focal et comité chargés de l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité.....	65
3.1.8.3.	Réunions du comité chargé de l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité .....	65
3.1.8.4.	Exploitation des données pour la prise de décisions sur les services fournis par les structures .....	66
3.1.8.5.	Audits des décès des femmes qui meurent dans les 6 semaines suivant leur accouchement .....	67
3.1.8.6.	Audits des décès des nouveau-nés qui meurent dans les 7 jours suivant leur naissance .....	67
3.1.8.7.	Audits des mortinaissances qui surviennent dans les structures .....	68
3.1.8.8.	Défi de l'amélioration de la qualité des soins pour les structures .....	68
3.1.8.9.	Impacts des insuffisances de la qualité des soins sur la capacité à fournir des services .....	69
<b>3.2.</b>	<b>CAPACITES DE REPONSE DES STRUCTURES SANITAIRES A L'ECHELLE REGIONALE.....</b>	<b>71</b>
<b>3.2.1.</b>	<b>Services de santé disponibles dans la structure .....</b>	<b>71</b>
3.2.1.1.	Domaines dans lesquels les structures ont rencontré des difficultés.....	71
3.2.1.2.	Description des difficultés ayant affecté les capacités à fournir des services de santé.....	72
<b>3.2.2.</b>	<b>Disponibilité et qualité des services de soutien dans les structures .....</b>	<b>74</b>

3.2.2.1.	Disponibilité de l'eau dans les structures au cours des 7 derniers jours .....	74
3.2.2.2.	Disponibilité de l'électricité dans les structures pendant les heures d'ouverture.....	75
3.2.2.3.	Disponibilité du réseau de téléphonie dans les structures au cours des 7 derniers jours .....	75
3.2.2.4.	Disponibilité du réseau internet dans les structures au cours des 7 derniers jours .....	76
<b>3.2.3.</b>	<b>Processus d'amélioration de la qualité des soins .....</b>	<b>77</b>
3.2.3.1.	Activités menées par les structures pour améliorer la qualité des soins.....	77
3.2.3.2.	Point focal et comité chargé de l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité .....	78
3.2.3.3.	Réunions du comité pour l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des usagers .....	78
3.2.3.4.	Exploitation des données pour la prise de décisions sur les services fournis par les structures .....	79
3.2.3.5.	Audits des décès des femmes qui meurent dans les 6 semaines suivant leur accouchement .....	79
3.2.3.6.	Audits des décès des nouveau-nés qui meurent dans les 7 jours suivant leur naissance .....	80
3.2.3.7.	Audits des mortinaissances qui surviennent dans les structures .....	81
3.2.3.8.	Défi de l'amélioration de la qualité des soins pour les structures .....	81
3.2.3.9.	Impacts des insuffisances de la qualité des soins sur la capacité à fournir des services .....	82
<b>3.3.</b>	<b>BESOINS, PERCEPTIONS ET DEMANDES DES COMMUNAUTES .....</b>	<b>83</b>
<b>3.3.1.</b>	<b>Caractéristiques socio-professionnelles des informateurs clés.....</b>	<b>83</b>
3.3.1.1.	Age et Sexe des répondants .....	83
3.3.1.2.	Profil socioprofessionnel .....	83
3.3.1.3.	Zone de résidence.....	84
3.3.1.4.	Niveau d'études.....	84
3.3.1.5.	Services proposés .....	85
3.3.1.6.	Motivation pour les services fournis .....	85
<b>3.3.2.</b>	<b>Besoin et utilisation des services de santé essentiels dans les communautés .....</b>	<b>86</b>
<b>3.3.3.</b>	<b>Obstacles au recours aux services de santé essentiels dans les communautés.....</b>	<b>86</b>
3.3.3.1.	Principales raisons de non recours aux services de santé essentiels en cas de besoin .....	86
3.3.3.1.1.	<i>Raisons liées à l'information et à la culture .....</i>	<i>87</i>
3.3.3.1.2.	<i>Raisons liées à l'accessibilité géographique.....</i>	<i>87</i>
3.3.3.1.3.	<i>Raisons liées à l'accessibilité financière .....</i>	<i>88</i>
3.3.3.1.4.	<i>Raisons liées à la structure de santé (organisation et fonctionnement).....</i>	<i>88</i>
3.3.3.2.	Premiers recours en cas de maladie pour conseil ou soins .....	89
3.3.3.3.	Existence de groupes défavorisés dans l'accès aux soins de santé.....	89
3.3.3.3.1.	<i>Profil des groupes marginalisés .....</i>	<i>90</i>
3.3.3.3.2.	<i>Raisons pour lesquelles ces groupes ont des difficultés d'accès aux soins.....</i>	<i>90</i>
3.3.3.3.2.1.	<i>Raisons économiques .....</i>	<i>90</i>
3.3.3.3.2.2.	<i>Raisons sociales .....</i>	<i>91</i>
3.3.3.3.2.3.	<i>Raisons culturelles .....</i>	<i>91</i>
3.3.3.3.3.	<i>Motifs de non-recours soins.....</i>	<i>91</i>
<b>3.3.4.</b>	<b>Obstacles à la fourniture de services communautaires .....</b>	<b>92</b>
3.3.4.1.	Disponibilité de soutien nécessaire pour la fourniture de services communautaires .....	92
3.3.4.2.	Nature du soutien supplémentaire souhaité.....	92
3.3.4.3.	Nature de la formation souhaitée .....	93
<b>3.3.5.</b>	<b>Participation à la surveillance et à la riposte .....</b>	<b>94</b>
3.3.5.1.	Importance de la surveillance des maladies pour la communauté .....	94
3.3.5.2.	Formation en surveillance des maladies suivi au cours de l'année écoulée .....	94
3.3.5.3.	Principales difficultés dans le travail de surveillance des maladies .....	94
<b>3.3.6.</b>	<b>Connaissances et attitudes à l'égard de la vaccination .....</b>	<b>95</b>
3.3.6.1.	Connaissances de la communauté sur les vaccins .....	95
3.3.6.1.1.	<i>Définition et utilité d'un vaccin .....</i>	<i>95</i>
3.3.6.1.2.	<i>Types de vaccins connus par l'acteur communautaire .....</i>	<i>95</i>

3.3.6.1.3.	<i>Connaissance du mode de délivrance de la vaccination</i> .....	96
3.3.6.2.	<i>Attitudes à l'égard de la vaccination</i> .....	96
3.3.6.2.1.	<i>Respect du calendrier de vaccination par la communauté</i> .....	97
3.3.6.2.2.	<i>Risque de ne pas se faire vacciner en cas de besoin</i> .....	97
3.3.6.2.3.	<i>Risque de ne pas faire vacciner ses enfants en cas de besoin</i> .....	97
3.3.6.2.4.	<i>Principales raisons de non recours à la vaccination</i> .....	98
3.3.6.2.5.	<i>Raisons de ne pas faire vacciner ses enfants en cas de besoin</i> .....	98

#### **IV. RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES ..... 100**

##### **4.1. RECOMMANDATIONS ..... 100**

**4.1.1. A l'endroit de l'équipe de mise en œuvre de l'enquête..... 100**

**4.1.2. A l'endroit du système de santé..... 100**

**4.1.3. Dissémination et valorisation des résultats..... 101**

##### **4.2. PERSPECTIVES ..... 101**

## Liste des Sigles et Acronymes

ACPP	: Acteur communautaire de promotion et prévention
ASC	: Agent de Santé Communautaire
ASPS	: Alliance du Secteur Privé de la Santé du Sénégal
CDS	: Comité de Développement Sanitaire
CEHS	: Continuité des services essentiels en période de Covid-19
CMU	: Couverture Maladie Universelle
CS	: Centre de Santé
CSU	: Couverture Sanitaire Universelle
DHIS2	: District Health Information Software 2
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DEPrS	: Direction des Etablissements Privés de Santé
DEPS	: Direction des Etablissements Publics de Santé
DGAS	: Direction Générale de l'Action Sociale
DGES	: Direction Générale des Etablissements Publics de Santé
DGSP	: Direction Générale de la Santé Publique
DLM	: Direction de la Lutte contre la Maladie
DPRS	: Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques
DSDOM	: Dispensateur de Soins à Domicile
EPS	: Etablissement Public de Santé
FASTR	: Frequent Assessments and Systems Tools for Resilience
GFF	: Global Financing Facility
HPV	: Human Papillomavirus
MCD	: Médecin-Chef de District
MSHP	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OCB	: Organisations Communautaires de Base
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OSC	: Organisations de la Société Civile
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
SARA	: Service Availability and Readiness Assessment
SDI	: Système de Distribution Intégrée
SNEISS	: Service National de l'Education, de l'Information Sanitaire et sociale
SPA	: Soins Post-Avortement
SRMNIA-N	: Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et Nutrition
SSP	: Soins de Santé Primaire
VPI	: Vaccin Polio Inactivé
VPO	: Vaccin Polio Oral

## Liste des figures

Figure 1: Répartition par sexe des répondants _____	18
Figure 2: Fonction occupée par le répondant dans la structure _____	19
Figure 3: Type de structures sanitaires enrôlées dans l'enquête _____	19
Figure 4: Mode de gestion des structures selon la zone d'implantation _____	20
Figure 5 : Zone d'implantation des structures selon le type _____	20
Figure 6: Nature des chocs externes ayant affecté les communautés _____	21
Figure 7: Evènement ayant le plus d'impact sur la capacité d'assurer la continuité des services de santé _____	22
Figure 8: Impact de ces événements sur la fréquentation des services de santé _____	23
Figure 9: Raison principale pour laquelle les événements ont affecté la fréquentation des services de santé _____	24
Figure 10: Domaines dans lesquels les structures ont rencontré des difficultés au cours des 3 derniers mois précédents l'enquête _____	25
Figure 11 : Disponibilité de l'eau dans les structures au cours des 7 derniers jours _____	27
Figure 12 : Disponibilité de l'électricité dans les structures pendant les heures d'ouverture au cours des 7 derniers jours ____	28
Figure 13 : Disponibilité du réseau de téléphonie dans les structures au cours des 7 derniers jours _____	29
Figure 14 : Disponibilité du réseau internet dans les structures au cours des 7 derniers jours _____	30
Figure 15 : Sources de financement des structures à l'exclusion des salaires et des ressources en nature _____	31
Figure 16 : Existence de budget officiel alloué aux structures à l'exclusion des salaires et des ressources en nature _____	32
Figure 17 : Réception par les structures de l'intégralité du budget alloué au cours des 6 derniers mois _____	33
Figure 18 : Retards accusés dans la réception du budget alloué au cours des 6 derniers mois _____	34
Figure 19 : Réception par les structures de l'intégralité des remboursements d'indemnités d'assurances au cours des 6 derniers mois _____	35
Figure 20 : Retards accusés dans les remboursements d'indemnités d'assurances prévus au cours des 6 derniers mois ____	36
Figure 21 : Réception par les structures de biens ou personnel de la part d'ONG, d'organisation confessionnelle ou d'autres donateurs au cours des 6 derniers mois _____	37
Figure 22 : Dans quelle mesure les contributions reçues sont-elles nécessaires pour soutenir les activités des structures ____	37
Figure 23 : Disponibilité de compte bancaire _____	38
Figure 24 : Autonomie de gestion de certains fonds ou ressources financières _____	39
Figure 25 : Autonomie dans l'utilisation des fonds ou ressources financières pour la réalisation d'activités _____	39
Figure 26 : Rapportage de la gestion financière au moins une fois par an _____	41
Figure 27 : Facturation de frais à la charge des patients pour des soins hospitaliers et / ou ambulatoires, au cours des 3 derniers mois _____	42
Figure 28 : Pourcentage moyen de recettes annuelles totales qui provient des frais à la charge des patients _____	43
Figure 29 : Affichage de la tarification de façon visible et accessible aux patients _____	43
Figure 30 : Paiement des services de santé offerts _____	44
Figure 31 : Défi du financement pour les structures sanitaires _____	45
Figure 32 : Limitation de la capacité des structures à fournir des services de santé _____	46
Figure 33 : Nombre moyen des prestataires de soins de santé travaillant dans les structures _____	47
Figure 34 : Nombre moyen de médecins travaillant dans les structures _____	48
Figure 35 : Pourcentage moyen de femmes médecins travaillant dans les structures _____	48
Figure 36 : Nombre moyen d'infirmiers et de sages-femmes travaillant dans les structures _____	49
Figure 37 : Pourcentage moyen de femmes dans le personnel infirmier et de sages-femmes travaillant dans les structures _____	49
Figure 38 : Nombre moyen d'acteurs communautaires de soins travaillant dans les structures _____	50
Figure 39 : Pourcentage moyen de femmes acteurs communautaires de soins travaillant dans les structures _____	51
Figure 40 : Formation sur site des prestataires de soins de santé _____	51
Figure 41 : Défi des ressources humaines pour les structures sanitaires _____	52
Figure 42 : Difficultés rencontrées dans la gestion du personnel au cours des 3 derniers mois _____	53
Figure 43 : Les difficultés liées au personnel ont-elles limité ou empêché la capacité de la structure à fournir des services de santé ? _____	54
Figure 44 : Existence de lignes directrices protocoles ou procédures pour les références de patients vers d'autres structures _____	55
Figure 45 : Motifs les plus courants pour référer un patient vers un niveau supérieur, au cours des 3 derniers mois _____	56
Figure 46 : Existence de lignes directrices, protocoles ou procédures pour la contre-référence de patients _____	57
Figure 47 : Motifs de référence les plus courants venant de structures de niveau inférieur, au cours des 3 derniers mois ____	58
Figure 48 : Existence de lignes directrices, protocoles ou procédures pour les références d'urgences _____	59
Figure 49 : Visites de supervision reçues par les structures au cours des 12 derniers mois _____	59
Figure 50 : Disponibilité d'équipe de direction ou de comité de gestion dans les structures _____	60
Figure 51 : Tenue de réunions par les équipes de direction/comités de gestion au cours des 3 derniers mois _____	61

Figure 52 : Défi du leadership et de la coordination pour les structures _____	62
Figure 53 : Limitation de la capacité des structures à fournir des services de santé et défis du leadership et de la coordination _____	63
Figure 54 : Activités menées par les structures pour améliorer la qualité des soins _____	64
Figure 55 : Disponibilité de point focal et comité chargés de l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients/usagers _____	65
Figure 56 : Tenue de réunions du comité chargé de l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des usagers au cours des 3 derniers mois _____	65
Figure 57 : Exploitation des données pour la prise de décisions sur les services fournis par les structures\$ _____	66
Figure 58 : Audits des décès des femmes qui meurent dans les 6 semaines suivant leur accouchement _____	67
Figure 59 : Audits des décès des nouveau-nés qui meurent dans les 7 jours suivant leur naissance _____	67
Figure 60 : Audits des mortinaissances qui surviennent dans les structures _____	68
Figure 61 : Défi de l'amélioration de la qualité des soins pour les structures _____	69
Figure 62 : Impacts des insuffisances de la qualité des soins sur la capacité des structures à fournir des services de santé _____	70
Figure 63 Domaines dans lesquels les structures ont rencontré des difficultés au cours des 3 derniers mois _____	71
Figure 64 : Disponibilité de l'eau dans les structures au cours des 7 derniers jours, au niveau régional _____	74
Figure 65 : Disponibilité de l'électricité dans les structures pendant les heures d'ouverture au cours des 7 derniers jours, au niveau régional _____	75
Figure 66 : Disponibilité du réseau de téléphonie dans les structures au cours des 7 derniers jours, au niveau régional _____	75
Figure 67 : Disponibilité du réseau internet dans les structures au cours des 7 derniers jours, au niveau régional _____	76
Figure 68 : Activités menées par les structures pour améliorer la qualité des soins, au niveau régional _____	77
Figure 69 : Disponibilité de point focal et comité chargé de l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des usagers, au niveau régional _____	78
Figure 70 : Tenue de réunions du comité chargé de l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des usagers au cours des 3 derniers mois, au niveau régional _____	78
Figure 71 : Exploitation des données pour la prise de décisions sur les services fournis par les structures, au niveau régional _____	79
Figure 72 : Audits des décès des femmes qui meurent dans les 6 semaines suivant leur accouchement _____	79
Figure 73 : Audits des décès des nouveau-nés qui meurent dans les 7 jours suivant leur naissance, au niveau régional _____	80
Figure 74 : Audits des mortinaissances qui surviennent dans les structures, au niveau régional _____	81
Figure 75 : Défi de l'amélioration de la qualité des soins pour les structures, au niveau régional _____	81
Figure 76 : Impacts des insuffisances de la qualité des soins sur la capacité des structures à fournir des services de santé, au niveau régional _____	82
Figure 77 : Sexe des répondants _____	83
Figure 78 : Profil socioprofessionnel _____	84
Figure 79 : Répartition des informateurs clés selon la zone de résidence _____	84
Figure 80 : Répartition selon le niveau d'étude des informateurs clés. _____	84
Figure 81 : Services proposés _____	85
Figure 82 : Motivation pour les services fournis _____	85
Figure 83 : Besoin et utilisation des services de santé essentiels dans les communautés _____	86
Figure 84 : Raisons liées à l'information et à la culture _____	87
Figure 85 : Raisons liées à l'accessibilité géographique _____	87
Figure 86 : Raisons liées à l'accessibilité financière _____	88
Figure 87 : Raisons liées à la structure de santé (organisation et fonctionnement) _____	88
Figure 88 : Premiers recours en cas de maladie pour conseil ou soins _____	89
Figure 89 : Existence de groupes défavorisés dans l'accès aux soins de santé _____	89
Figure 90 : Profil des groupes marginalisés _____	90
Figure 91 : Raisons économiques _____	90
Figure 92 : Raisons culturelles _____	91
Figure 93 : Pourquoi les membres de la communauté ne viennent pas se faire soigner dans les structures sanitaires _____	91
Figure 94 : Disponibilité de soutien nécessaire pour la fourniture de services communautaires _____	92
Figure 95 : Nature du soutien supplémentaire souhaité _____	93
Figure 96 : Nature de la formation souhaitée _____	93
Figure 97 : Types de vaccins connus par l'acteur communautaire _____	96
Figure 98 : Connaissance du mode de délivrance de la vaccination _____	96
Figure 99 : Respect du calendrier de vaccination par la communauté _____	97
Figure 100 : Risque de ne pas se faire vacciner en cas de besoin _____	97
Figure 101 : Risque de ne pas faire vacciner ses enfants en cas de besoin _____	98
Figure 102 : Principales raisons de non recours à la vaccination de la communauté _____	98
Figure 103 : Principales raisons de ne pas faire vacciner ses enfants en cas de besoin _____	99

## Remerciements

L'équipe de mise en œuvre de l'Enquête Téléphonique à Cycle Rapide (FASTR) tient à exprimer sa profonde gratitude à toutes les personnes et structures qui, par leur engagement et leur précieuse contribution, ont permis la réussite de cette étude.

Nos remerciements s'adressent tout particulièrement à **Monsieur le Ministre de la Santé et de l'Hygiène publique**, pour son leadership et la pertinence de sa vision stratégique, qui ont créé un environnement favorable à la réalisation de cette initiative ; et à tous les acteurs au niveau central, parmi lesquels :

- Direction Générale de la Santé Publique (DGSP) ;
- Direction Générale des Etablissements Publics de Santé (DGES) ;
- Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) ;
- Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM) ;
- Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS) ;
- Direction des Etablissements Publics de Santé (DEPS) ;
- Direction des Etablissements Privés de Santé (DEPrS) ;
- Service National de l'Education, de l'Information Sanitaire et sociale (SNEISS) ;
- Alliance du Secteur Privé de la Santé du Sénégal (ASPS).

Aux autorités sanitaires nationales, régionales et départementales, pour leur précieux concours et leur mobilisation tout au long du processus de collecte.

Aux responsables et à l'ensemble du personnel des structures sanitaires publiques et privées (Directeurs régionaux de la Santé, Directeurs des établissements publics de santé, Médecins-chefs de districts sanitaires, Infirmiers chefs de poste, responsables des structures privées de santé et acteurs communautaires) qui ont bien voulu accorder de leur temps pour répondre à nos sollicitations. Leur expertise et leur expérience de terrain ont fourni des données d'une richesse inestimable sur l'état de préparation du système de santé.

Aux acteurs communautaires, aux leaders et informateurs clés qui ont accepté de partager leurs perceptions, leurs besoins et leurs expériences. Leur parole a été essentielle pour comprendre les dynamiques locales et assurer la redevabilité du système de santé envers les populations qu'il dessert.

À notre partenaire technique et financier, la Banque mondiale à travers le Mécanisme de Financement Mondial (Global Financing Facility - GFF), pour son appui financier décisif et son accompagnement technique continu.

Enfin, une pensée spéciale va à l'ensemble de l'équipe technique et de collecte dont le professionnalisme, la rigueur et le dévouement ont été les garants de la qualité des données recueillies.

C'est grâce à cette synergie d'actions et à cette collaboration fructueuse entre toutes les parties prenantes que les résultats de cette enquête pourront utilement éclairer la prise de décision et renforcer la résilience de notre système de santé.

## Equipe de mise en œuvre

- **Responsables de l'enquête**
  - Dr Samba Cor SARR DC
  - Pr Ousmane CISSE DGSP
  - Dr Babacar GUEYE DPRS
- **Coordination de l'enquête**
  - Dr Abdoulaye DIALLO DR/DPRS
  - Dr Fanding BADJI DGSP
- **Supervision – Gestion des données – Analyse et Rédaction**
  - Dr Zeyni El Abidine SY DR/DPRS
  - Abib NDIAYE DR/DPRS
  - Dr Tidiane GADIAGA DSISS/DPRS
  - Gora NDIAYE Data manager
  - Ibrahima NDIAYE DEPrS
  - Djibril NDIAYE DSISS
  - Papa Alioune BA DR/DPRS
  - Mame Omar GUEYE DR/DPRS
- **Evaluateurs**
  - Abdou Razak KEBE Enquêteur DR
  - Aissatou NOMOKHO Enquêteur SNEISS
  - Abdoul Aziz MBENGUE Enquêteur DGSP
  - Amadou SARR Enquêteur Bureau Archives
  - Aminata Djiboye SANE Enquêteur DR
  - Aminata THIAM Enquêteur DR
  - Amy MBACKE Enquêteur CSSP
  - Astou FALL Enquêteur DR
  - Babacar KANE Enquêteur CPRS
  - Dié Astou NGOM Enquêteur DR
  - El Hadji Malick NDIAYE Enquêteur DR
  - Khadidiatou WONE Enquêteur DLM
  - Moustapha BA Enquêteur Cellule Genre
  - Mamadou Saly SARR Enquêteur DR
  - Rougui SYLLA Enquêteur DGAS
  - Amar NIANG Enquêteur DGAS
  - Mamadou Samba MBOW Enquêteur DR
  - Seynabou DIAGNE Enquêteur DR
  - Mor DIAGNE Enquêteur SNEISS
  - Marie KA Enquêteur DPart
  - Mylène Julia NDOUR Enquêteur DR
  - Ousseynou DIOP Enquêteur DR
  - Rose Emma Ngoné FAYE Enquêteur CES
  - Cheikh NDIAYE Enquêteur DR
  - Guéthie DIOP Enquêteur DSSIS
  - Sény CISSE Enquêteur DR
  - Yama BOYE Enquêteur DR
  - Bintou DIALLO Enquêteur DR
  - Mamadou Saly SARR Enquêteur DR
  - Ousmane DIOUF Enquêteur DR
  - Saer DIOUF Enquêteur DSSIS
- **Appui technique**
  - Viviane Agathe Julie Renée AZAIS BM
  - Mamadou DIENG Consultant BM

## I. CONTEXTE ET OBJECTIFS

### 1.1. CONTEXTE

La survenue et la persistance de la pandémie de la Covid-19 ont conduit l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à mettre en place plusieurs initiatives destinées à accompagner les pays dans la mise en œuvre de ripostes efficaces. Dans cette dynamique, le système d'information sanitaire s'est imposé comme un levier essentiel pour renforcer la précision et la réactivité de la lutte. L'OMS a ainsi proposé un modèle de capture et d'analyse des données visant à évaluer la réactivité du système de santé et celle des communautés. Le Sénégal a été sélectionné parmi cinq pays pilotes pour tester ce dispositif et, au besoin, l'adapter à son contexte national.

L'objectif de cette initiative est de permettre une meilleure maîtrise des données relatives à l'organisation et à la gestion des réponses sanitaires. Face à l'évolution rapide des crises épidémiologiques et aux limites des systèmes de collecte et d'analyse des données, il est devenu urgent de disposer d'un système d'aide à la décision. La démarche retenue, à la fois inclusive et participative, vise à évaluer de manière séquentielle le fonctionnement du système de santé, ainsi que les perceptions et besoins des communautés, en suivant l'évolution des chocs successifs.

Cette évaluation devrait se faire tous les trois mois sur quatre phases successives, au terme desquelles le modèle d'aide à la décision fera l'objet d'une validation en vue de son intégration dans le dispositif national de santé.

La première phase s'est tenue en novembre 2021, la deuxième en novembre 2022, la troisième en mars 2024, et la quatrième phase a eu lieu du 26 juin au 12 juillet 2025. Le financement a évolué au fil des cycles : la première phase a été entièrement soutenue par l'OMS, tandis que la seconde a bénéficié d'un appui additionnel de la Banque Mondiale, à travers le Global Financing Facility (GFF). Cette étape a également permis la révision des outils avec l'élargissement du champ de collecte des données au secteur privé de la santé et l'intégration de nouveaux indicateurs, notamment ceux liés à la santé de la mère et de l'enfant.

Afin d'optimiser la collecte, les variables ont été revues pour réduire le temps d'administration des questionnaires téléphoniques ;

- L'outil destiné aux structures de santé s'articule autour de sept blocs thématiques : chocs, services essentiels, infrastructures, financement, ressources humaines, leadership et coordination, ainsi que processus d'amélioration de la qualité des soins ;
- L'outil communautaire qui explore les besoins, perceptions et demandes des populations à travers cinq axes : besoin et utilisation des services de santé essentiels, obstacles à l'accès et à la fourniture de services communautaires, participation communautaire à la surveillance et à la riposte, ainsi que les connaissances et attitudes face à la vaccination.

Les deux outils intègrent des indicateurs sensibles au genre et à la Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et Nutrition (SRMNIA-N). Par ailleurs, l'échantillonnage a été ajusté pour garantir une représentativité infrarégionale suffisante et une masse critique de données exploitables.

## 1.2. OBJECTIFS

### Objectif général :

- Réaliser une évaluation rapide de l'état de préparation des structures sanitaires de première ligne et de la réactivité communautaire, en vue d'assurer la continuité des prestations de services et la résilience face aux chocs externes.

### Objectifs spécifiques :

- Évaluer la préparation des structures publiques de santé pour la continuité des services et la gestion des chocs externes ;
- Évaluer la préparation des structures privées de santé selon les mêmes critères ;
- Identifier les besoins et perceptions des communautés riveraines ;
- Formuler des recommandations pour l'amélioration durable de la qualité des prestations de santé.

## 1.3. CADRE CONCEPTUEL DE L'ENQUETE

L'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) exige des systèmes de santé résilients, capables d'utiliser en temps réel les données nationales pour suivre les réformes, répondre aux perturbations et adapter les politiques publiques. Durant la pandémie de Covid-19, le Global Financing Facility (GFF) a soutenu les ministères de la Santé de 22 pays à revenu faible ou intermédiaire afin de suivre les perturbations des services essentiels par le biais d'analyses fréquentes et rapides. Ces études ont révélé que la dégradation des services essentiels a considérablement contribué à la mortalité globale et freiné les progrès vers la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Bien après la pandémie, d'autres facteurs tels que l'instabilité politique, l'insécurité, les grèves du personnel de santé dans certaines régions et les ruptures de médicaments et produits de santé peuvent affecter la prestation des soins.

Pour renforcer la résilience du système de santé sénégalais, la Banque mondiale et le GFF appuient la mise en place d'un dispositif de surveillance continue, basé sur des enquêtes téléphoniques rapides (FASTR – *Frequent Assessments and Systems Tools for Resilience*). Ces enquêtes combinent des données quantitatives et qualitatives et sont menées de façon séquentielle pour générer des données probantes destinées à éclairer les décisions et les pratiques d'amélioration.

Le modèle organisationnel mis en place au Sénégal repose sur :

- La création d'un comité de coordination nationale au sein du Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP), regroupant directions, services et partenaires techniques et financiers (PTF) ;
- La mise en place d'un groupe technique de travail chargé de la conception de la base de sondage, de la sélection de l'échantillon, de la collecte et de la validation des données ;
- La désignation de la division Recherche comme structure nationale responsable de la mise en œuvre, afin de garantir l'internalisation progressive du dispositif.

L'outil utilisé est aligné sur les standards internationaux d'évaluation des établissements de santé (SDI<sup>1</sup>, SARA<sup>2</sup>, HSPA<sup>3</sup>) et intègre l'approche « Continuité des services essentiels en période de Covid-19 (CEHS) ». Il tient compte des dimensions genre, Soins de Santé Primaires (SSP) et SRMNIA-N. Les enquêtes sont administrées par téléphone.

---

<sup>1</sup> Indicateurs de prestation de services ;

<sup>2</sup> Évaluation de la disponibilité et de l'état de préparation des services ;

<sup>3</sup> Évaluation de la performance du système de santé (HSPA).

## II. METHODOLOGIE

### 2.1. POPULATION D'ETUDE

La mise en œuvre de l'enquête s'est appuyée sur deux bases de sondage constituées de :

- La liste des structures publiques et privées théoriquement fonctionnelles sur le territoire national ;
- La liste des acteurs communautaires issus des populations riveraines des structures sanitaires sélectionnées.

Pour chaque base de sondage, la taille de l'échantillon a été calculée à partir des indications de l'OMS et de FASTR. Un échantillon représentatif des structures au niveau régional a été tiré aléatoirement à partir de la liste officielle des formations sanitaires.

#### → Taille de l'échantillon et remplacement

Pour l'évaluation des capacités des structures de santé à faire face aux chocs externes, la taille de l'échantillon au niveau national est de **420 structures** en raison de 30 structures par région dont 30% issues du privé. Dans chaque région, le procédé utilisé pour la sélection est le tirage aléatoire avec la fonction « alea » d'EXCEL.

Pour le secteur public, l'échantillon comprend des postes de santé, des centres de santé et des établissements publics de santé (EPS). La sélection de ces structures appelés communément « *hôpitaux* », a été effectuée de manière proportionnelle à leur poids respectif dans chaque région.

Concernant le secteur privé, l'échantillon cible les cabinets médicaux, les cabinets paramédicaux et les cliniques. Lorsque la proportion de structures privées disponibles était inférieure au quota de 30% retenu, un complément a été opéré à partir de la base des structures publiques.

L'échantillon final a été réparti entre les zones rurales et urbaines. Les personnes interrogées étaient les responsables des structures ou leur remplaçant désigné.

Concernant la partie « Besoins, perceptions et demandes des communauté », un échantillon de **70 informateurs clés** composé d'acteurs évoluant dans la santé au niveau communautaire (*agents de santé communautaires, membres de comité de développement sanitaire (CDS)*), des leaders communautaires, des membres d'organisations communautaires de base (OCB) et d'organisations de la société civile (OSC).

Afin d'atteindre la taille d'échantillon visée, des structures de remplacement (publiques et privées) avaient été pré-identifiées dans chaque région pour pallier tout refus, indisponibilité ou fermeture des structures contactées initialement.

La mise en œuvre opérationnelle de la collecte a reposé sur une équipe de 44 personnes, structurée comme suit : deux (2) coordinateurs, huit (8) superviseurs, trente-deux (32) enquêteurs, un (1) gestionnaire de données, avec l'appui d'un (1) consultant de la Banque mondiale.

Les enquêteurs ont utilisé le téléphone pour administrer le questionnaire et des tablettes et/ou des ordinateurs pour renseigner les fiches de collecte paramétrées dans la plateforme électronique KoboToolbox. Cette phase a duré quinze (15) jours avec un taux de réussite de 100% de l'échantillon des structures et des informateurs clés.

Les entretiens sont conçus pour durer de 30 à 45 minutes. Les questionnaires ont été prétestés et les résultats ont permis d'ajuster les outils de collecte.

#### ↳ Préparation et collecte sur le terrain

Pour préparer la collecte auprès des sources sélectionnées, une lettre circulaire a été adressée aux Directeurs Régionaux de la Santé (DRS) accompagnée de la liste des formations sanitaires du privé et du public et des répondants sélectionnés dans chaque région et déclinée par district sanitaire. Cette mesure a été déterminante pour créer l'adhésion des différents responsables du niveau opérationnel. En plus de cette mesure, une deuxième correspondance est envoyée à chaque Médecin-chef de district (MCD) concerné par l'enquête. Ladite correspondance est accompagnée d'une liste complète et détaillée des postes de santé et structures privées sélectionnées, des noms et contacts de chaque répondant. Il est demandé à chaque MCD d'annoncer le début de la collecte aux responsables des structures échantillonnées afin qu'ils prennent des dispositions pour la réussite de l'enquête.

Chaque enquêteur travaillait sous l'encadrement de son superviseur à qui il transmettait régulièrement son journal d'appels résumant l'ensemble des contacts téléphoniques effectués dans la journée.

Chaque superviseur encadre 2 à 4 enquêteurs, veille à la qualité des données collectées et organise le travail sur le terrain. Il vérifie les données, signale les erreurs et remplace les cibles indisponibles. Ses responsabilités incluent l'obtention des contacts, la fixation d'objectifs quotidiens, la compilation des statistiques d'appels et la remontée des problèmes à l'équipe d'encadrement.

Le consultant a fait le suivi de la collecte à travers le serveur et a régulièrement rendu compte à l'équipe de coordination de l'enquête par des e-mails résumant la progression de la collecte tous les 2 jours.

L'administration technique de la plateforme KoboToolbox est assurée par le gestionnaire de données qui a apporté un soutien aux enquêteurs dans la soumission des formulaires renseignés dans la plateforme. Les coordonnateurs, tout en assurant le suivi global de l'enquête, ont apporté des appuis pour faciliter la collaboration avec les responsables des structures de santé qui tardaient à répondre aux sollicitations des enquêteurs.

#### ↳ Apurement et redressement de la base de données

Des vérifications continues des données ont été faites pour identifier :

- ↳ Le problème de la qualité des données (sauts, valeurs aberrantes, erreurs de saisie, etc.) ;
- ↳ L'exhaustivité et la complétude des données ;
- ↳ Les manquements dans l'administration des outils et le niveau de progression de l'enquête en fonction des objectifs quotidiens.

---

Ce suivi quotidien et rapproché a permis de disposer de données de meilleure qualité et de couvrir la totalité de l'échantillon. À la fin de l'enquête, la base de données a été apurée et redressée.

## **2.2. CONSIDERATIONS ETHIQUES**

La participation à l'enquête est volontaire. Une lettre d'information sur les enjeux et les éventuels risques liés à la participation est adressée aux répondants. En termes d'enjeu, la présente enquête devrait déboucher sur la validation d'un outil contributif à un système de surveillance des capacités des services de première ligne. Et, en termes de risque, un entretien peut révéler des données à caractère personnel et des informations dont l'imputabilité pourrait être mal jugée par un tiers. Ainsi, pour réduire ce risque de rupture de confidentialité et asseoir l'éthique de responsabilité, chaque répondant a reçu des informations complètes et intelligibles sur l'enquête pour décider en toute connaissance de cause et de façon libre. Un système d'anonymisation a été mis en place pour rompre toute possibilité de lier les données à caractère personnel aux répondants.

### 2.3. DIFFICULTES RENCONTREES ET SOLUTIONS APORTEES

Difficultés rencontrées	Solutions apportées
↪ Non fonctionnalité de certaines structures sanitaires du privé	Remplacement par une autre structure dans la base de données, après vérification du superviseur
↪ Refus de certains répondants	- Envoi des éléments d'informations au responsable de la structure, - Intervention du superviseur pour décanter la situation, - Remontée du blocage au niveau de la coordination de l'enquête et remplacement par une autre structure après avis du superviseur
↪ Injoignabilité de certains responsables de structures	Remplacement de la structure après sept tentatives d'appel à des jours et heures différents
↪ Non fonctionnalité de certains contacts téléphoniques et e-mails	Recours aux superviseurs et aux Directeurs Régionaux de la Santé ou aux Médecins Chefs de Districts pour disposer des contacts des structures ciblées
↪ Non disponibilité de certains répondants identifiés	Négociation de la date et de l'heure de l'entretien
↪ Non prise en compte de certaines structures de remplacement dans le paramétrage	- Notification au superviseur avant de procéder au renseignement du formulaire avec maintien du code de la structure remplacée. - Notification au data manager sur la structure remplacée
↪ Manque de suivi régulier des journaux d'appels	Relances régulières aux enquêteurs pour un bon suivi
↪ Retard dans la remontée des données au niveau du serveur	Rappel de la promptitude pour la transmission des formulaires finalisés
↪ Difficultés relevées dans la formulation et la compréhension de certaines questions	- Durée et format de la formation des enquêteurs à revoir ; - Paramétrage de certaines questions concernant les structures du privé (exemple : question FIN_06A_Achat de médicaments et de produits médicaux, etc.)

### 2.4. CONTRAINTES DE L'ENQUETE

La réussite de cette enquête nécessite une coordination entre le service en charge de l'enquête et le partenaire, la disponibilité d'un répondant au niveau des structures, une compréhension harmonisée des questions. En effet, les lenteurs dans la coordination administrative et financière ont retardé le démarrage de l'enquête. Il est ainsi nécessaire de faire un plaidoyer auprès du bailleur pour le respect des délais prescrits pour ce type d'enquête cyclique.

### III. RESULTATS DE L'EVALUATION

L'évaluation nationale et cyclique des capacités des structures à faire face aux chocs et à prendre en charge les conséquences, a permis de renseigner les indicateurs traceurs de la gestion des structures sanitaires des secteurs public et privé. Parallèlement, une autre évaluation est réalisée sur les besoins, perceptions et demandes des communautés. Les résultats de ces évaluations sont présentés dans les parties suivantes selon trois séquences : i) l'état de préparation des structures sanitaires du public et du privé ; ii) les capacités de réponse des structures sanitaires à l'échelle régionale et iii) les besoins, perceptions et demandes des communautés.

#### 3.1. ETAT DE PREPARATION DES STRUCTURES SANITAIRES

L'état de préparation des structures sanitaires publiques et privées est évalué à travers : i) les informations générales sur l'échantillon, ii) les chocs, iii) les services de santé, iv) la disponibilité et la qualité des infrastructures, v) le financement, vi) les ressources humaines, vii) le leadership et la coordination et viii) le processus d'amélioration de la qualité des soins.

##### 3.1.1. Informations sur les structures et les répondants

Sont abordées ici, les informations d'identification relatives aux structures enquêtées et aux répondants.

###### 3.1.1.1. Sexe des répondants des structures sanitaires

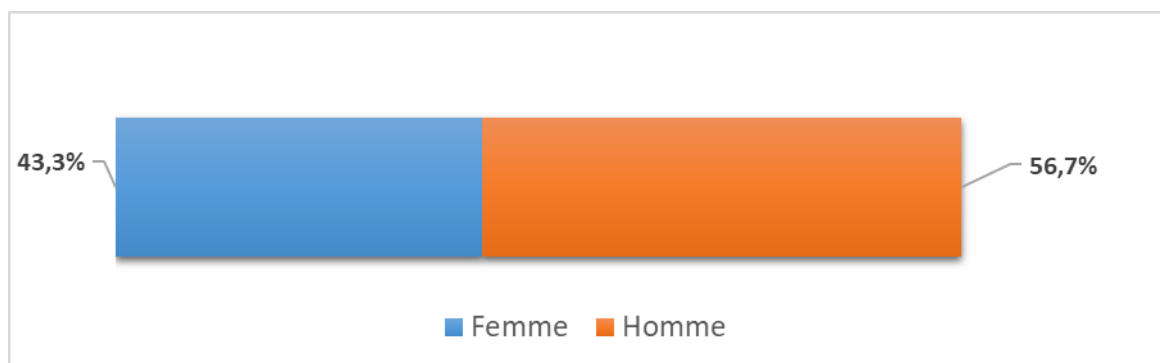


Figure 1: Répartition par sexe des répondants

Les résultats de l'enquête montrent une prédominance masculine avec 56,7% des prestataires enquêtés contre 43,3% pour le sexe féminin.

###### 3.1.1.2. Fonction occupée dans la structure

La majorité des répondants 70,2% sont des infirmiers chefs de poste ou des responsables de structures privées de santé 13,6%. La fonction de Directeur est la moins représentée avec 0,5% des répondants.

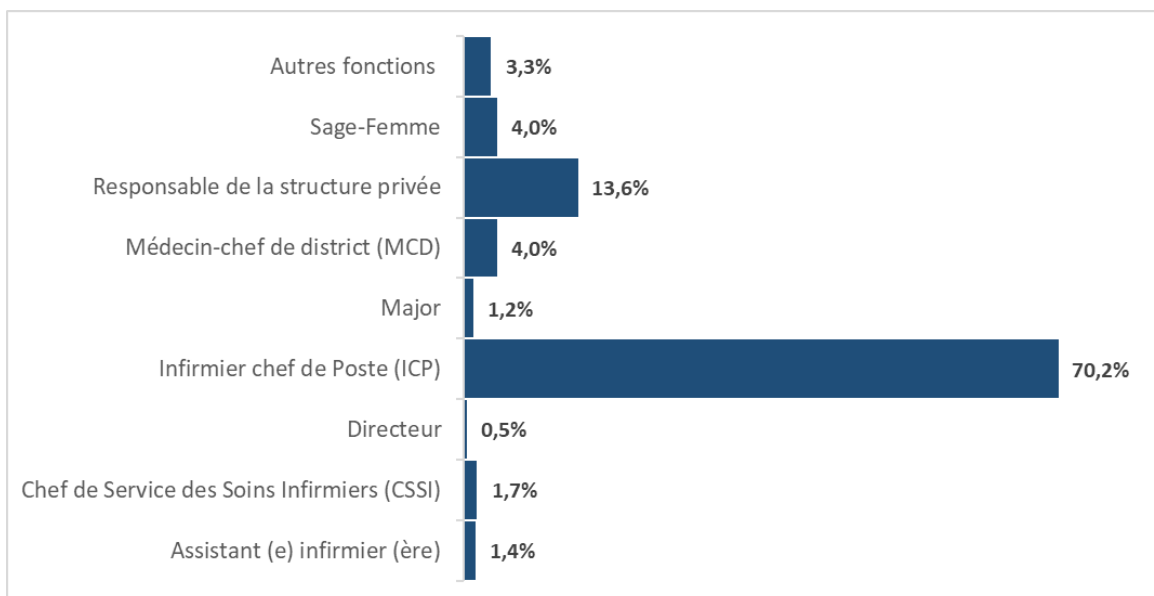


Figure 2: Fonction occupée par le répondant dans la structure

### 3.1.1.3. Type de structures sanitaires enrôlées dans l'enquête

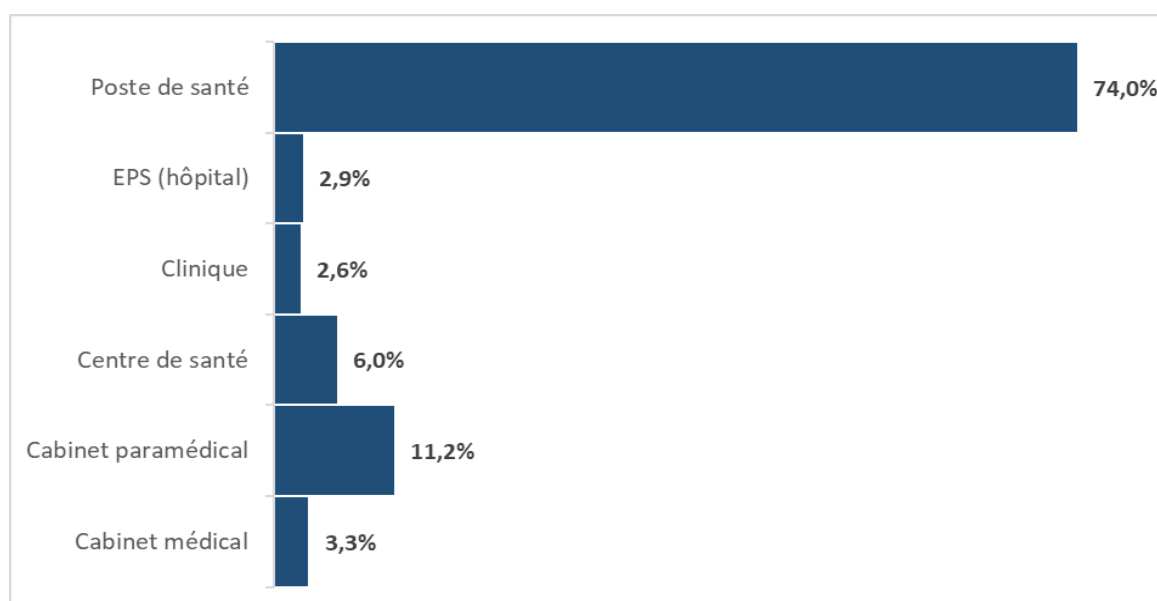


Figure 3: Type de structures sanitaires enrôlées dans l'enquête

La majorité des structures enrôlées (74%) dans cette étude sont des postes de santé du public. Les types de structure relevant du secteur privé sont essentiellement constitués de cabinets paramédicaux (11,2%) et médicaux (3,3%).

#### 3.1.1.4. Mode de gestion des structures sanitaires selon la zone d'implantation

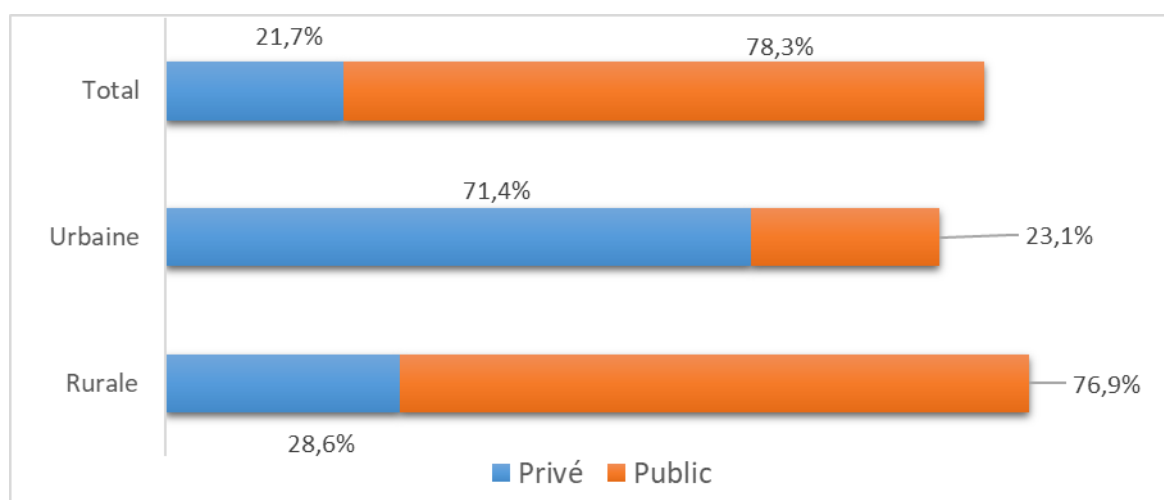


Figure 4: Mode de gestion des structures selon la zone d'implantation

Au niveau national, les résultats montrent que 78,3% des structures de santé enquêtées, en milieu urbain ou rural, appartiennent au secteur public. En zone urbaine, le privé domine avec 71,4% des structures enquêtées. Par contre, en zone rurale, il ne représente que 28,6%.

#### 3.1.1.5. Localisation géographique des structures sanitaires

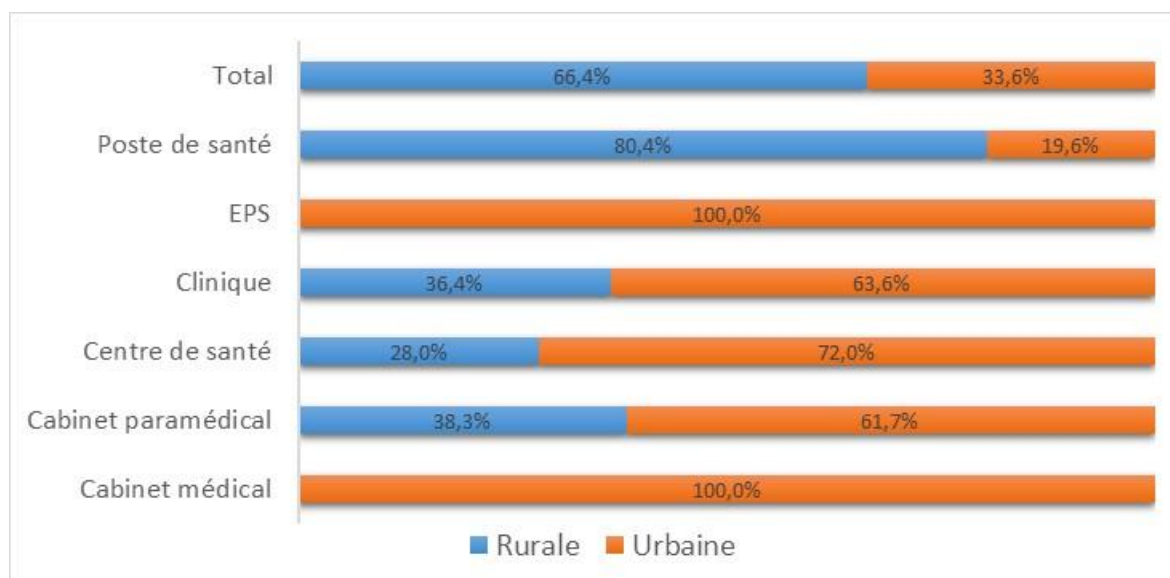


Figure 5 : Zone d'implantation des structures selon le type

A l'échelle nationale, 66,4% des structures sanitaires sont implantées en milieu rural, avec une forte présence des postes de santé (80,4%). Par contre, 72% des centres de santé sont situés en zone urbaine, de même que 100% des EPS et des cabinets médicaux.

### 3.1.2. Chocs externes : évènements inhabituels ayant perturbé les communautés desservies

Sont abordées ici des questions sur la présence d'événements inhabituels qui auraient pu perturber les communautés desservies par les structures sanitaires.

Les communautés desservies par les structures sanitaires ont été affectées par des chocs, principalement des difficultés financières extrêmes (31,5%) et des pénuries de médicaments et fournitures médicales (18,6%).

Ces difficultés se manifestent davantage en milieu urbain (38,3%) qu'en milieu rural (25,2%), et concernent plus les structures privées (42,5%) que publiques (25,6%). Les centres de santé (57,1%) et cabinets médicaux (28,5%) sont les plus touchés.

Au total, 20,9% des répondants estiment que ces difficultés ont entraîné une baisse de fréquentation des services de santé, légèrement plus élevée en ville (21,9%) qu'en zone rurale (19,9%).

La principale raison évoquée reste la disponibilité des services ou fournitures médicales (33,9%), avec un écart marqué entre privé (60,2%) et public (18,2%).

#### 3.1.2.1. Nature des chocs externes ayant affecté les communautés desservies

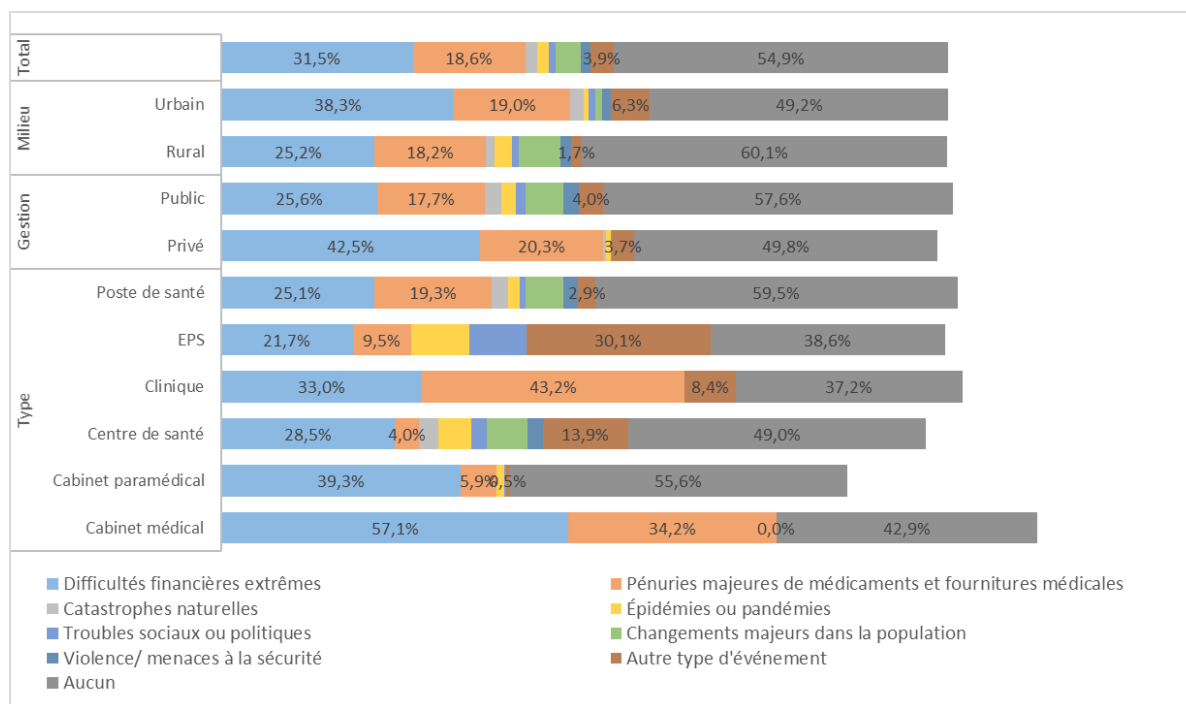


Figure 6: Nature des chocs externes ayant affecté les communautés

Les résultats de l'enquête révèlent qu'au niveau national, 54,9% des répondants estiment que les communautés desservies par leur structure n'ont pas été affectées par des chocs externes. Cependant, 31,5% affirment que les communautés ont été affectées par des difficultés financières extrêmes et 18,6% par des pénuries majeures de médicaments et fournitures médicales. Lesdites difficultés ont plus affecté le milieu urbain (38,3%) que le milieu rural (25,2%). De même, les pénuries majeures de médicaments et fournitures médicales ont affecté de façon très proche les milieux urbain (19%) et rural (18,2%).

Selon le mode de gestion, 42,5% des répondants du privé pensent que les communautés desservies par leur structure sont plus affectées par des difficultés financières extrêmes, contre 25,6% des répondants du public.

De la même manière, les pénuries majeures de médicaments et fournitures médicales ont plus affecté les communautés pour 20,3% des répondants du privé contre 17,7% du public.

En tenant compte des types de structures, les difficultés financières extrêmes ont touché plus les communautés desservies par les centres de santé (57,1%) et les cabinets médicaux (28,5%).

En considérant les chocs liés aux pénuries majeures de médicaments et fournitures médicales, 43,2% des répondants des cliniques et 19,3% des postes de santé jugent qu'elles affectent davantage leurs communautés.

### 3.1.2.2. Évènements ayant le plus d'impact sur la capacité d'assurer la continuité des services de santé

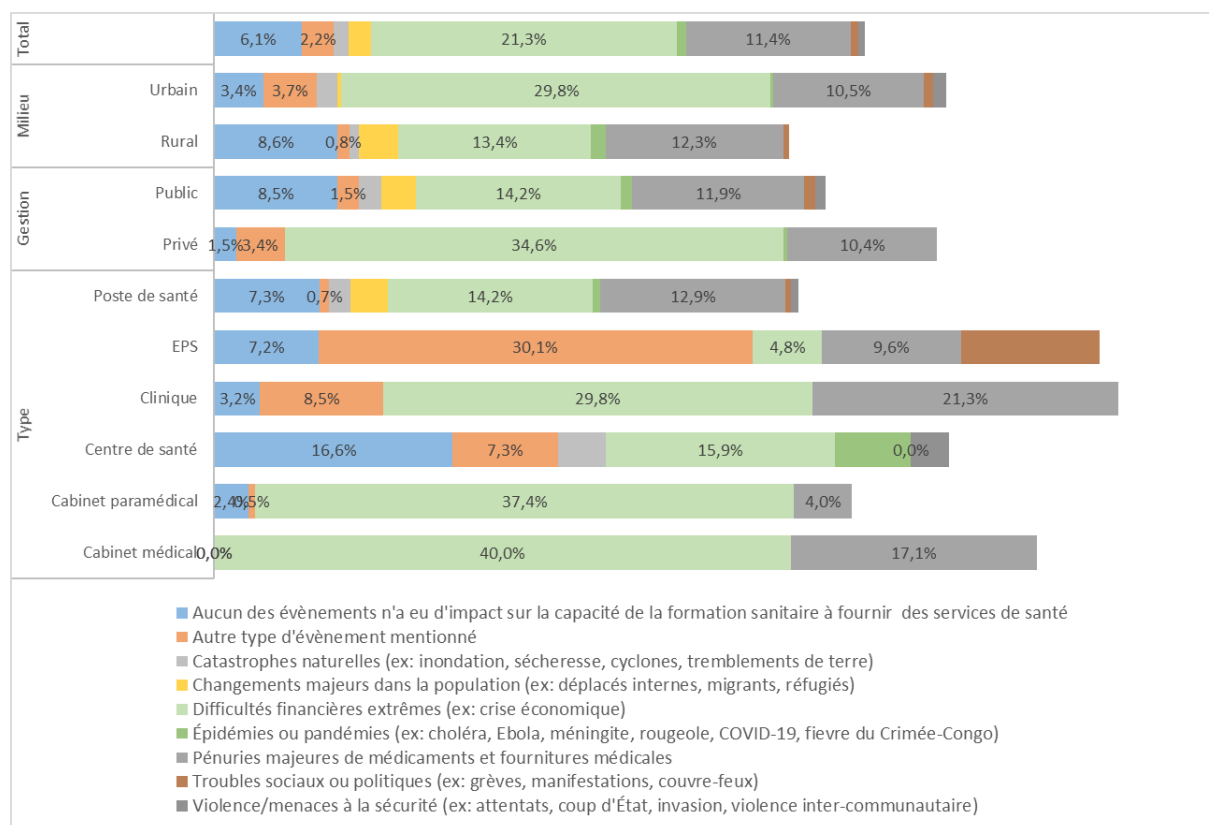


Figure 7: Évènement ayant le plus d'impact sur la capacité d'assurer la continuité des services de santé

Les résultats de l'enquête révèlent qu'au plan national, parmi les évènements qui ont affecté la communauté, figurent les difficultés financières extrêmes (21,3%) qui ont eu le plus d'impact sur la capacité des structures à fournir des services de santé. Elles sont suivies par les pénuries majeures de médicaments et fournitures médicales (11,4%). On note également une différence de l'impact des « difficultés financières extrêmes » sur la continuité des services, selon que la structure est, d'une part, publique (14,2%) ou privée (34,6%) et, d'autre part, rurale (13,4%) ou urbaine (29,8%).

### 3.1.2.3. Impact de ces événements sur la fréquentation des services de santé

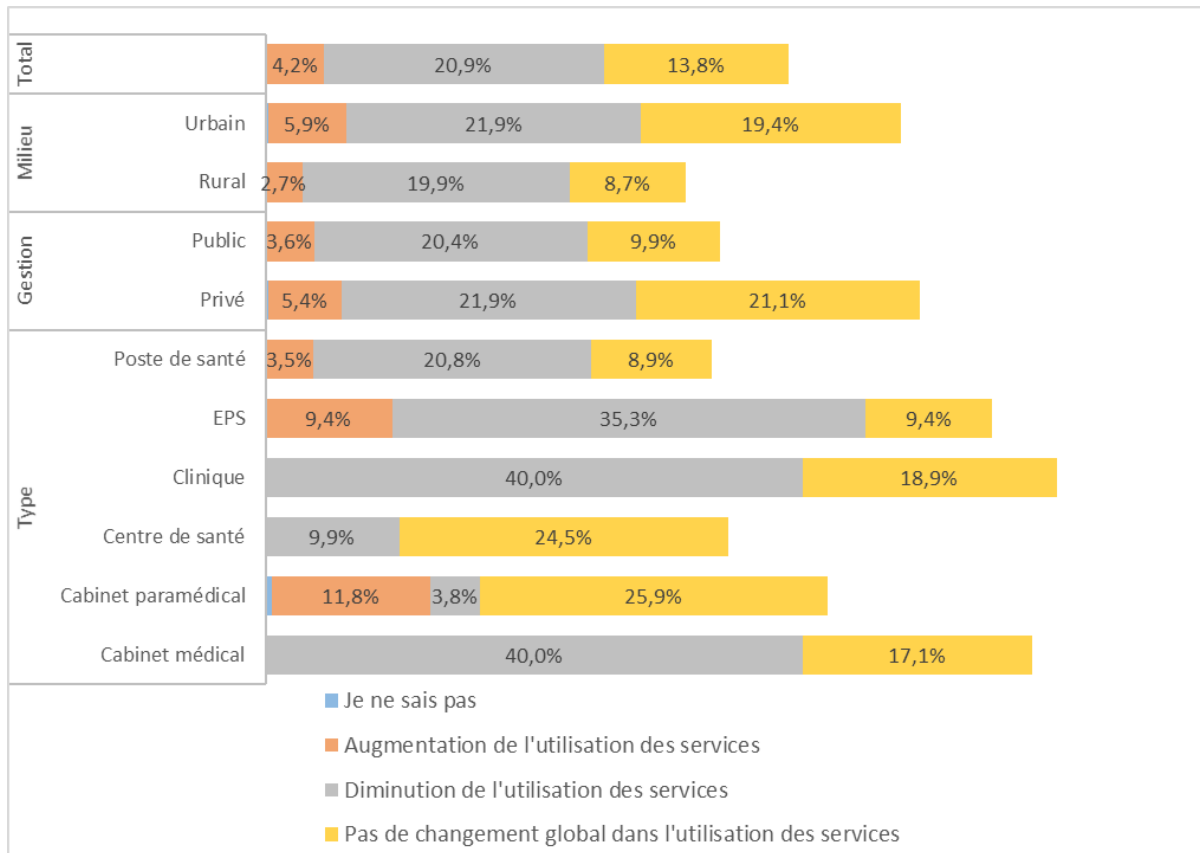


Figure 8: Impact de ces événements sur la fréquentation des services de santé

Au plan national, 20,9% des répondants pensent que les difficultés financières extrêmes ont provoqué une diminution de l'utilisation des services de santé de leur structure.

Cette baisse de la fréquentation des services de santé est légèrement plus marquée en milieu urbain (21,9%) qu'en milieu rural (19,9%). De même, ces impacts sont plus notés dans le secteur privé (21,9%) que dans le public (20,4%).

### 3.1.2.4. Raison principale pour laquelle les événements ont affecté la fréquentation des services de santé

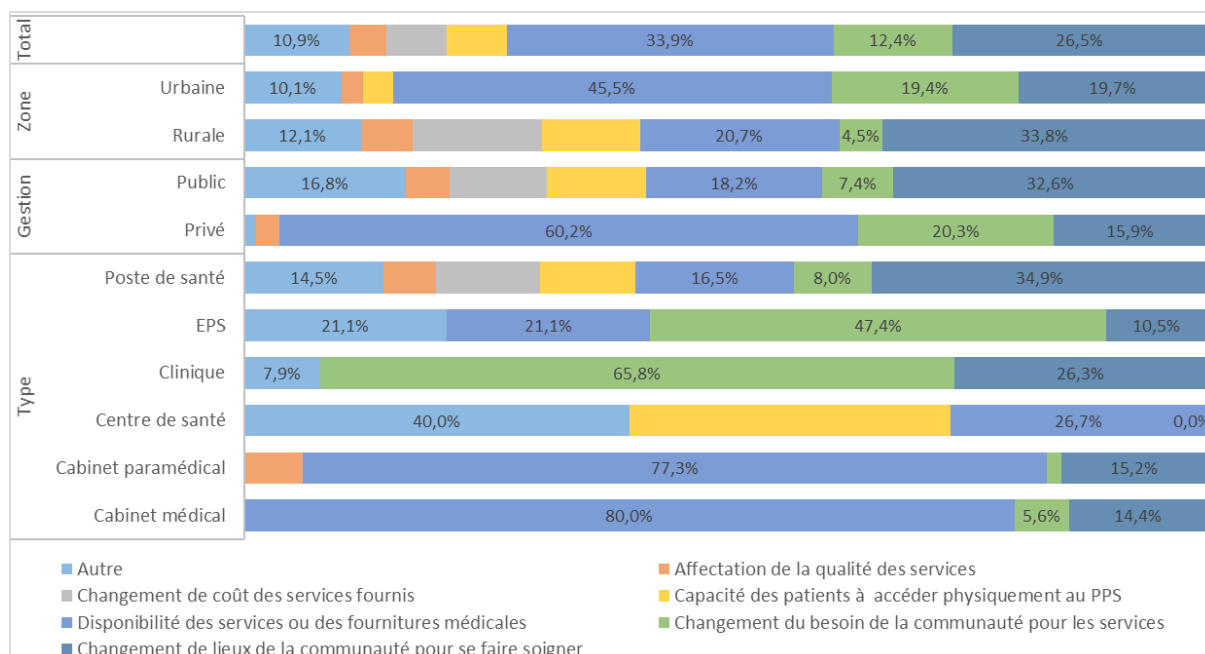


Figure 9: Raison principale pour laquelle les événements ont affecté la fréquentation des services de santé

La principale raison évoquée est la disponibilité des services ou des fournitures médicales (33,9%).

Selon le milieu de résidence, la disponibilité des services ou des fournitures médicales, est la principale raison évoquée (45,5% des répondants en milieu urbain contre 20,7% en zone rurale). Il en est de même pour le mode de gestion, avec 60,2% dans les structures privées contre 18,2% pour le public.

L'analyse, selon le type de structure, montre que 26,7% des répondants des centres de santé du public affirment que la disponibilité des services ou des fournitures médicales est la principale raison affectant la fréquentation des structures de santé contre 80,0% pour les cabinets médicaux du privé.

### 3.1.3. Services de santé disponibles dans la structure

Sont abordées ici des questions sur les difficultés ayant affecté les capacités des structures à fournir des services de santé et leurs descriptions.

Les principales difficultés rencontrées par les structures concernent le manque de ressources humaines qualifiées (54,8%) et le déficit en équipements médicaux (51,1%). Ces difficultés sont plus fréquentes en milieu rural (67,3%) et dans le secteur public (71,2%).

Les centres de santé sont les plus affectés (89,5% déclarent un manque de ressources humaines). Dans les postes de santé, l'état délabré des infrastructures et le manque de matériel provoquent une baisse de fréquentation et un recours aux alternatives (médecine traditionnelle, structures privées, voire pays voisins).

Les difficultés de transport et d'évacuation aggravent la mortalité maternelle et néonatale. Les EPS et centres de santé subissent une surcharge, des retards de diagnostic et épuisement du personnel, tandis que le privé est limité par des contraintes financières entraînant des fermetures. Globalement, l'ensemble de la pyramide sanitaire est fragilisé.

### 3.1.3.1. Domaines dans lesquels les structures ont rencontré des difficultés dans les 3 derniers mois

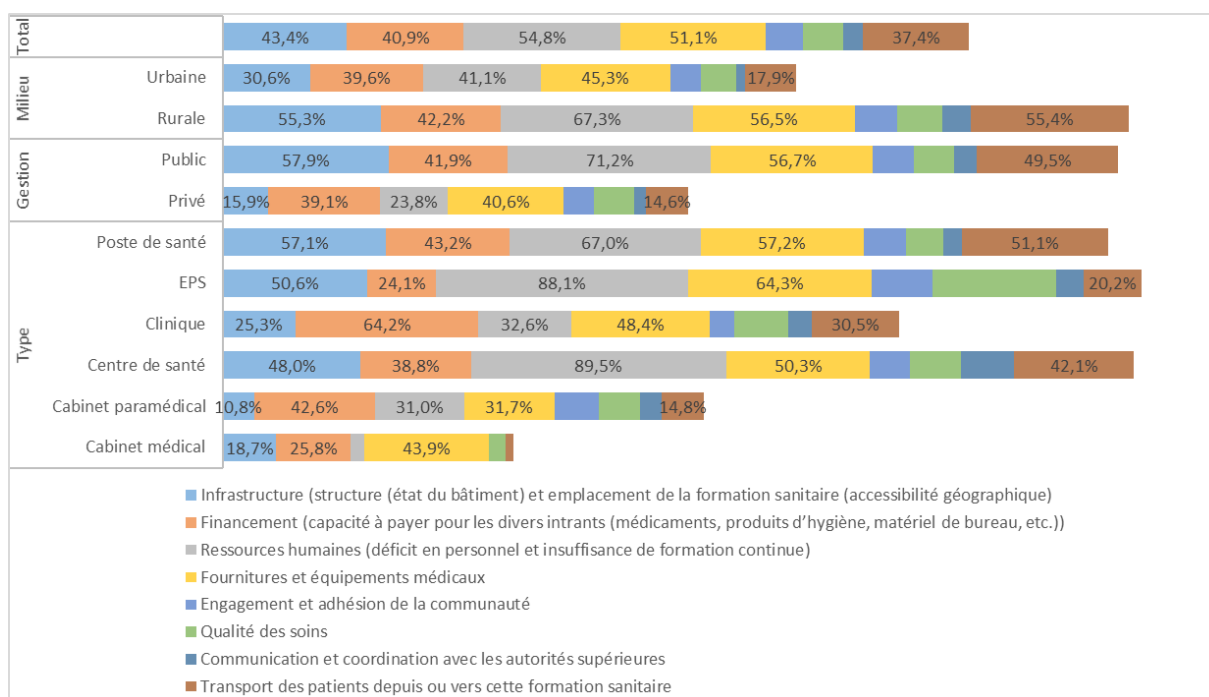


Figure 10: Domaines dans lesquels les structures ont rencontré des difficultés au cours des 3 derniers mois précédents l'enquête

Au niveau national, les répondants déclarent que les principales difficultés rencontrées dans leur structure sont liées aux ressources humaines (*déficit en personnel et insuffisance de formation continue*) et au manque de fournitures et d'équipements médicaux avec respectivement 54,8% et 51,1%.

Par rapport au mode de gestion, les structures publiques connaissent plus de difficultés liées aux ressources humaines (71,2%). A l'inverse, les structures privées rencontrent plus de difficultés sur le manque de fournitures et d'équipements (40,6%).

En tenant compte des types de structures, l'enquête montre que ce sont les centres de santé qui sont les plus confrontés aux difficultés liées aux ressources humaines (89,5%). Par ailleurs, dans le privé (*cabinets médicaux*), on note que les principales difficultés rencontrées sont plus en rapport avec l'insuffisance de fournitures et d'équipements médicaux (43,9%).

### 3.1.3.2. Difficultés ayant affecté les capacités des structures à fournir des services de santé

Il ressort des réponses des enquêtés sur les difficultés qui affectent la capacité des structures à fournir des services de santé, plusieurs éléments liés à la qualité, à l'accessibilité et à la continuité des soins offerts à la population.

#### → **Pour les postes de santé**

La baisse drastique de la fréquentation pousse les populations, confrontées à ces difficultés, à se détourner des postes de santé au profit des structures privées, de la médecine traditionnelle ou des pays voisins (Gambie, Mali). Le répondant n° 222 rapporte que : « *La difficulté des populations à joindre le poste de santé réduit la fréquentation [de la structure] et encourage le recours à la médecine traditionnelle.* »

L'état délabré de la plupart des infrastructures et le manque de matériel ne permettent pas de prodiguer des soins dans des conditions acceptables. Cela se traduit par une qualité médiocre des soins et un sentiment d'insécurité chez les populations.

Sur un autre registre, on note des retards et des échecs dans la prise en charge des urgences. L'absence d'ambulances et l'enclavement de nombreux postes de santé rendent les évacuations lentes, dangereuses et souvent inefficaces, conduisant à des drames évitables (décès maternels et néonataux notamment). A titre illustratif, le répondant n° 189 affirme que « Le poste santé a récemment eu deux décès (néonatal et maternel) à cause de l'insuffisance d'équipements médicaux. »

Les accouchements à domicile, avec tous les risques que cela comporte, constituent aussi une conséquence négative des difficultés d'accès aux structures.

#### → **Pour les centres de santé (niveaux 1 et 2) et EPS**

L'impact de ces difficultés sur la capacité d'offre de services se traduit par :

- Une surcharge de travail et un épuisement professionnel, avec un personnel débordé, ce qui affecte la qualité des soins et la motivation des agents ;
- Des retards de diagnostic et de prise en charge, dus à l'impossibilité de faire des analyses ou des radiographies sur place, retardant le traitement et augmentant le coût des services pour le patient comme l'illustrent ces propos du répondant n° 138 : « *La non disponibilité de certains services, labo, radio, ... retarde la prise en charge (PEC) des cas qui devient plus couteuse* » car « *les patients doivent être référés vers d'autres structures pour des actes de base, surchargeant ainsi le système* ».

#### → **Pour les structures du privé**

Les structures du privé (*cliniques, cabinets médicaux et paramédicaux*) sont principalement perturbées par des problèmes économiques qui affectent directement leur viabilité. L'impact sur les prestations de services se traduit par :

- Une réduction de l'offre de soins en raison de l'incapacité à investir dans de nouveaux équipements ou à recruter du personnel qualifié ;
- La dégradation de la qualité des soins, créant une obligation de référer les patients par manque de moyens ou de matériel, comme rapporté par le répondant n° 8 : « *Ces problèmes ont fait que nous sommes obligés de référer les malades. Ça a entraîné un handicap sur la qualité des soins.* » ;
- Des fermetures et licenciements car certaines structures sont obligées de réduire leur personnel et par ricochet, leurs charges salariales comme rapporté par le répondant n° 121 : « *On était obligé de diminuer le personnel soignant pour survivre.* »

En définitive, l'analyse des réponses révèle une crise systémique affectant l'ensemble de la pyramide sanitaire, du poste de santé isolé à l'hôpital, tout comme le secteur privé. Les difficultés sont interconnectées. Parmi elles :

- L'enclavement et le mauvais état de nombreuses infrastructures limitent l'accès aux soins ;
- Le déficit de ressources humaines et financières empêche de fournir des soins de qualité ;

- L'absence d'équipements adéquats et de moyens logistiques (ambulances) entrave la prise en charge, surtout dans les situations d'urgence.

Cette situation se traduit par une baisse de fréquentation des structures formelles, un recours accru aux alternatives (*traditionnelles ou étrangères*) et, in fine, une dégradation de l'état de santé de la population avec des décès évitables.

Les réponses recueillies illustrent un besoin urgent d'investissements massifs et coordonnés dans les infrastructures, la logistique roulante (*ambulances*), la formation et le recrutement du personnel et le renforcement de la chaîne d'approvisionnement en médicaments. Sans cela, la capacité des structures sanitaires à fournir des services de santé essentiels continuera de se dégrader.

### 3.1.4. Disponibilité et qualité des services de soutien dans les structures

Sont abordés ici les aspects liés à la disponibilité et à la qualité des services de soutien dans les structures sanitaires.

L'accès à l'eau est disponible dans 73,5% des structures, avec une meilleure couverture dans le privé (85,5%) que dans le public (67,1%) et en zone urbaine (81,7%) qu'en zone rurale (65,9%).

L'électricité est « toujours disponible » dans 63,8% des structures, avec un écart marqué entre zones urbaines (75,8%) et rurales (52,7%), et entre privé (79,7%) et public (55,4%). Les interruptions prolongées concernent surtout les postes (17,3%) et centres de santé (14,6%).

La couverture téléphonique des structures atteint 73,6% mais l'Internet reste absent dans 28,1% d'entre elles. Les EPS (92,8%) et cliniques (89,4%) bénéficient d'une meilleure connectivité, contrairement aux cabinets médicaux et postes de santé où l'absence de réseau dépasse 30%. Ces déficits d'infrastructures affectent principalement les structures rurales et publiques.

#### 3.1.4.1. Disponibilité de l'eau dans les structures au cours des 7 derniers jours

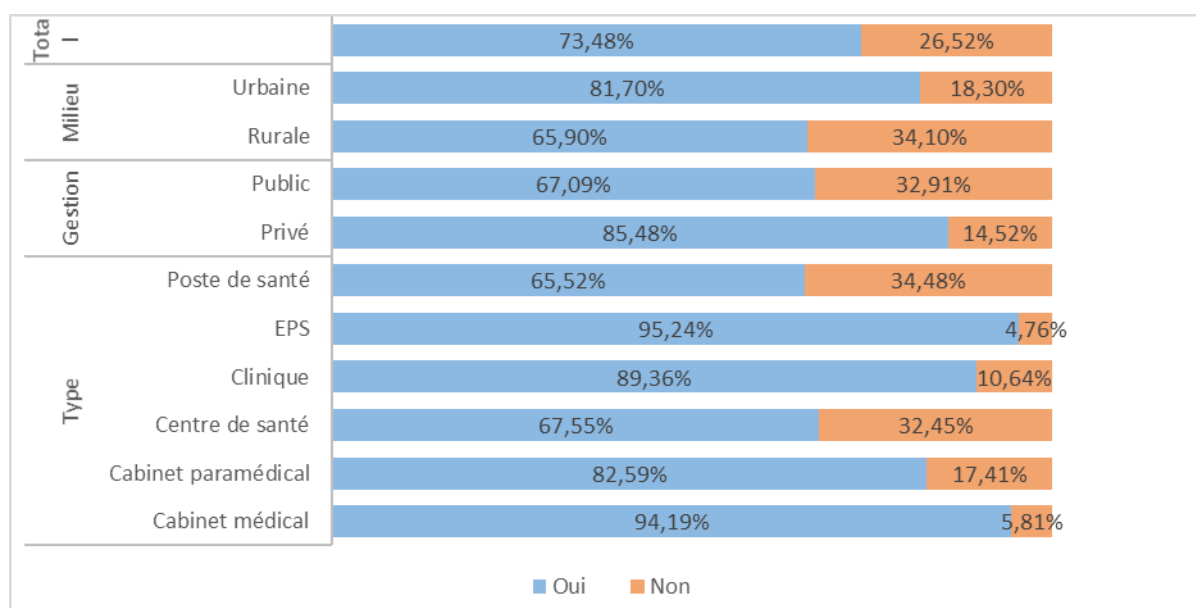


Figure 11 : Disponibilité de l'eau dans les structures au cours des 7 derniers jours

A l'échelle nationale, selon les enquêtés, la disponibilité de l'eau a été rapportée dans 73,5% des structures, au cours des 7 derniers jours. Elle est plus importante au niveau des EPS et des cabinets médicaux, avec respectivement 95,2% et 94,2%. Cette disponibilité reste plus importante dans le privé (85,5%) que dans le public (67,1%). Concernant les zones urbaines, l'eau est plus disponible (81,7%) par rapport au milieu rural (65,9%).

### 3.1.4.2. Electricité dans les structures pendant les heures d'ouverture au cours des 7 derniers jours

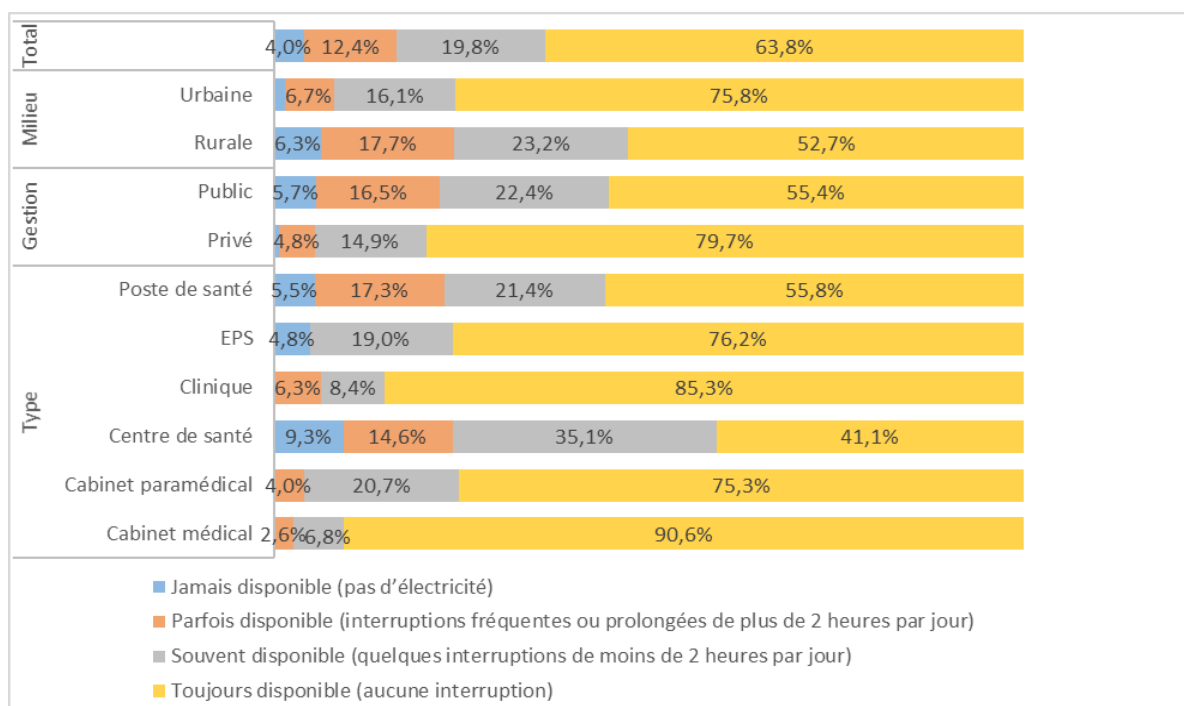


Figure 12 : Disponibilité de l'électricité dans les structures pendant les heures d'ouverture au cours des 7 derniers jours

L'électricité est « *toujours disponible* » dans 63,8% des structures à l'échelle du pays, cependant quelques interruptions de « *moins de deux heures* » par jour sont notées. Au niveau national, la disponibilité permanente de l'électricité est de 63,8% dans les structures sanitaires. Elle est instantanément disponible dans 19,8% des structures sanitaires et indisponible dans 4,0% des structures pendant les heures d'ouverture.

Le milieu urbain se caractérise par une disponibilité permanente d'électricité au niveau des structures urbaines (75,8%) contre 52,7% en milieu rural.

L'enquête montre que l'électricité est « *toujours disponible* » dans 79,7% des structures privées contre 55,4% des structures publiques. L'absence d'électricité est plus marquée au niveau du public (5,7%) que du privé (0,7%).

Selon le type de structure, l'électricité est « *toujours disponible* » sans aucune interruption dans les cabinets médicaux (90,6%), les cliniques (85,3%), les EPS (76,2%), les postes de santé (55,8%) et les centres de santé (41,1%).

Les interruptions de « *moins de deux heures* » sont plus fréquentes au niveau des centres de santé (35,1%) et des postes de santé (21,4%).

Les interruptions « *fréquentes et prolongées de plus de deux heures* » sont plus accentuées au niveau des centres de santé (14,6%) et des postes de santé (17,3%), faibles au niveau des cabinets médicaux (2,6%) et inexistantes au niveau des EPS.

### 3.1.4.3. Disponibilité du réseau de téléphonie dans les structures au cours des 7 derniers jours

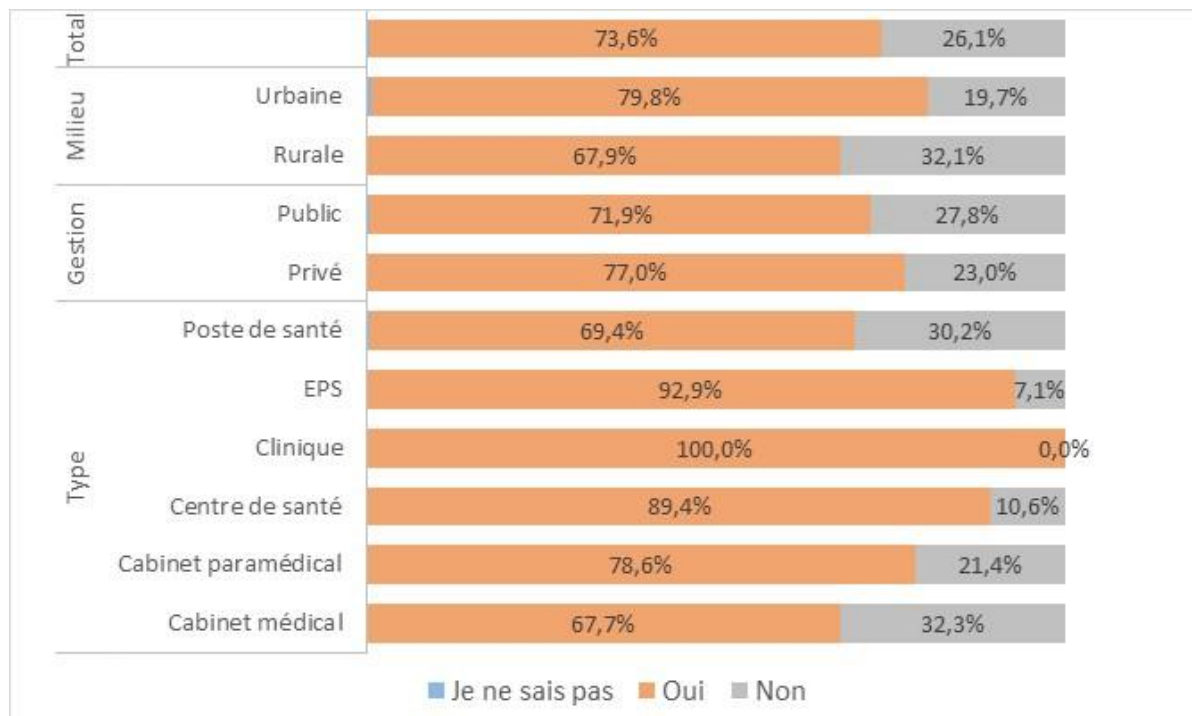


Figure 13 : Disponibilité du réseau de téléphonie dans les structures au cours des 7 derniers jours

Au niveau national, le réseau de téléphonie mobile est disponible dans 73,6% des structures et indisponible dans 26,1% d'entre elles.

Concernant le mode de gestion, le réseau est disponible au niveau de 77,0% des structures privées contre 71,9% dans le public.

Cette disponibilité du réseau est plus marquée en milieu urbain (79,8%) que rural (67,9%). Selon la typologie des structures, l'enquête révèle que la disponibilité est plus élevée au niveau des cliniques (100%), des EPS (92,9%), des centres de santé (89,4%) et des cabinets paramédicaux (78,6%). L'absence de réseau est plus marquée dans les cabinets médicaux (32,3%), les postes de santé (30,2%), et les cabinets paramédicaux (21,4%).

### 3.1.4.4. Disponibilité du réseau internet dans les structures au cours des 7 derniers jours précédents l'enquête

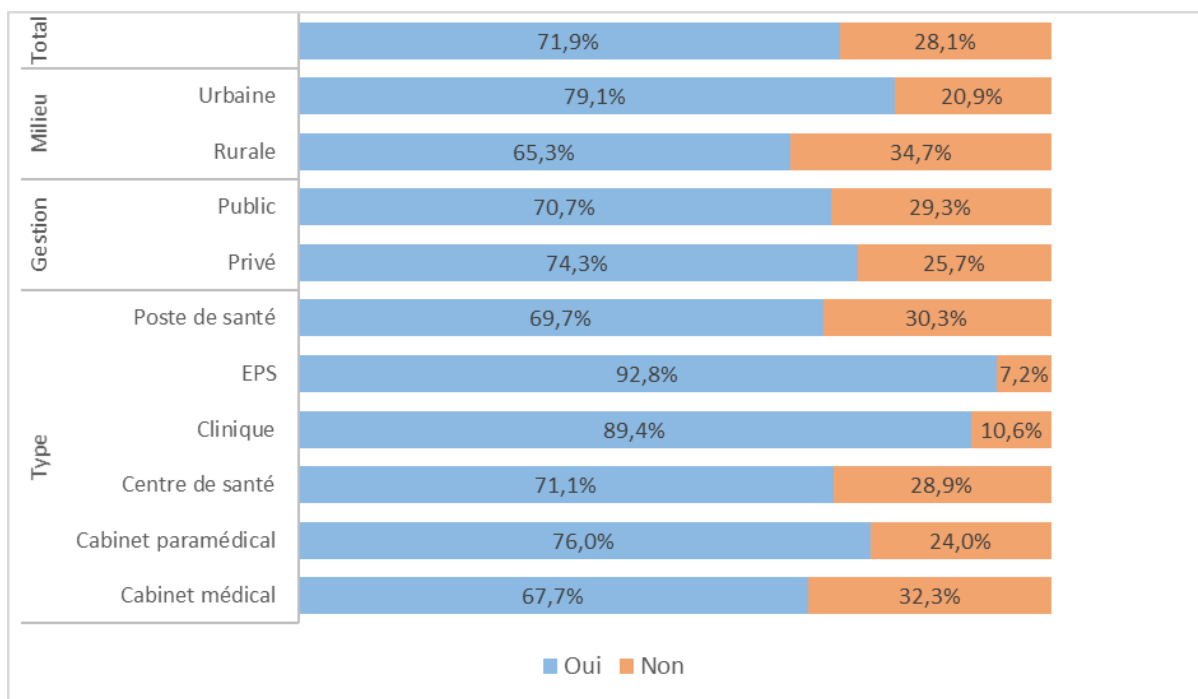


Figure 14 : Disponibilité du réseau internet dans les structures au cours des 7 derniers jours

Au niveau national, l'enquête montre que 28,1% des structures ne disposent pas de réseau internet. Dans le milieu urbain, on note une meilleure disponibilité (79,1%) du réseau internet contre 65,3% en milieu rural.

Quant aux structures privées, elles présentent une plus grande disponibilité du réseau internet (74,3%) contre (70,7%) pour le public.

Concernant le type de structures, l'indisponibilité du réseau est plus marquée au niveau des cabinets médicaux (32,3%) et des postes de santé (30,3%). Par contre, le réseau reste largement disponible dans les EPS (92,8%) et les cliniques (89,4%).

### 3.1.5. Financement des structures

Sont traitées ici les questions de financement des structures sanitaires, entre autres : le budget alloué, les assurances maladies, les contributions des ONG et autres, la disponibilité de compte bancaire, l'autonomie de gestion et d'utilisation des ressources financières et le rapportage de la gestion financière.

Les patients constituent la principale source de financement (48,8%), suivis des collectivités locales (33,3%). L'assurance obligatoire reste marginale (6,1%). Dans le public, les collectivités et l'État sont plus présents, tandis que dans le privé, les usagers dominent (46,4%).

La majorité des structures (62,5%) ne dispose pas de budget formel, une situation plus marquée en milieu urbain (65%).

Les retards dans le transfert des budgets concernent 44,4% des structures au niveau national. Néanmoins, le retard est plus marqué au niveau des EPS (67,9%).

Les remboursements d'assurances accusent aussi de forts retards, en particulier liés à la CMU (35,6%) et aux mutuelles (27,9%). Enfin, 80,9% des structures n'ont reçu aucun appui en biens ou en personnel d'ONG. Malgré cela, 66% disposent d'une autonomie partielle dans la gestion des fonds, utilisés surtout pour les médicaments (62,2%) et les équipements médicaux (57,3%).

Le financement est perçu comme un défi majeur par 92,9% des répondants.

#### 3.1.5.1. Sources de financement des structures à l'exclusion des salaires et des ressources en nature

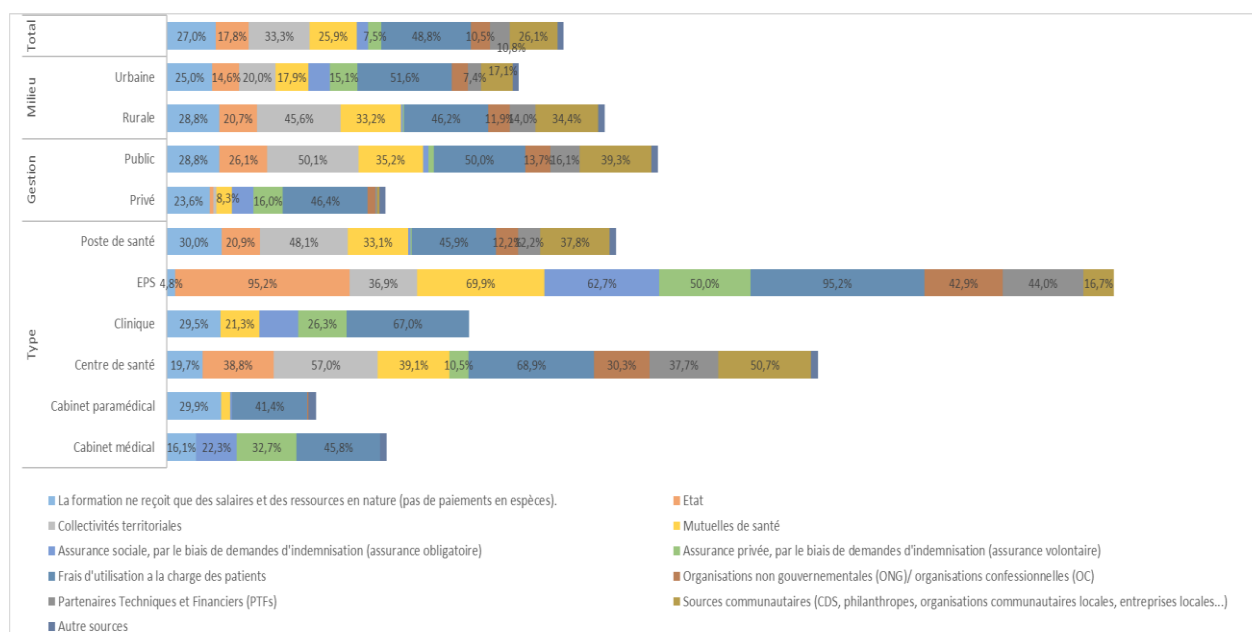


Figure 15 : Sources de financement des structures à l'exclusion des salaires et des ressources en nature

Les « *frais d'utilisation à la charge des patients* » représentent à l'échelle nationale, 48,8% des sources de financement hors salaire et ressources en nature, suivis par les « *collectivités territoriales* » avec 33,3%. Par contre, « *l'assurance obligatoire* » occupe la plus faible contribution de financement avec 6,1%.

Dans le secteur public, les sources de financement sont dominées majoritairement par les contributions des collectivités territoriales (50,1%) et des usagers (50%). Les parts des PTF (16,1%), ONG (13,7%) et des assurances (2,9%) constituent les plus faibles sources de financement.

Quant au secteur privé, les usagers (46,4%) constituent la principale source de financement. La contribution de l'état (2%), des collectivités territoriales (1,7%) et des PTF (0,9%) reste faible.

Selon le milieu, les usagers constituent la principale source de financement (51% en zone urbaine et 46,2% en zone rurale). Les contributions de l'État (20,7% en zone rurale et 14,6% en zone urbaine), des collectivités territoriales (45,6% en zone rurale et 20% en zone urbaine), des communautés (34,4% en zone rurale et 17,1% en zone urbaine) et des mutuelles de santé (33,2% en zone rurale et 17,9% en zone urbaine), sont plus importantes en zone rurale qu'en zone urbaine.

Selon le type de structure, les EPS ont pour principales sources de financement l'État et les usagers (95,2%), suivies des mutuelles de santé (69,9%), les assurances sociales 62,7% et les assurances privées (50%). Les plus faibles sources de financement proviennent des PTF (44%), des Collectivités territoriales (36,9%) et des sources communautaires (16,7%).

Les centres et postes de santé ont pour principales sources de financement les usagers (68,9% et 45,9%), les collectivités territoriales (57% et 48,1%) et les sources communautaires (57,7% et 37,8%).

Pour les cliniques, les cabinets médicaux et paramédicaux, les usagers constituent la principale source de financement avec respectivement 67,0%, 45,8% et 41,4%. Toutefois, les assurances et les ONG constituent le maillon faible des sources de financement.

### 3.1.5.2. Budget officiel alloué aux structures à l'exclusion des salaires et des ressources en nature

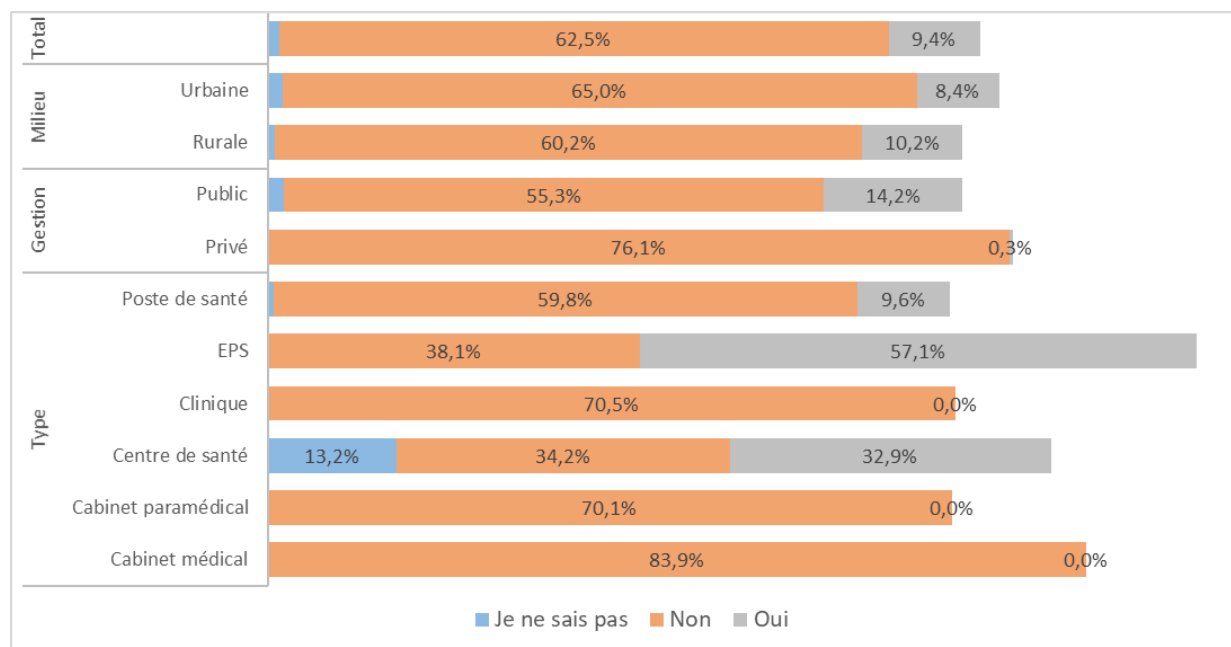


Figure 16 : Existence de budget officiel alloué aux structures à l'exclusion des salaires et des ressources en nature

L'enquête montre qu'au plan national, 62,5% des structures sanitaires ne disposent pas de budget contre 9,4% qui en disposent. Selon le type de structure, l'enquête révèle une absence de budget alloué aux cabinets médicaux, paramédicaux et aux cliniques.

Par contre, on note l'existence de budget dans 9,6% des postes de santé, 32,9% des centres de santé et 57,1% des EPS.

En fonction du mode de gestion, l'enquête a révélé que 76,1% des structures privées n'ont pas de budget contre 55,3% pour les structures publiques. Selon le milieu d'implantation, l'absence de budget est plus accentuée en milieu urbain (65%) qu'en milieu rural (10,2%).

### 3.1.5.3. Réception par les structures de l'intégralité du budget alloué au cours des six derniers mois

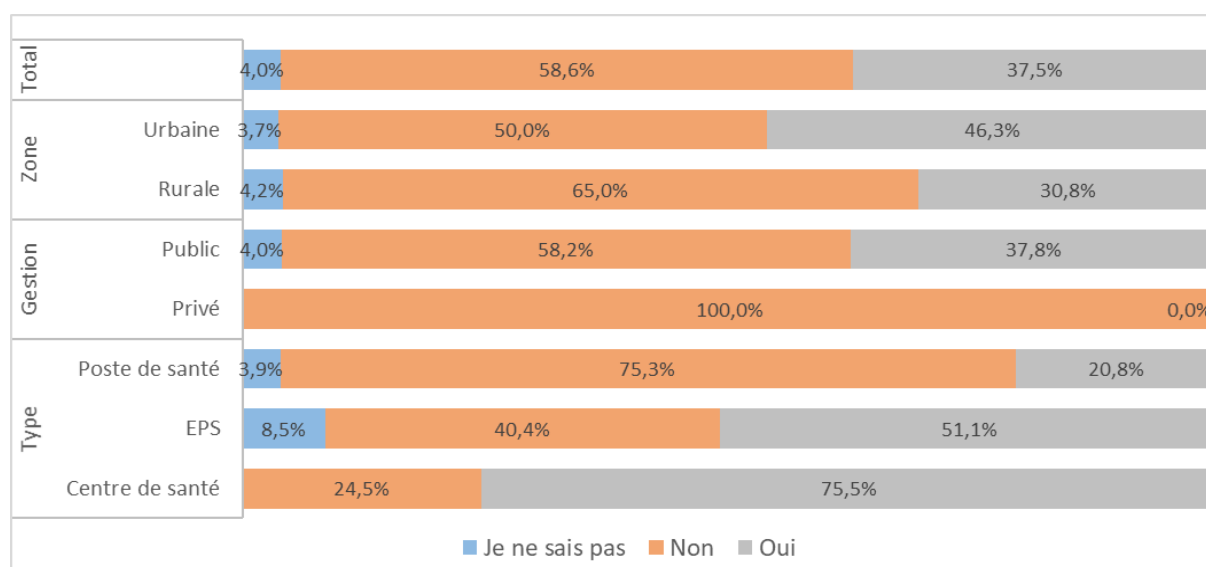


Figure 17 : Réception par les structures de l'intégralité du budget alloué au cours des 6 derniers mois

L'enquête révèle que 37,5% des structures ont reçu l'intégralité du budget alloué contre 58,6%.

Selon le type de structure, 75,5% des centres de santé, 51,1% des EPS, 20,8 % des postes de santé, signalaient avoir reçu l'intégralité de leur budget au cours des six derniers mois.

Selon le mode de gestion, 37,8% des structures publiques ont reçu l'intégralité du budget alloué. Toutefois, aucune structure privée n'a reçu de budget de l'Etat au cours de six derniers mois.

Selon le milieu, 46,3% des structures en zone urbaine ont reçu l'intégralité du budget alloué contre 30,8% des structures en zone rurale.

### 3.1.5.4. Retards accusés dans la réception du budget alloué au cours des six derniers mois présents l'enquête

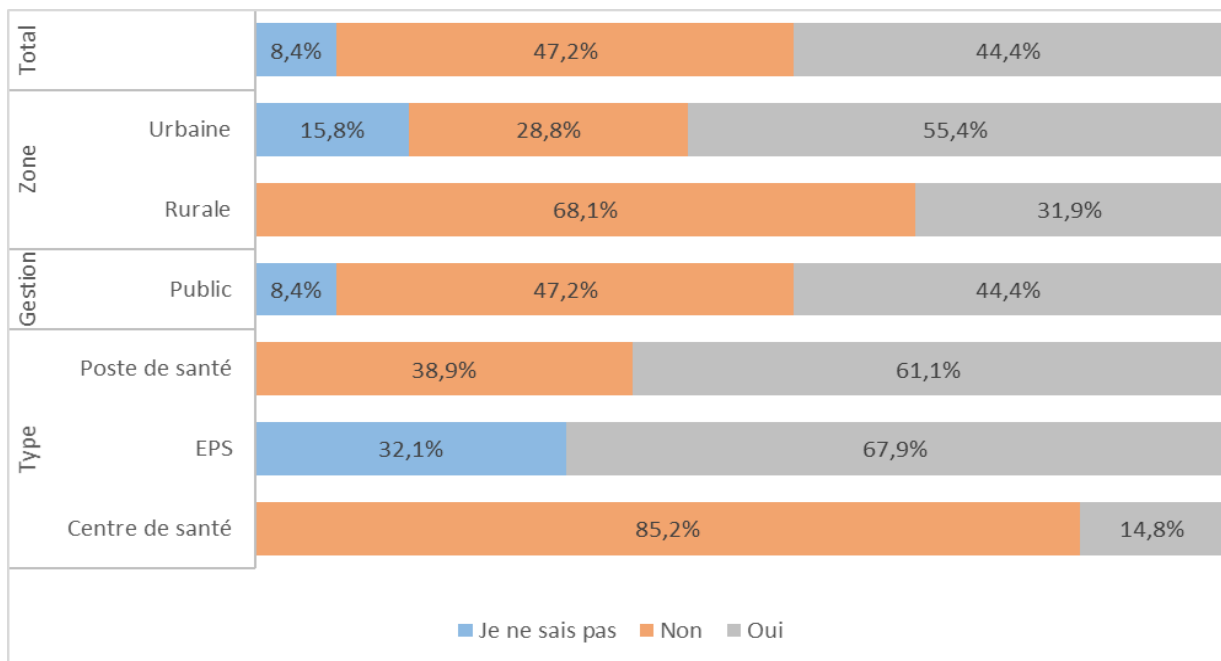


Figure 18 : Retards accusés dans la réception du budget alloué au cours des 6 derniers mois

Les résultats de l'enquête montrent que 44,4% des répondants ont affirmé que le budget alloué au cours des six derniers mois a accusé du retard.

Selon les répondants, ces retards accusés concernent 55,4% des structures sanitaires urbaines, contre 31,9% de celles rurales.

Concernant le mode de gestion, ces retards touchent 44,4% des structures publiques. Pour ce qui est de la répartition par type de structures, les répondants estiment que les EPS représentent 67,9% des retards, suivis des postes de santé avec 61,1% et des centres de santé avec 14,8%.

### 3.1.5.5. Réception par les structures de l'intégralité des remboursements d'indemnités d'assurance

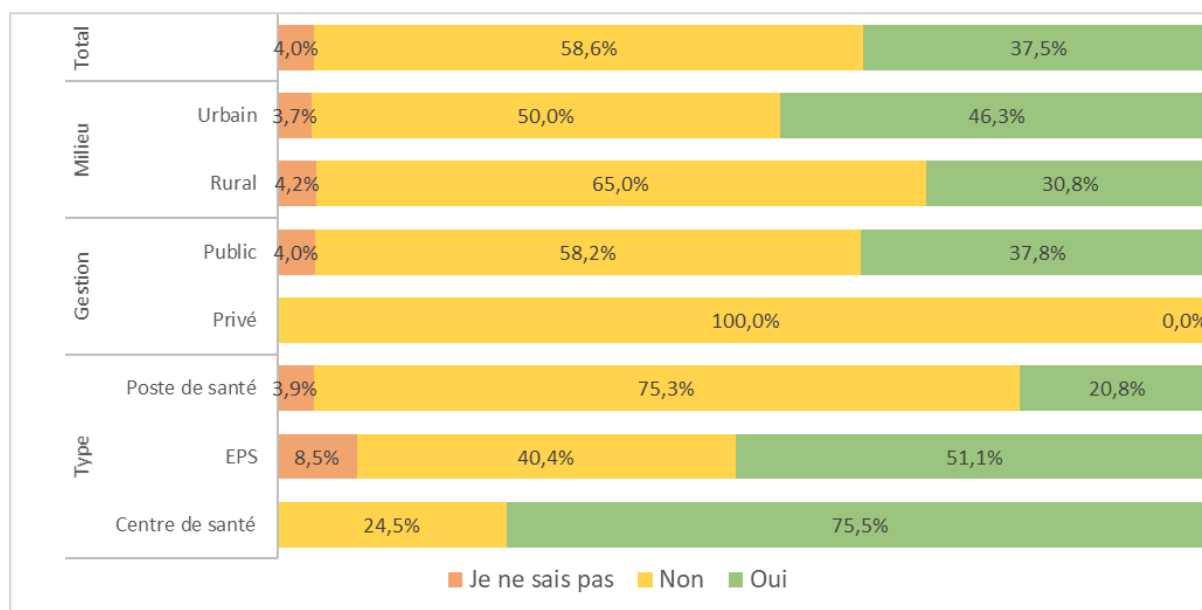


Figure 19 : Réception par les structures de l'intégralité des remboursements d'indemnités d'assurances au cours des 6 derniers mois

Les résultats laissent apparaître qu'au niveau national, seules 37,5% des structures ont déclaré avoir perçu l'intégralité des remboursements d'indemnités d'assurance contre 58,6% qui signalent n'avoir pas reçu de remboursement.

Le non remboursement de l'intégralité des indemnités d'assurance est plus important en milieu rural (65,0%) qu'en milieu urbain (50,0%). Il est de 100% pour les structures de santé du secteur privé contre 58,2% du secteur public.

Selon le type de structure, le remboursement intégral est perçu dans 75,5% des centres de santé et 51,1% des EPS.

### 3.1.5.6. Retards dans les remboursements des indemnités d'assurance prévus des 6 derniers mois précédents l'enquête

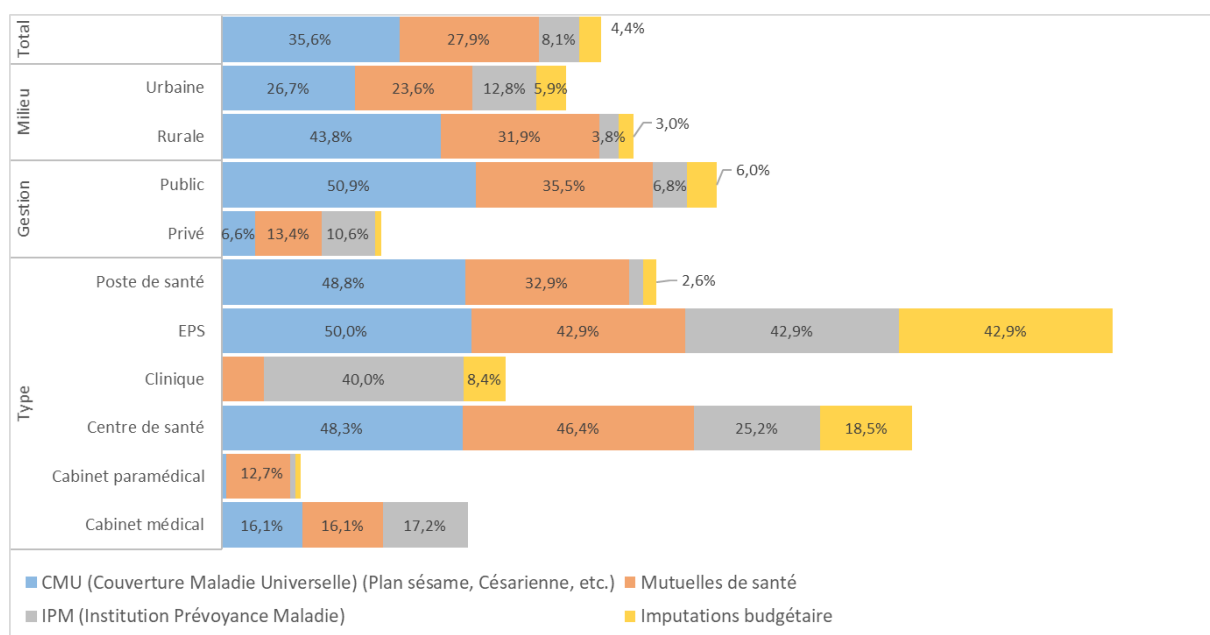


Figure 20 : Retards accusés dans les remboursements d'indemnités d'assurances prévus au cours des 6 derniers mois

Au niveau national, l'enquête révèle que les retards accusés dans les remboursements des indemnités d'assurance sont plus liés à la CMU (35,6%) et aux mutuelles de santé (27,9%) qu'aux IPM (8,1%) et à l'imputation budgétaire (4,4%).

Selon le mode de gestion, les retards touchent plus le secteur public (CMU avec 50,9% et Mutuelles avec 35,5%) que le privé (CMU avec 6,6% et Mutuelles avec 13,4%).

Ces deux régimes assurantiels constituent aussi les régimes où le retard des remboursements est plus accentué en zone rurale (CMU avec 43,8% et Mutuelles, avec 31,9%) qu'en zone urbaine.

Selon le type de structure, on constate que tous les quatre régimes assurantiels ont accusé des retards de remboursement. Ce retard est plus accentué dans les EPS avec 50% pour la CMU et 48,8% pour chacun des régimes que sont les mutuelles de santé, les IPM tandis que l'imputation budgétaire est à 42,9%.

On note également que le retard des remboursements des prestations prises en charge par la CMU est très remarqué dans les postes de santé (48,8%), centres de santé (48,3%) et cabinets médicaux (16,1%).

### 3.1.5.7. Réception de biens ou personnel d'ONG, d'organisation professionnelle ou d'autres

L'enquête révèle qu'au niveau national, 80,9% des structures n'ont reçu aucun bien ou personnel de la part d'ONG ou d'autres organisations.

Selon le mode de gestion, cette situation est de 91,7% dans le privé contre 75,1% dans le public. Cette situation est plus marquée dans les établissements privés (100% pour les cabinets médicaux, 94,4% pour les cabinets paramédicaux et 88,3% pour les cliniques).

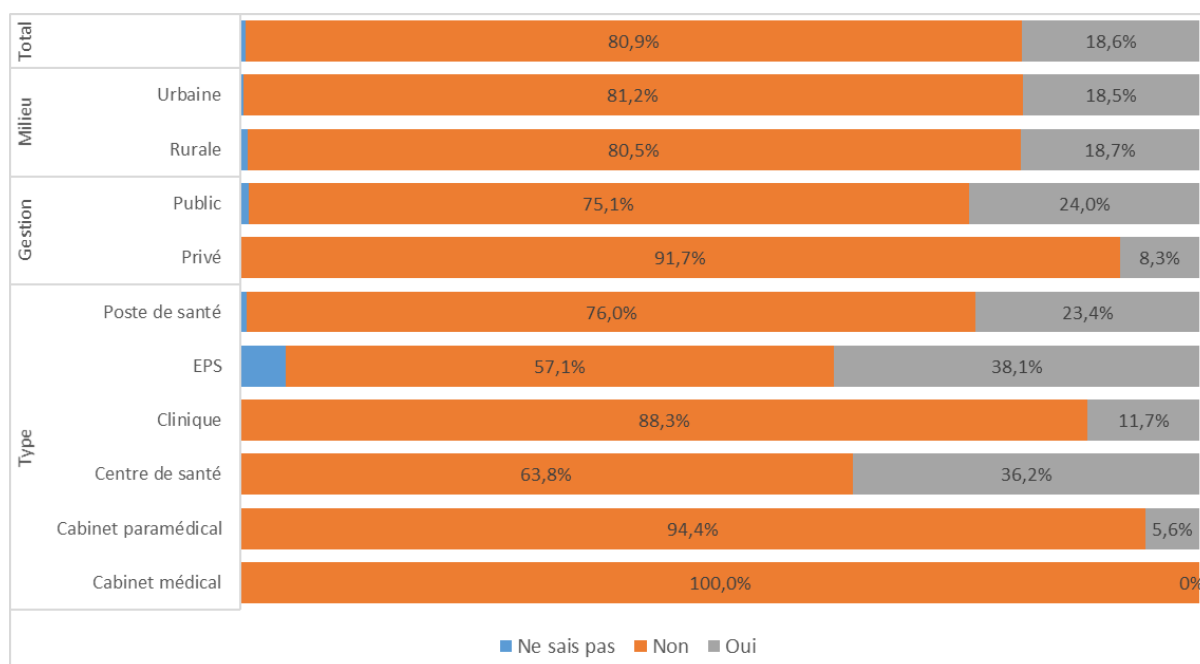


Figure 21 : Réception par les structures de biens ou personnel de la part d'ONG, d'organisation confessionnelle ou d'autres donateurs au cours des 6 derniers mois

Par contre, 38,1% des EPS et 36,2% des centres de santé déclarent avoir reçu de biens et personnels provenant d'ONG. Selon la zone d'implantation, la contribution des ONG en biens et personnels dans les structures de santé est quasiment égale en milieu rural (18,7%) et urbain (18,5%).

### 3.1.5.8. Dans quelle mesure les contributions reçues sont-elles nécessaires pour soutenir les activités ?

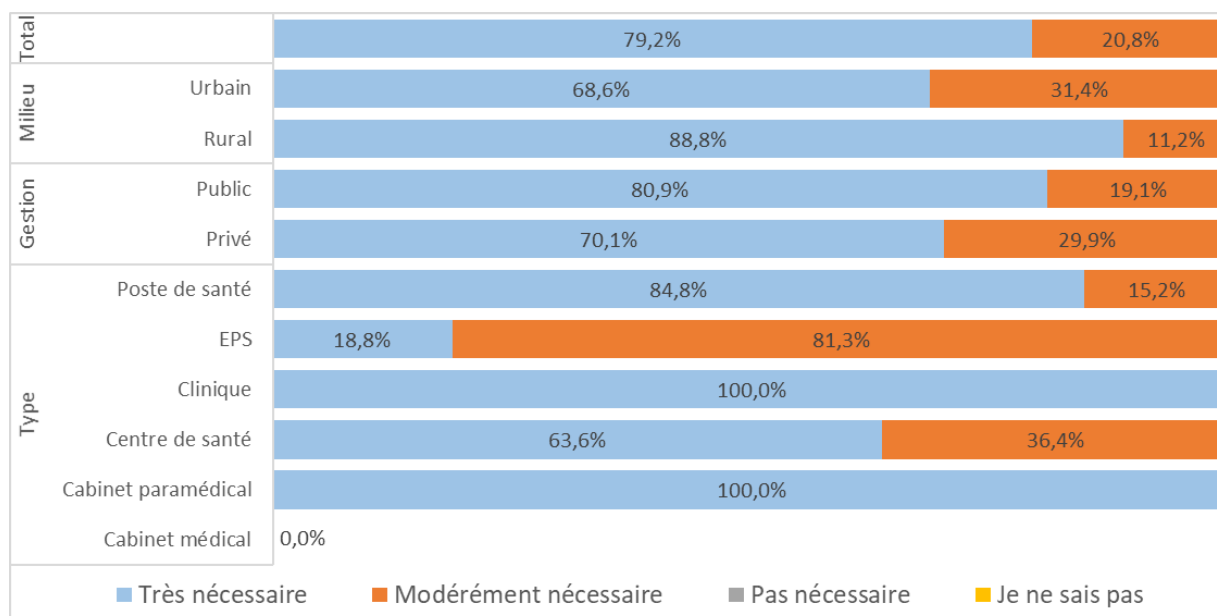


Figure 22 : Dans quelle mesure les contributions reçues sont-elles nécessaires pour soutenir les activités des structures

Au niveau national, les répondants déclarent à 79,2% « *très nécessaire* », les contributions afin de soutenir les activités des structures contre 20,8% qui estiment qu'elles sont « *modérément nécessaires*. »

Dans le milieu rural, les contributions pour soutenir les activités restent « *très nécessaire* » à 88,8% contre 68,6% en milieu urbain. Selon le mode de gestion, elles sont qualifiées de « *très nécessaire* » dans le public pour 80,9% des structures contre 70,1% dans le privé.

Selon la typologie des structures, les contributions reçues sont jugées « *très nécessaire* » à 100% au niveau des cliniques et des cabinets paramédicaux contre 84,8% et 63,6% respectivement pour les postes de santé et les centres de santé.

### 3.1.5.9. Disponibilité de compte bancaire

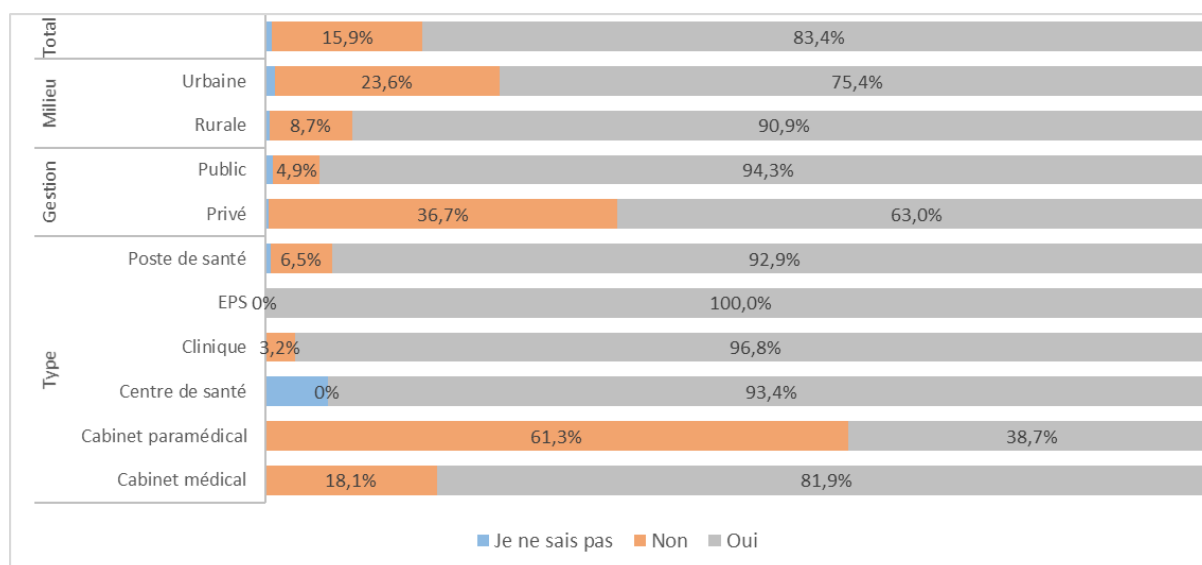


Figure 23 : Disponibilité de compte bancaire

Selon les résultats de l'enquête, la majorité des structures sanitaires au niveau national disposent d'un compte bancaire (83,4%). La disponibilité de compte bancaire est plus importante en zone rurale qu'en zone urbaine avec, respectivement, 90,9% et 75,4%.

En ce qui concerne le mode de gestion, l'essentiel des structures publiques (94,3%) ont un compte bancaire contre 63,0% pour le privé.

Parmi les structures qui disposent d'un compte bancaire, les EPS occupent la première place (100%), suivis des cliniques (96,8%), des centres de santé (93,4%) et des postes de santé (92,9%). Par ailleurs, on note une faible disponibilité de compte bancaire pour les cabinets paramédicaux (38,7%).

### 3.1.5.10. Autonomie de gestion de certains fonds ou ressources financières

Il ressort des résultats de l'enquête que dans 66% des structures du pays, le personnel ou les comités dédiés ont une autonomie de gestion de certains fonds ou ressources financières. L'utilisation de certaines ressources sans autorisation préalable de l'autorité compétente, est effective à 70,3% dans les structures sanitaires urbaines, contre 62,0% dans le monde rural. Selon le mode de gestion, cette autonomie est plus marquée dans le privé avec une proportion de 71,6% contre 63,0% dans le public.

Concernant la répartition par type de structures, les cabinets médicaux et les EPS représentent respectivement 83,9% et 80,7%.

Pour les autres structures (cabinet paramédical, poste de santé, centre de santé, clinique), leur part tourne autour de 60%.

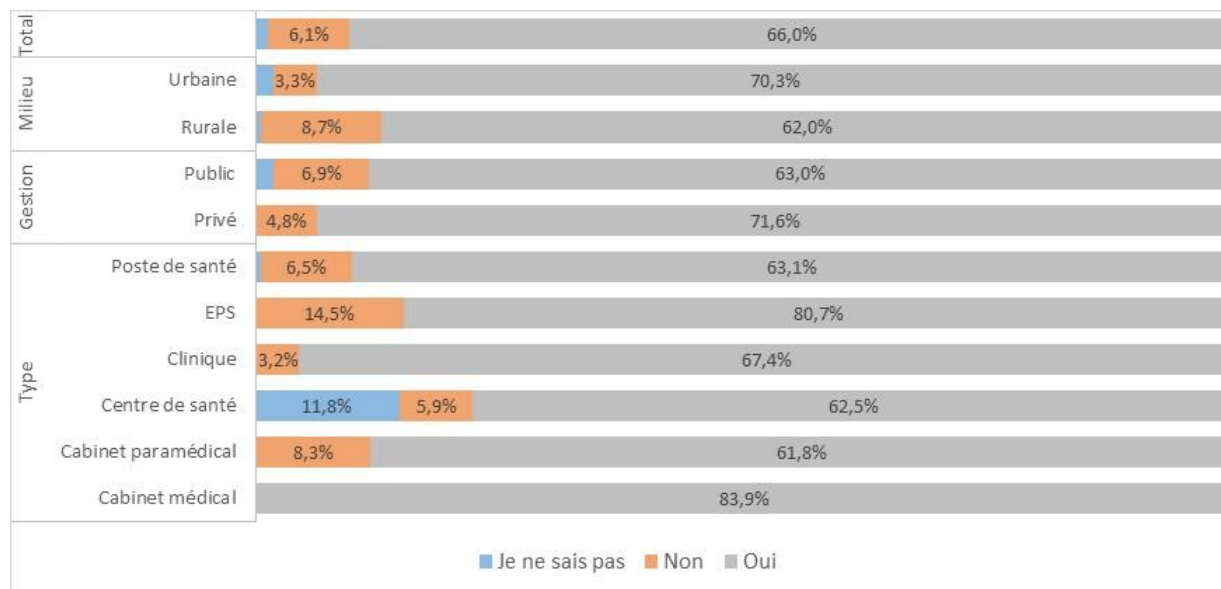


Figure 24 : Autonomie de gestion de certains fonds ou ressources financières

### 3.1.5.11. Autonomie dans l'utilisation des fonds ou ressources financières pour les activités

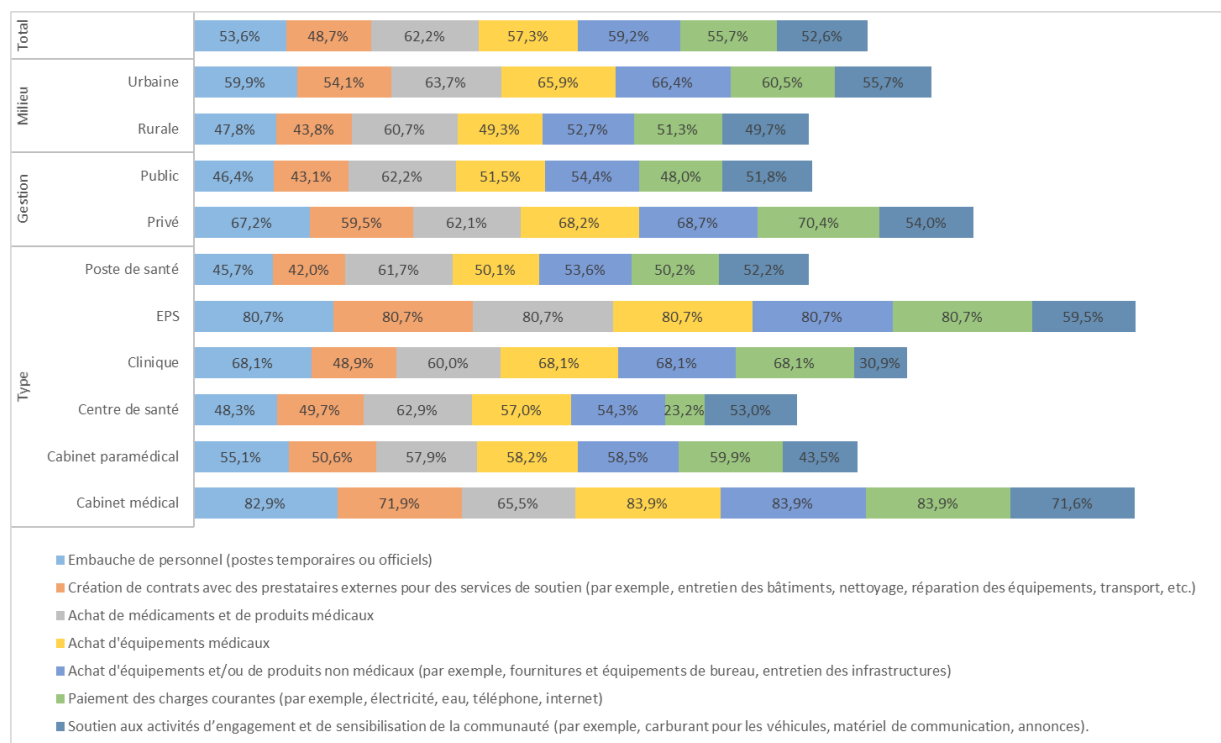


Figure 25 : Autonomie dans l'utilisation des fonds ou ressources financières pour la réalisation d'activités

Les résultats révèlent qu'à l'échelle nationale, 62,2% des structures sanitaires utilisent les fonds pour l'achat de médicaments et produits médicaux, suivi de l'achat d'équipements et/ou de produits non médicaux (59,2%) et d'achat d'équipements médicaux (57,3%).

La plus faible utilisation des fonds (48,7%) est observée avec les contrats de prestations externes pour des services de soutien (*entretien bâtiments, nettoyage, réparation des équipements*).

En zone urbaine, l'achat d'équipements et/ou des produits non médicaux et l'achat d'équipements médicaux, enregistrent les plus grandes proportions en termes d'utilisation des fonds avec respectivement 66,4% et 65,9%.

Concernant le milieu rural, l'achat de médicaments et de produits médicaux représente la part la plus importante avec 60,7%, suivi de l'achat d'équipements et/ou des produits non médicaux avec 52,7% et du paiement des charges courantes pour 51,3%. Les contrats avec des prestataires externes pour les services de soutien représentent la plus faible part, aussi bien en milieu urbain (54,1%) qu'en milieu rural (43,8%) pour l'utilisation des fonds.

Au niveau des structures publiques, les dépenses sont le plus souvent utilisées vers des activités en lien à l'achat des médicaments et produits médicaux (62,2%) et des activités liées à l'achat d'équipements et/ou des produits non médicaux (54,4%).

Les contrats avec des prestataires externes pour les services de soutien sont les moins financés avec 43,1%. Par contre, dans le privé, le paiement des charges courantes représente 70,4%, suivi de l'achat d'équipements et/ou des produits non médicaux (68,7%) et l'achat des médicaments et produits médicaux (68,2%). Le soutien aux activités d'engagement et de sensibilisation de la communauté est le moins financé (54,0%).

Selon le type de structures, dans les EPS, on note une égale répartition des ressources pour la plupart des activités (80,7%) à l'exception du soutien aux activités d'engagement et de sensibilisation (59,5%). Dans les cabinets médicaux, l'essentiel des ressources est affecté à l'achat des équipements médicaux, d'équipements et/ou des produits non médicaux, du paiement des charges courantes (83,9%) et l'embauche de personnel (82,9%).

Au niveau des cliniques, les principales ressources sont allouées à l'achat des équipements médicaux, d'équipements et/ou des produits non médicaux, du paiement des charges courantes et l'embauche de personnel (68,1%).

### 3.1.5.12. Rapportage de la gestion financière au moins une fois par an

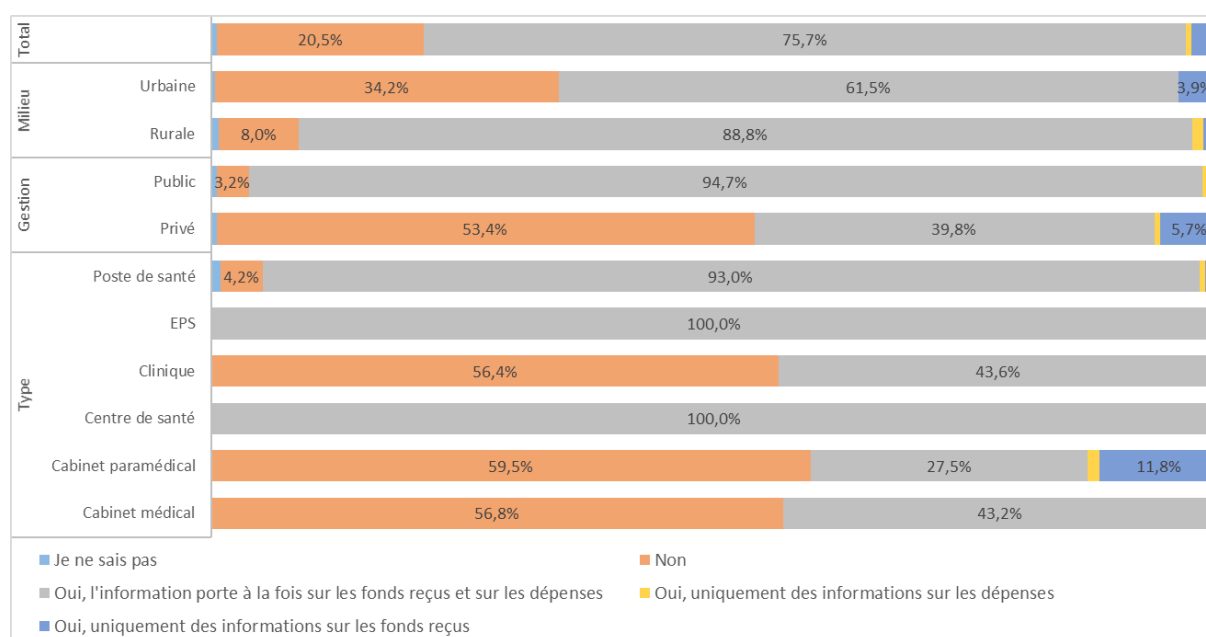


Figure 26 : Rapportage de la gestion financière au moins une fois par an

Les résultats révèlent qu'au niveau national, 75,7% des structures sanitaires élaborent annuellement un rapport sur la gestion des fonds reçus et les dépenses effectuées. Par contre, 20,5% parmi elles, ne font pas de rapport.

En zone rurale, les structures qui élaborent des rapports avec des informations sur les fonds reçus et les dépenses représentent 88,8% contre 61,5% en zone urbaine.

Concernant le mode gestion, les structures publiques prédominent avec un taux de rapportage de 94,7%, des informations sur les fonds reçus et les dépenses, contre 39,8% au niveau du privé.

Selon les types de structure, les EPS et les centres de santé alignent 100% contre 93,0% pour les postes de santé. Par contre, des résultats plus faibles sont enregistrés dans les cabinets paramédicaux, médicaux, et cliniques avec respectivement 27,5%, 43,2% et 43,6%.

### 3.1.5.13. Facturation de frais à la charge des patients pour des soins

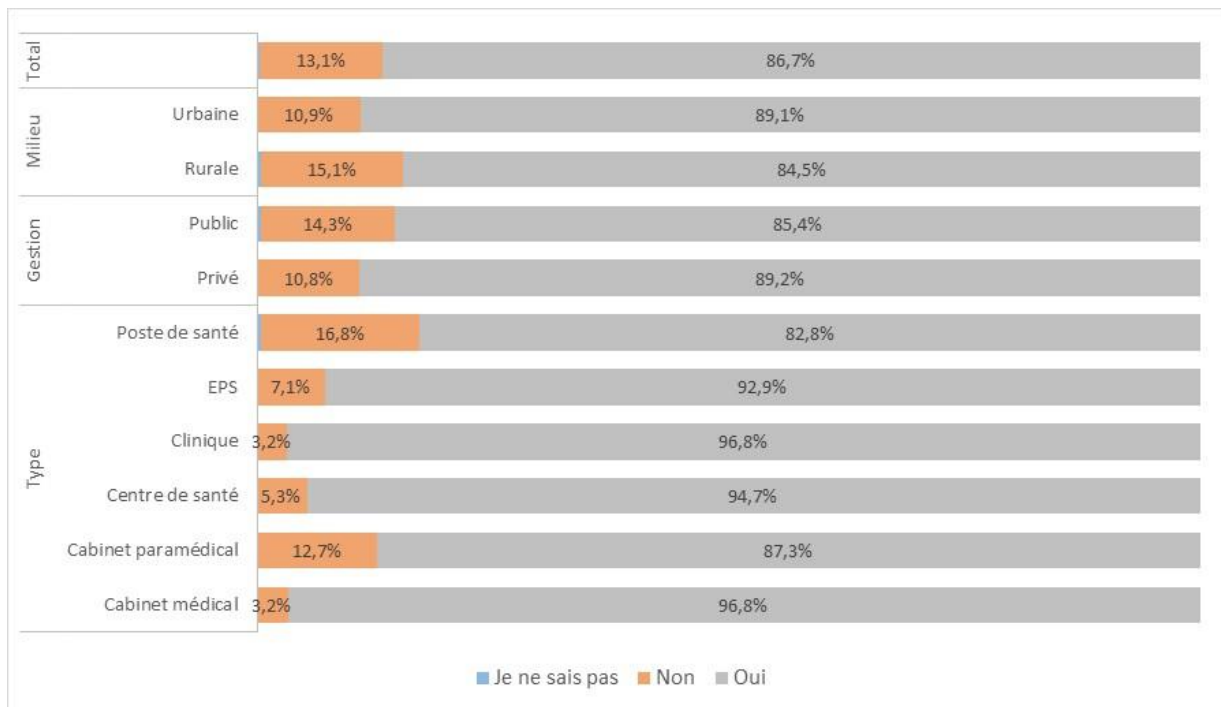


Figure 27 : Facturation de frais à la charge des patients pour des soins hospitaliers et / ou ambulatoires, au cours des 3 derniers mois

Les résultats montrent que 86,7% des soins sont à la charge des patients au niveau national. Cette proportion est plus importante en zone urbaine (89,1%) qu'en milieu rural (84,5%). On relève également que les taux de facturation des frais aux patients sont légèrement plus élevés dans le privé (89,2%) que dans le public (85,4%).

Selon les types de structures, on observe que dans les cabinets médicaux et cliniques, le paiement direct est plus accentué avec 96,8%, suivi des centres de santé 94,7% et des EPS 92,9%.

### 3.1.5.14. Pourcentage moyen des recettes annuelles totales qui provient des frais à la charge des patients

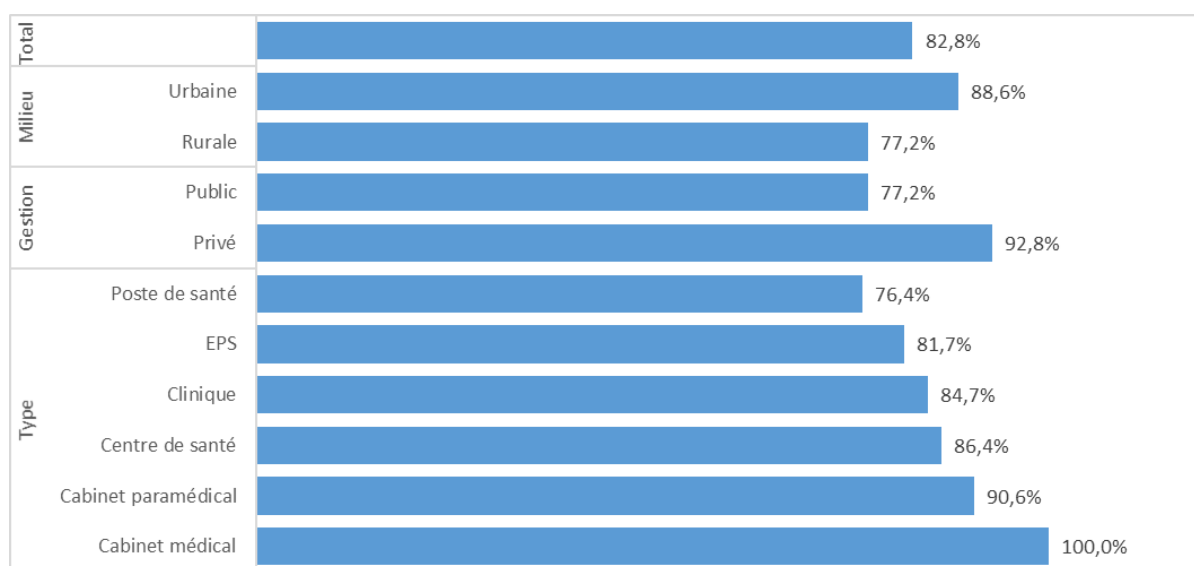


Figure 28 : Pourcentage moyen de recettes annuelles totales qui provient des frais à la charge des patients

Au niveau national, le pourcentage moyen des recettes annuelles provenant des frais à la charge des patients est de 82,8. Il est plus important en zone urbaine (88,6%) qu'en zone rurale (77,2%). Les frais à la charge des patients contribuent à hauteur de 92,8% en moyenne, dans le privé et 77,2% dans le public.

La contribution des frais à la charge des patients aux recettes annuelles est assez élevée, quel que soit le type de structure. Elle est de 100% au niveau des cabinets médicaux, 90,6% pour les cabinets paramédicaux, 86,4% pour les centres de santé, 84,7% pour les cliniques, 81,7% pour les EPS et 76,4% pour les postes de santé.

### 3.1.5.15. Affichage de la tarification de façon visible et accessible aux patients

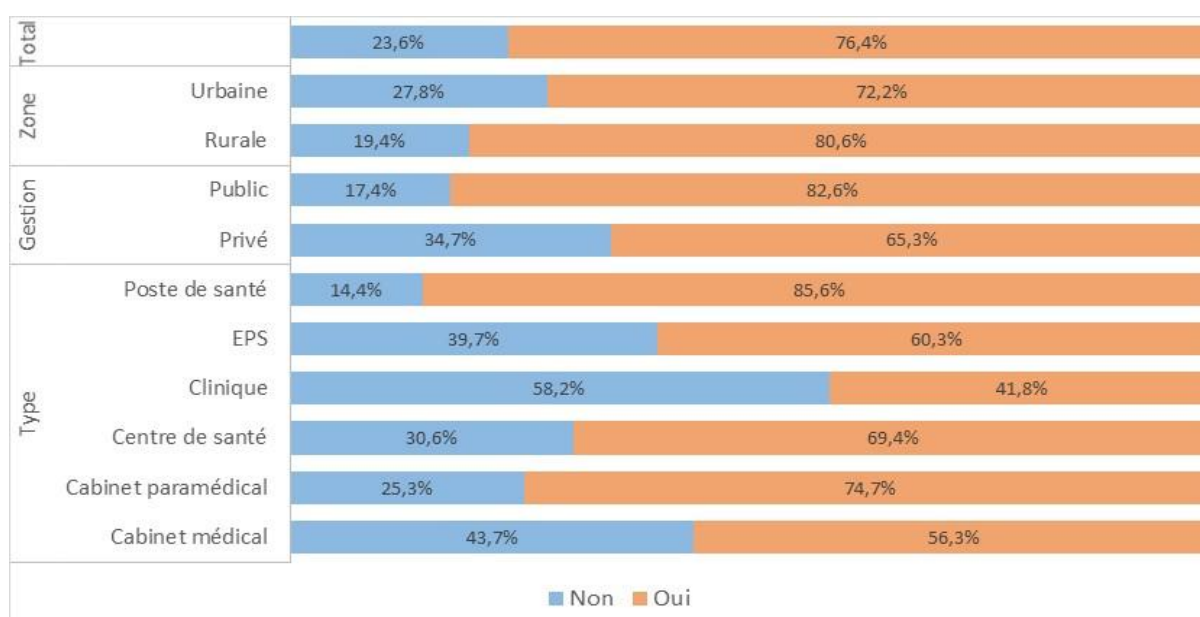


Figure 29 : Affichage de la tarification de façon visible et accessible aux patients

Les résultats de l'enquête révèlent qu'au niveau national, 76,4% des structures de santé affichent la tarification de façon visible et accessible aux patients. On note que les structures en zone rurale respectent plus cette directive (80,6%), que celles en zone urbaine (72,2%).

L'écart est beaucoup plus important entre le public et le privé avec respectivement 82,6% et 65,3%.

Concernant la situation par type de structure, on observe que les postes de santé respectent plus l'affichage (85,6%), suivi des cabinets paramédicaux (74,7%) et des centres de santé (69,4%). L'affichage est moins respecté au niveau des cliniques (41,8%).

### 3.1.5.16. Paiement des services de santé offerts

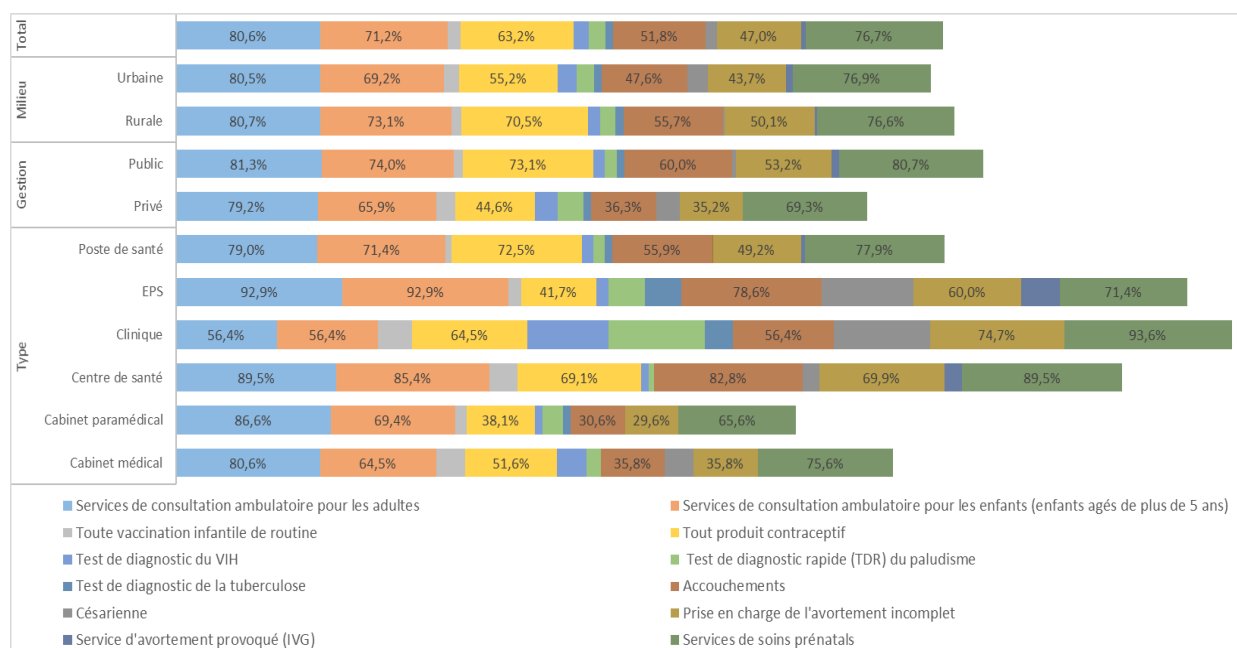


Figure 30 : Paiement des services de santé offerts

Au niveau national, les formations sanitaires font plus payer les patients pour les services de consultation ambulatoire pour les adultes (80,6%), suivies des services de soins prénatals (76,7%), des services de consultation ambulatoire pour les enfants de plus de 5 ans (71,2%), des produits contraceptifs (63,2%) des accouchements (51,8%) et de la prise en charge de l'avortement incomplet (47%).

On observe presque les mêmes tendances en zone rurale et urbaine pour les services de consultation ambulatoire pour les adultes (80,7%) et les services de soins prénatals (76,9%).

Pour l'offre de services liée aux produits contraceptifs, la proportion est plus importante en milieu rural avec 70,5% contre 55,2% en zone urbaine.

Concernant le mode de gestion, les mêmes services identifiés au niveau national se retrouvent au niveau du public et du privé avec des proportions plus élevées dans le public.

Selon les types de structure, au niveau des EPS, les paiements relatifs aux services de consultation ambulatoire pour les adultes et enfants de plus de 5 ans sont plus importants (92,9%), suivis des accouchements (78,6%), services de soins prénatals (71,4%) et la prise en charge de l'avortement incomplet (60,0%). Pour les centres de santé, en plus des services mentionnés au niveau des EPS on note que les produits contraceptifs représentent 69,1%.

Pour les autres types de structure, on constate les mêmes tendances à l'exception des cliniques où les soins prénatals occupent une part non négligeable (93,6%), suivis de la prise en charge de l'avortement incomplet (74,7%), des césariennes (53,8%) et des tests de diagnostic rapide du paludisme (53,7%).

### 3.1.5.17. Défi du financement pour les structures sanitaires

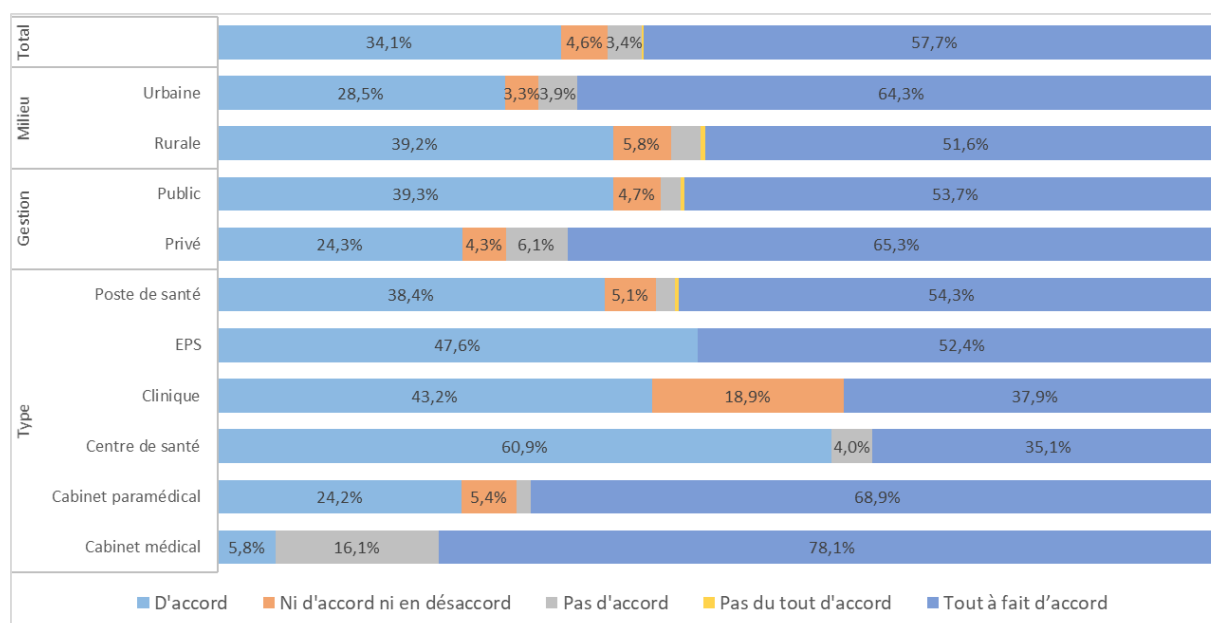


Figure 31 : Défi du financement pour les structures sanitaires

Au niveau national, la majorité des enquêtés, considère que le financement est un défi pour les formations sanitaires avec 57,7% qui sont « tout à fait d'accord » et 34,1% qui sont d'accord. Seule une infime partie est « Pas du tout d'accord » (0,2%) et « Pas d'accord » (3,4%).

La proportion d'enquêtés qui est en accord avec cette assertion est plus importante pour le public avec 39,3% qui sont « d'accord » et 53,7% « tout à fait d'accord », que le privé avec 24,3% qui sont « d'accord » et 65,3% « tout à fait d'accord ».

En zone rurale, 39,2% des répondants sont « d'accord » et 51,6% « tout à fait d'accord » contre 28,5% qui sont « d'accord » et 64,3% « tout à fait d'accord » en zone urbaine.

Selon le type de structure, on remarque que pour les EPS, tous les enquêtés ont déclaré que le financement constitue un défi. Ils sont en accord (60,9% sont « d'accord » et 35,1% « tout à fait d'accord ») pour les centres de santé et pour les cabinets paramédicaux (24,2% sont « d'accord » et 68,9% « tout à fait d'accord »).

### 3.1.5.18. Limitation de la capacité des structures à fournir des services de santé

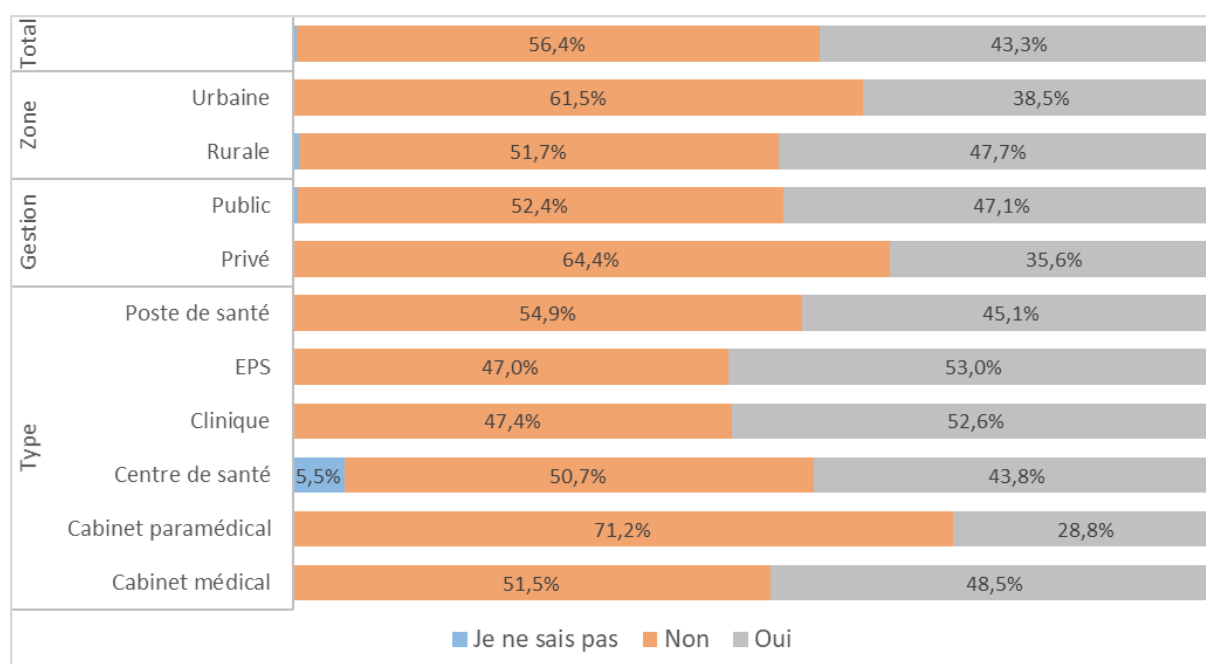


Figure 32 : Limitation de la capacité des structures à fournir des services de santé

Au niveau national, 56,4% des enquêtés soutiennent que les défis liés au financement ne constituent pas une limite à l'offre de services de santé par les formations sanitaires. Pour la zone de résidence, cette proportion est plus élevée en zone urbaine (61,5%) qu'en zone rurale (51,7%).

Pour ce qui est du mode de gestion, la fourniture des services de soins n'a pas été très impactée par les défis liés au financement. Les résultats montrent 64,4% pour le privé et 52,4% pour le public.

Par ailleurs, l'analyse des résultats par type de structure, montre que la capacité d'offrir des services de santé n'est pas influencée par les défis liés au financement dans les cabinets paramédicaux (71,2%), les postes de santé (54,9%), les cabinets médicaux (51,5%) et les centres de santé (50,7%), contrairement aux cliniques et aux EPS qui sont fortement limités dans leurs capacités, avec respectivement 52,6% et 53,0%.

### 3.1.6. Ressources humaines

Sont analysés ici les effectifs et les dotations des structures sanitaires en personnel de santé. Il s'agit de médecins, d'infirmiers, de sages-femmes et d'acteurs communautaires de soins. D'autres aspects sont également abordés, en l'occurrence, la formation des prestataires, les défis liés aux ressources humaines, les difficultés rencontrées dans la gestion du personnel et leurs impacts sur les capacités des structures à fournir des services de santé de qualité.

En moyenne, chaque structure compte 15 prestataires de soins, mais avec de fortes disparités: 355 agents dans les EPS contre seulement 5 dans les postes de santé. Les structures publiques emploient plus de personnel (18) que le privé (10), et les zones urbaines six fois plus que les rurales (27 contre 4).

Les médecins sont surtout concentrés dans les EPS (61 en moyenne), avec seulement 2 en milieu rural. Les femmes médecins ne représentent que 2% du corps médical. Le personnel infirmier et les sages-femmes sont également concentrés dans les EPS (96 en moyenne). Les Acteurs Communautaires de Soins (ACS) sont plus présents en zone rurale (11 en moyenne) qu'urbaines (9).

Les formations continues concernent surtout la vaccination infantile (70,4%), mais moins la violence domestique (24,2%). Les principaux défis concernent les faibles salaires (55,4%), le manque de formation (54,8%) et la surcharge de travail (54,6%).

Plus de 80% des répondants considèrent les ressources humaines comme un défi majeur.

#### 3.1.6.1. Nombre moyen de prestataires de soins de santé travaillant dans les structures

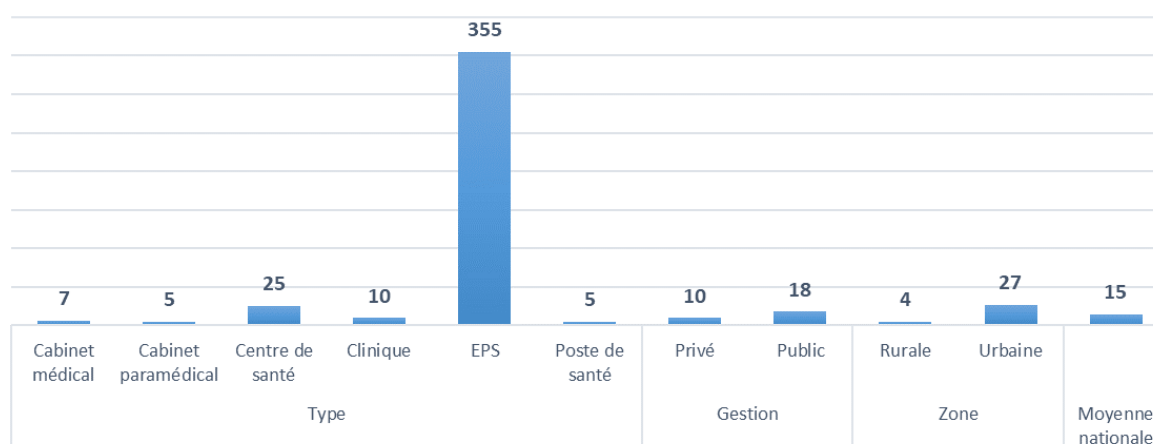


Figure 33 : Nombre moyen des prestataires de soins de santé travaillant dans les structures

L'enquête révèle qu'en moyenne 15 prestataires de soins exercent par structure de santé. Les EPS présentent un nombre moyen de prestataires de soins de 355 agents, suivi des centres de santé (25) et des cliniques (10). Les postes de santé ont l'effectif le plus faible (5).

Les structures publiques ont le plus grand nombre moyen de prestataires (18) contre 10 agents pour le privé. On note plus de prestataires en zone urbaine (27) qu'en zone rurale (4).

### 3.1.6.2. Nombre moyen de médecins travaillant dans les structures

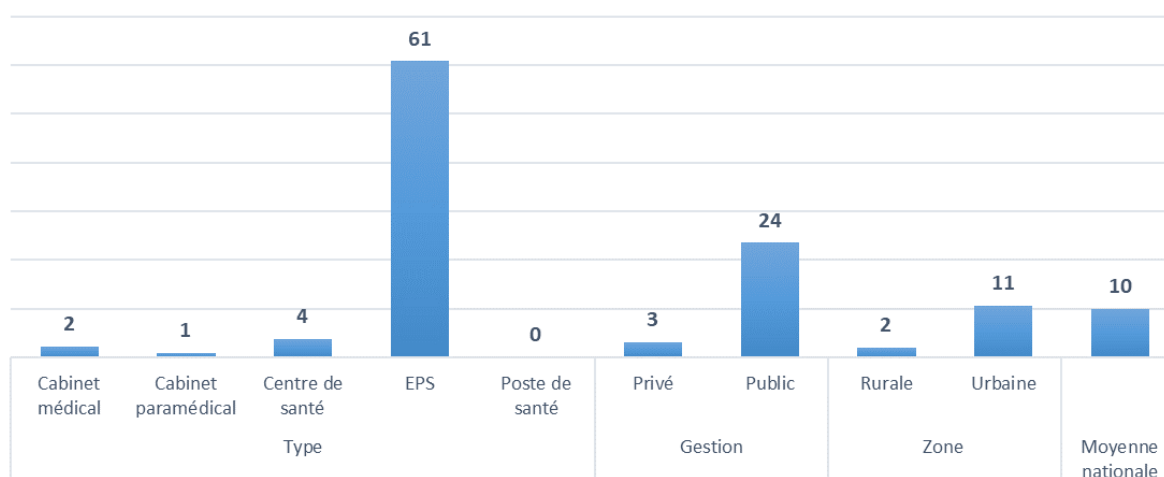


Figure 34 : Nombre moyen de médecins travaillant dans les structures

Au niveau national, 10 médecins en moyenne travaillent dans les structures sanitaires. En milieu rural, la moyenne est de deux 2 médecins, tandis qu'en milieu urbain, elle est de 11 médecins. On retrouve en moyenne, plus de médecins dans les formations sanitaires publiques (24) que dans le privé (3).

L'analyse des résultats par type de structures, montre que les EPS comptent le plus grand nombre de médecins (61), suivis des centres de santé (4), des cabinets médicaux (2) et des cabinets paramédicaux (1).

### 3.1.6.3. Pourcentage moyen de femmes médecins travaillant dans les structures

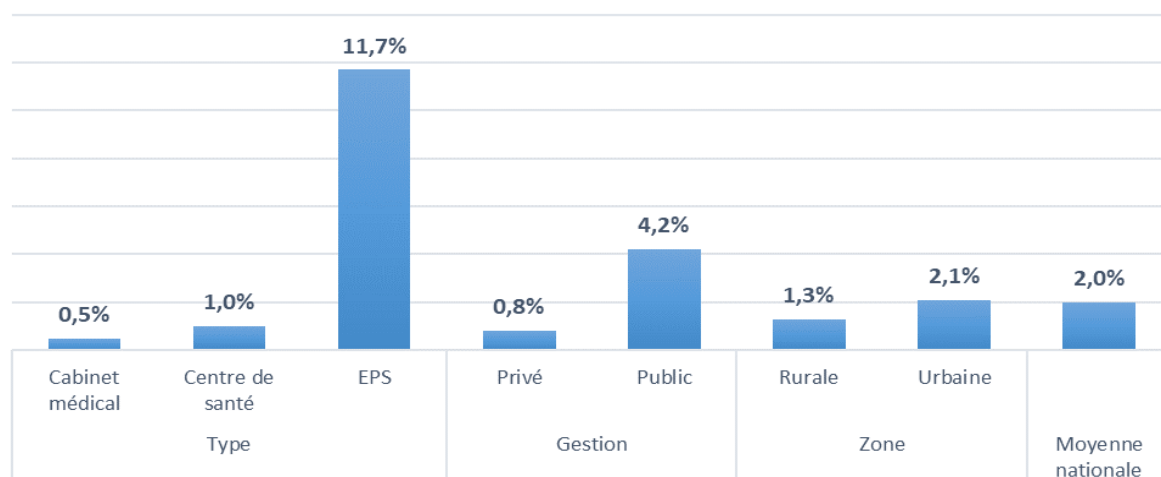


Figure 35 : Pourcentage moyen de femmes médecins travaillant dans les structures

Selon les résultats de l'enquête, seul 2% de femmes médecins en moyenne travaillent dans les structures sanitaires. On note un pourcentage plus faible en milieu rural (1,3%) contre, 2,1%, en milieu urbain. Au niveau des formations sanitaires, le pourcentage de femmes médecins est plus important dans le public (4,2%) que dans le privé (0,8%).

L'analyse des résultats par type de structure montre que les EPS comptent plus de femmes médecins (11,7%), suivis des centres de santé (1%) et des cabinets médicaux (0,5%).

#### 3.1.6.4. Nombre moyen d'infirmiers et de sages-femmes travaillant dans les structures

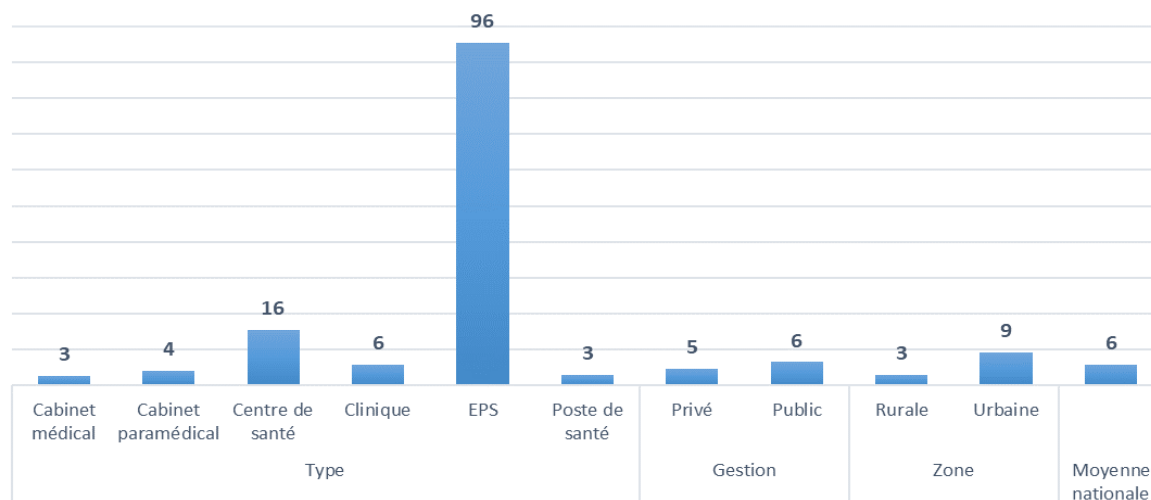


Figure 36 : Nombre moyen d'infirmiers et de sages-femmes travaillant dans les structures

L'enquête montre qu'en moyenne, 6 infirmiers et sages-femmes exercent par structure au niveau national. Le nombre moyen d'infirmiers et de sages-femmes est de 96 au niveau des EPS, 16 au niveau des centres de santé et 6 au niveau des cliniques. Les postes de santé et les cabinets médicaux ont l'effectif le plus faible (3). Les structures publiques ont légèrement plus d'infirmiers et de sages-femmes (6) que les structures privées (5). Par ailleurs, on note plus de prestataires en zone urbaine (9) qu'en zone rurale (3).

#### 3.1.6.5. Pourcentage moyen de femmes dans le personnel infirmier et de sages-femmes

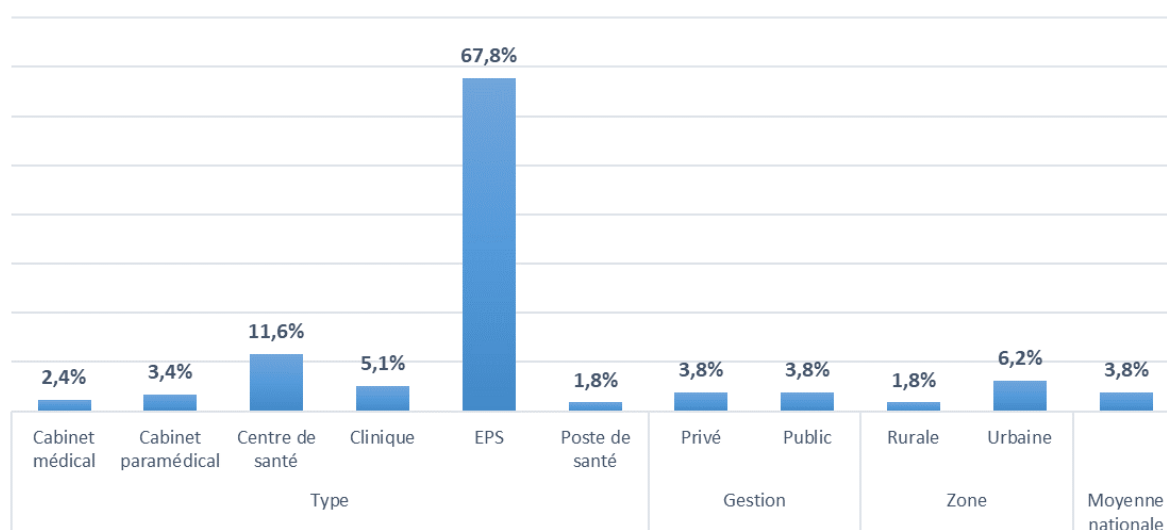


Figure 37 : Pourcentage moyen de femmes dans le personnel infirmier et de sages-femmes travaillant dans les structures

L'enquête montre qu'au niveau national, 3,8% en moyenne du personnel infirmier et de sages-femmes exerçant dans les structures, sont de sexe féminin. Les EPS présentent le pourcentage moyen de personnel féminin parmi le groupe « *infirmiers et sages-femmes* » de 67,8%, les centres de santé (11,6%) et les cliniques (5,1%).

Les cabinets médicaux et les postes de santé ont respectivement des proportions de personnel féminin, infirmières et sages-femmes, de 1,8% et 2,4%. Les structures publiques et privées ont le même pourcentage moyen (3,8%).

On note plus de pourcentage moyen de personnel féminin dans les structures en zone urbaine (6,2%) qu'en zone rurale (1,8%).

#### 3.1.6.6. Nombre moyen d'acteurs communautaires de soins travaillant dans les structures

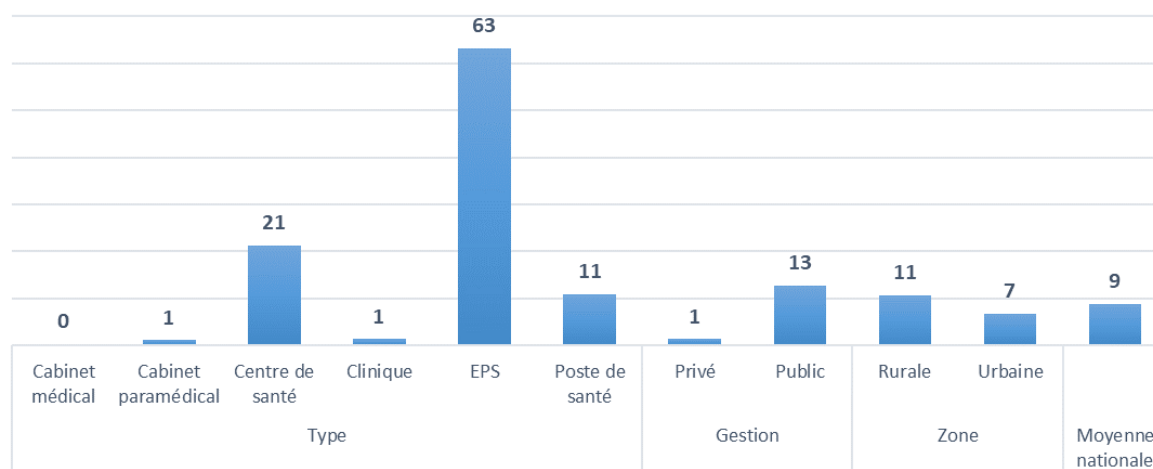


Figure 38 : Nombre moyen d'acteurs communautaires de soins travaillant dans les structures

L'enquête révèle qu'en moyenne 9 Acteurs Communautaires de Soins (ACS) exercent par structure. Le nombre moyen d'ACS est de 63 au niveau des EPS, 21 dans les centres de santé et 11 dans les postes de santé.

Les cabinets médicaux sont marqués par l'absence d'ACS. Les structures publiques ont le plus grand nombre d'ACS (13) contre 1 ACS pour le privé. On note, par ailleurs, plus d'ACS en zone rurale (11) qu'en zone urbaine (9).

#### 3.1.6.7. Pourcentage moyen de femmes acteurs communautaires de soins

L'enquête révèle qu'en moyenne et par structure à l'échelle nationale, 8,1% de leurs Acteurs Communautaires de Soins (ACS) sont de sexe féminin.

Les structures publiques ont 3 fois plus de femmes ACS (9,9%) que les structures privées (3,9%). On note un pourcentage de femmes ACS plus élevé en zone urbaine (10,3%) qu'en zone rurale (8,6%).

Selon le type de structure, les centres de santé alignent un taux de 15,5%, les EPS (15,4%) et les postes de santé (8,7%). Les cabinets médicaux ont le plus faible pourcentage de femmes ACS (1,0%).

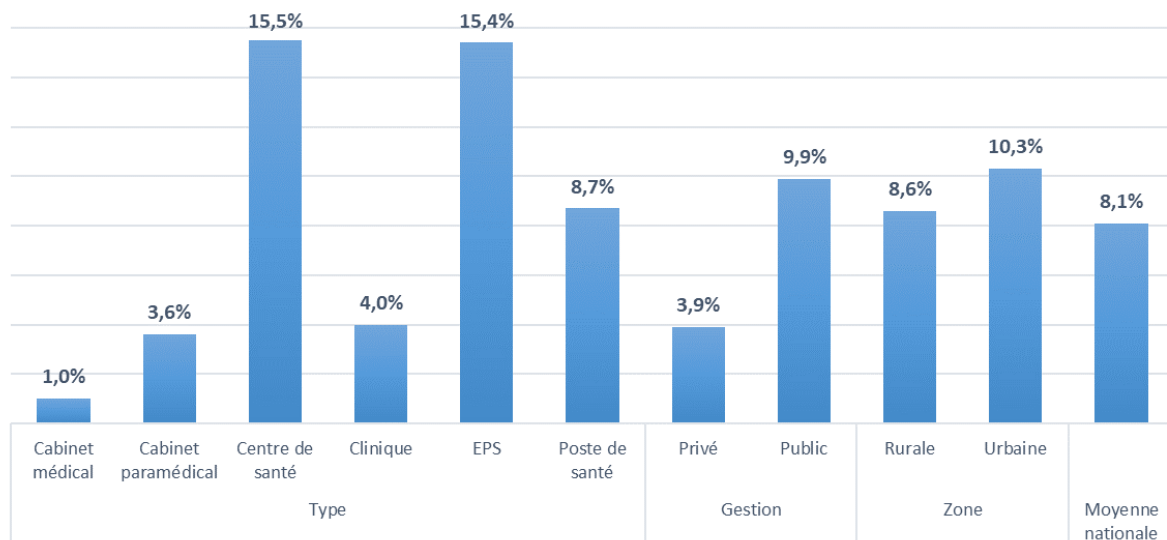


Figure 39 : Pourcentage moyen de femmes acteurs communautaires de soins travaillant dans les structures

### 3.1.6.8. Formation sur site des prestataires de soins de santé

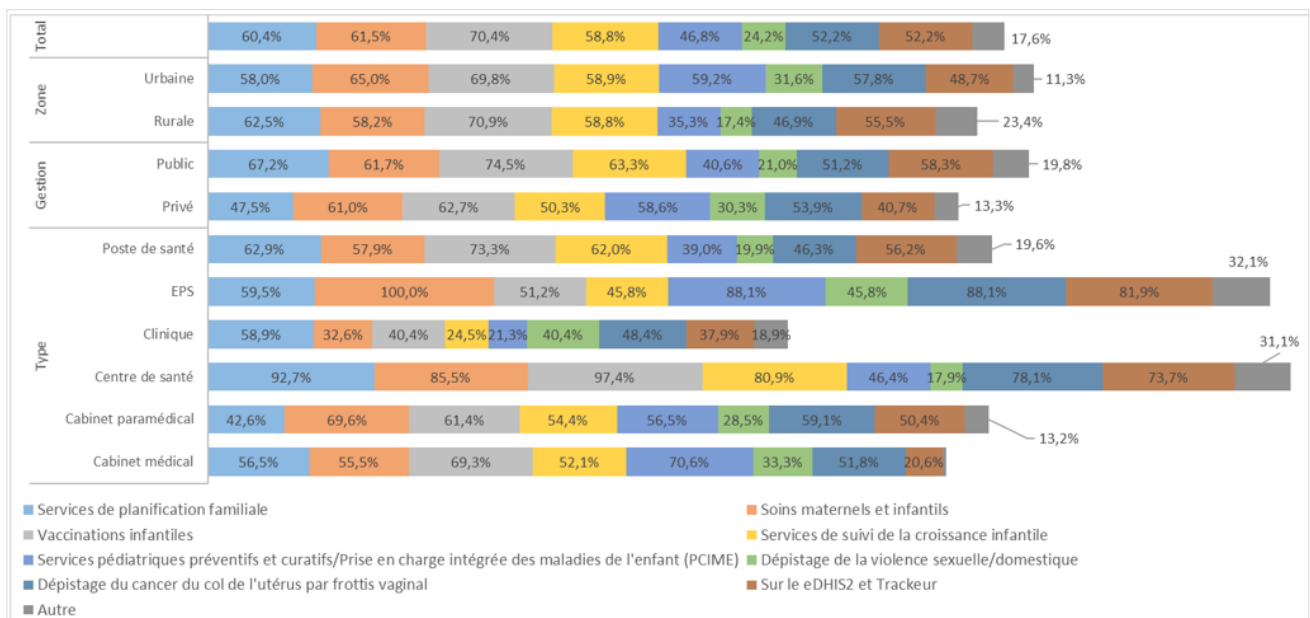


Figure 40 : Formation sur site des prestataires de soins de santé

Au niveau national, les formations des prestataires de soins de santé sur site, portent le plus souvent sur la *vaccination infantile* (70,4%). Le domaine dans lequel les prestataires de soins de santé sont moins formés concerne le *dépistage de la violence sexuelle/domestique* (24,2%).

Concernant le mode de gestion, les prestataires de soins du public sont plus formés sur les *vaccinations infantiles* (74,5%) que ceux du privé (62,7%). La tendance est la même pour les *services de planification familiale* (le public avec 67,2% et le privé avec 47,5%), le *DHIS2 et le Trackeur* (le public avec 58,3% et le privé avec 40,7%). Par contre, le public et le privé restent égaux pour la formation sur les *soins maternels et infantiles*, avec respectivement 61,7% et 61,0%.

Selon le milieu de résidence, les prestataires de soins de santé en zone rurale ont davantage bénéficié de la formation sur site que ceux du milieu urbain pour les rubriques - *services de planification familiale* (62,5% et 58,0%) et - *DHIS2 et Trackeur* (55,5% et 48,7%). Par contre, pour les *services pédiatriques préventifs et curatifs/Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant* (PCIME), les prestataires en zone urbaine bénéficient de plus de formation avec 59,2% contre 35,3% pour ceux intervenant en zone rurale.

Selon le type de structures, les prestataires de soins des centres de santé (97,4%) ont plus bénéficié de formation sur les *vaccinations infantiles*, tandis que dans le privé, ce sont surtout les cabinets médicaux (69,3%).

### 3.1.6.9. Défi des ressources humaines pour les structures sanitaires

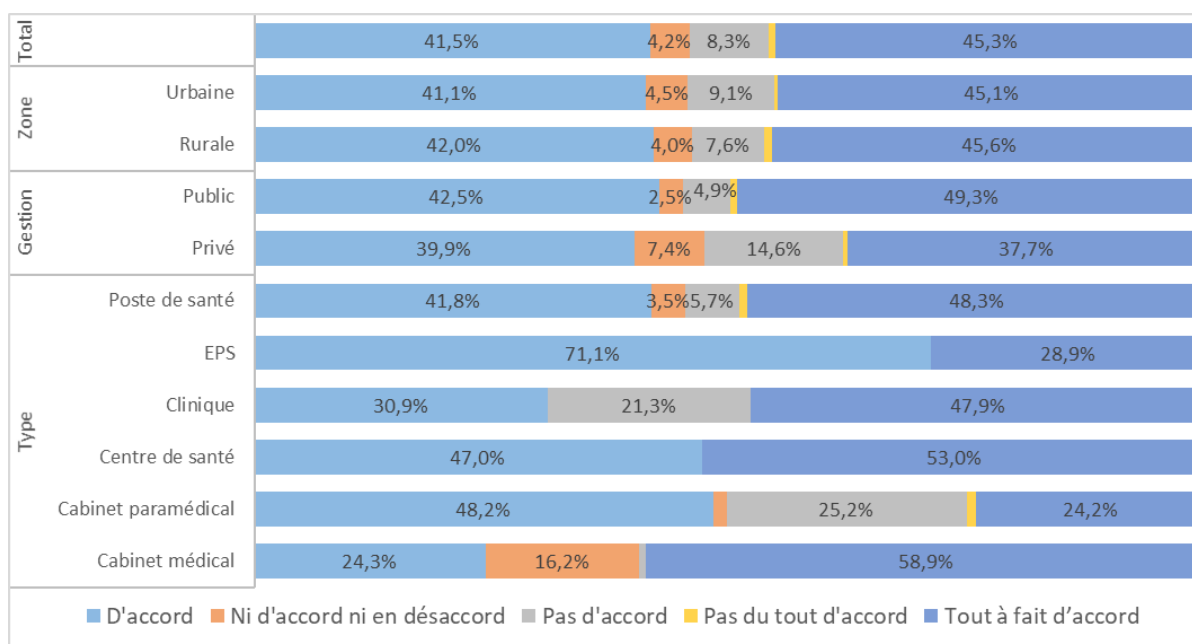


Figure 41 : Défi des ressources humaines pour les structures sanitaires

Au niveau national, la majorité des répondants déclarent être « *d'accord* » à 41,5% et « *tout à fait d'accord* » à 45,3%, que les ressources humaines constituent un défi pour leurs formations sanitaires. Toutefois, seuls 8,9% ne sont « *pas d'accord* » (8,3%) et « *pas du tout d'accord* » (0,6%), que les ressources humaines sont un défi.

Concernant le mode gestion, les structures du public sont « *tout à fait d'accord* » (49,3%) et « *d'accord* » (42,5%), que les ressources humaines constituent un défi pour leurs formations sanitaires. Les structures du privé, 37,7%, sont « *tout à fait d'accord* » et 39,9% « *d'accord* » que les ressources humaines constituent un défi. Par contre, dans le public, 0,7% sont « *pas du tout d'accord* » et 4,9% sont pas « *d'accord* ». Les structures du privé, 0,4%, ne sont « *pas du tout d'accord* » et 16,4% ne sont « *pas d'accord* » que les ressources humaines constituent un défi.

Selon le milieu de résidence, cette même tendance se confirme en milieu rural avec 45,6% « *tout à fait d'accord* » et 42,0% « *d'accord* » contre 45,1% « *tout à fait d'accord* » et 41,1% « *d'accord* » en milieu urbain. Cependant, en milieu rural, 0,9% ne sont « *pas du tout d'accord* » et 7,6% ne sont « *pas d'accord* ».

Cette même tendance se confirme en milieu urbain avec 0,3% qui ne sont « *pas du tout d'accord* » et 9,1% « *pas d'accord* ».

Selon le type de structure, les centres (53,0%) et les postes de santé (48,3%) du public ont plus déclaré être « *tout à fait d'accord* » que les ressources humaines constituent un défi. S'agissant des structures du privé, les cabinets paramédicaux (58,9%) ont plus déclaré être « *tout à fait d'accord* » que les ressources humaines constituent un défi.

### 3.1.6.10. Difficultés rencontrées dans la gestion du personnel au cours des 3 derniers mois

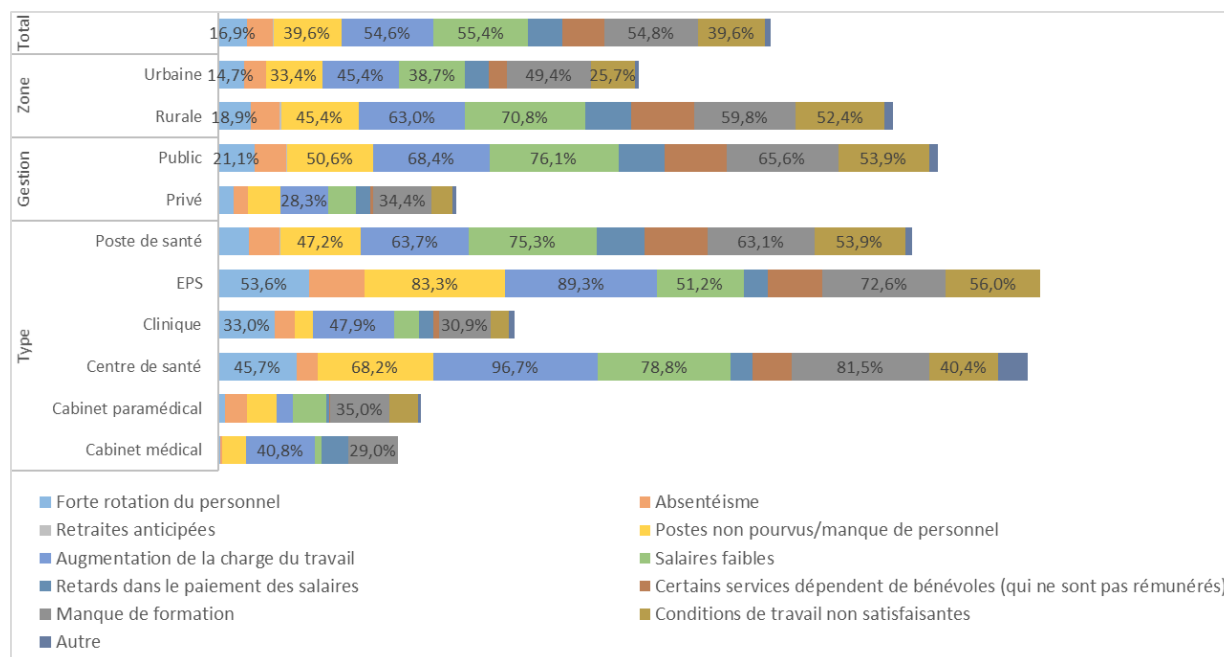


Figure 42 : Difficultés rencontrées dans la gestion du personnel au cours des 3 derniers mois

Globalement, les difficultés rencontrées dans la gestion du personnel sont liées à la faiblesse des salaires (55,4%) suivi de près par le manque de formation (54,8%) et de l'augmentation de la charge de travail (54,6%).

Concernant le mode gestion, les structures du public sont les plus touchées par des difficultés dans la gestion du personnel liées à la faiblesse des salaires (76,1%) que celles du privé (16,2%). Ces dernières sont les plus impactées par le manque de formation (34,4%).

Selon le type de structure, au niveau du public, les centres de santé (96,7%) et les EPS (89,3%) rencontrent des difficultés dans la gestion du personnel dues à l'augmentation de la charge de travail. Quant aux postes de santé, les difficultés sont plus liées à la faiblesse des salaires (75,3%).

Au niveau du privé, les cabinets médicaux (40,8%) sont plus affectés par l'augmentation de la charge de travail pour la gestion du personnel et les paramédicaux (35,0%) par le manque de formation.

Selon le milieu de résidence, dans la zone rurale, la principale difficulté est liée à la faiblesse des salaires (70,8%). Par contre, en zone urbaine, elle est liée au manque de formation (49,4%).

### 3.1.6.11. Limitation des capacités à fournir des services à cause des difficultés liées au personnel

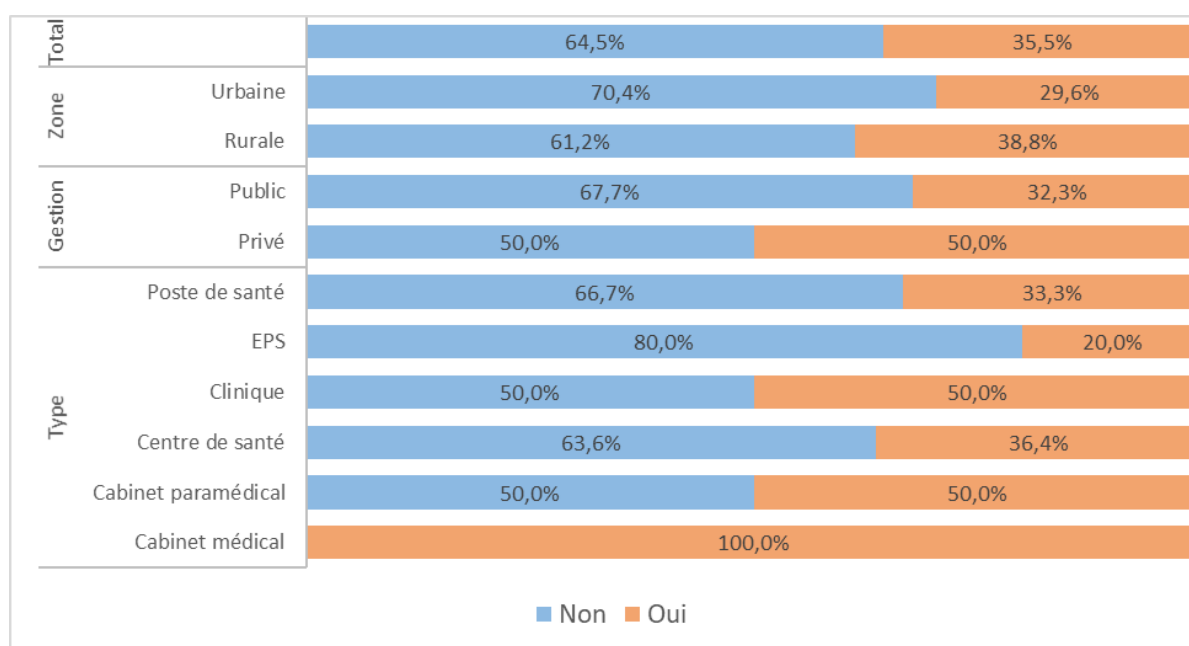


Figure 43 : Les difficultés liées au personnel ont-elles limité ou empêché la capacité de la structure à fournir des services de santé ?

Au niveau national, 35,5% des répondants estiment que la limitation de la capacité des structures à fournir des services de santé adéquats est liée aux ressources humaines.

Selon le type de structures, la totalité des personnes interrogées déclare que la limitation des cabinets médicaux à fournir des services demandés est liée aux ressources humaines. Cette limitation des capacités est de 50% au niveau des cabinets paramédicaux et des cliniques. Seuls 20%, 33,3% et 36,4%, respectivement des EPS, des centres de santé et des postes de santé ont des capacités limitées liées aux ressources humaines.

Concernant le mode de gestion, la limitation des capacités des structures à fournir des services est plus élevée dans le privé (50%) que dans le public (32,3%). Les répondants en milieu rural (38,8%) affirment que cette limitation est plus élevée par rapport au milieu urbain (29,6%).

### 3.1.7. Leadership et Coordination

Sont analysés ici les systèmes de coordination et de direction des structures sanitaires, notamment, les lignes directrices, protocoles ou procédures pour les références de patients, la supervision, les réunions et les défis de leadership et de coordination.

La majorité des structures (82,6%) disposent de procédures de référence des patients, plus fréquentes dans le public et en milieu rural. Les principaux motifs sont le dépassement du mandat de soins (85,4%) et le manque d'équipements (40,4%).

La contre-référence existe dans 61,3% des structures, surtout dans le public (67,9%). Les protocoles pour la gestion des urgences sont présents dans 80,5% des structures, avec une couverture plus forte en milieu rural (86,7%).

Les visites de supervision sont fréquentes (84,7%), plus dans le public (94,1%) que dans le privé (67,1%). Par ailleurs, 60,2% des structures disposent d'un comité de gestion, davantage en zones rurales (75,8%). Le leadership est perçu comme un défi par 68,2% des répondants, mais 78% estiment qu'il n'a pas limité leur capacité à offrir des soins.

#### 3.1.7.1. Existence de lignes directrices, protocoles ou procédures pour les références de patients

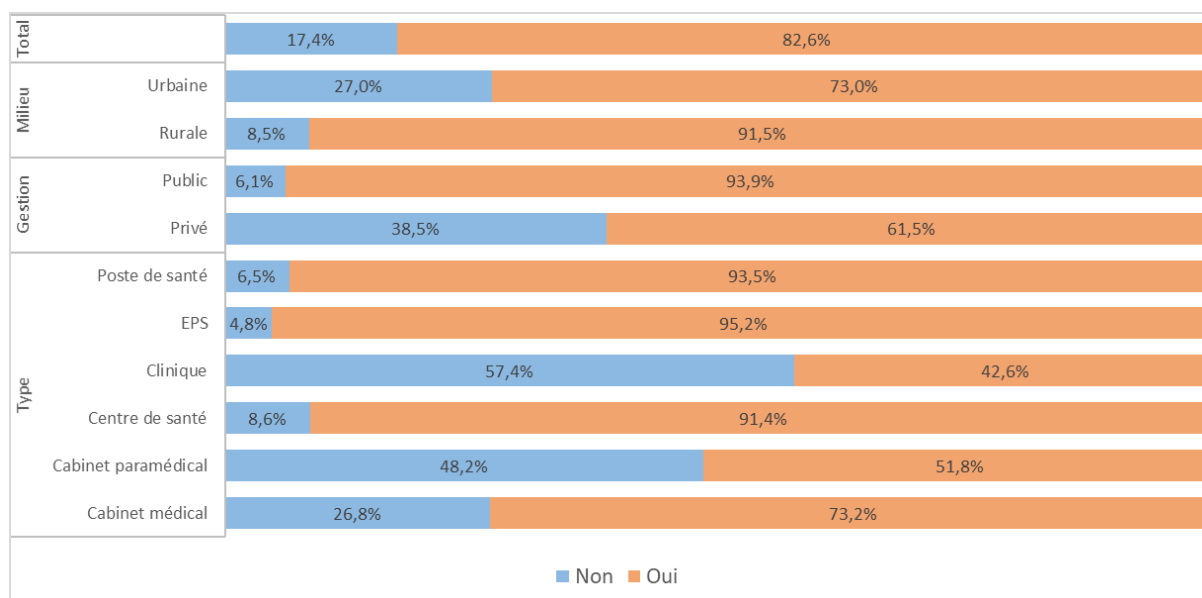


Figure 44 : Existence de lignes directrices protocoles ou procédures pour les références de patients vers d'autres structures

Au niveau national, 82,6% des structures signalent l'existence de procédures pour la référence des patients. Elle est plus marquée au niveau des EPS (95,2%), des postes de santé (93,5%), des centres de santé (91,4%) et moindre au niveau des cliniques (42,6%).

Lesdits protocoles sont inexistants dans 38,5% des structures privées contre 6,1% dans le public. Leur existence prédomine en milieu rural (91,5%) contre 73,0% en milieu urbain.

### 3.1.7.2. Motifs les plus courants pour référer un patient vers un niveau supérieur

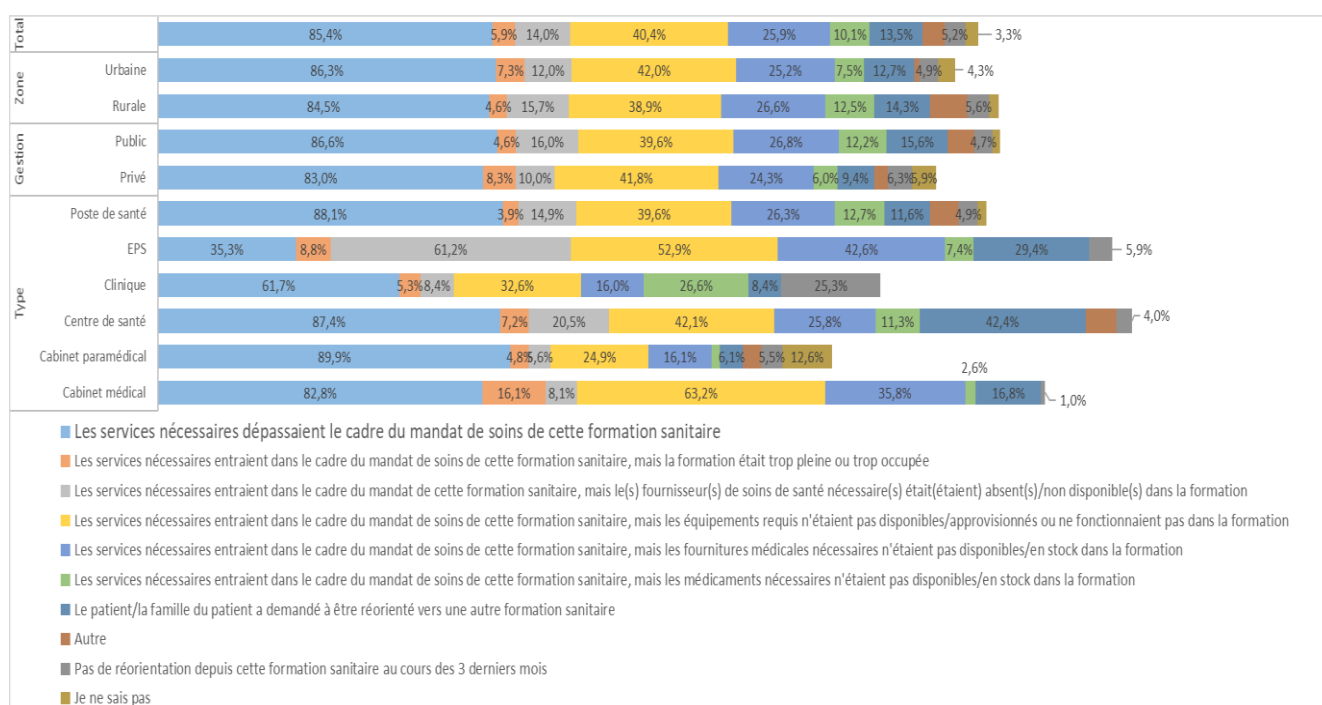


Figure 45 : Motifs les plus courants pour référer un patient vers un niveau supérieur, au cours des 3 derniers mois

Au niveau national, les motifs de références les plus courants sont dus au fait que « *les services nécessaires dépassaient le cadre du mandat de soins de cette formation sanitaire* (85,4%) », suivis par ceux dont « *les services nécessaires entraient dans le cadre du mandat de soins de cette formation sanitaire, mais les équipements requis n'étaient pas disponibles/approvisionnés ou ne fonctionnaient pas dans la formation* » (40,4%). Les motifs les moins courants de référence sont « *le patient/la famille du patient a demandé à être réorienté vers une autre formation sanitaire* » (5,9%).

Selon le type structure les motifs :

- « *Les services nécessaires dépassaient le cadre du mandat de soins de cette formation sanitaire* » est plus fréquent au niveau des cabinets paramédicaux (89,9%) et des postes de santé (88,1%). Il est moindre au niveau des EPS (35,3%) ;
- « *Les services nécessaires entraient dans le cadre du mandat de soins de cette formation sanitaire, mais la formation était trop pleine ou trop occupée* » est plus fréquent au niveau des cabinets médicaux (16,1%) et moindre au niveau des postes de santé (3,9%) ;
- « *Les services nécessaires entraient dans le cadre du mandat de cette formation sanitaire, mais le(s) fournisseur(s) de soins de santé nécessaire(s) étai(en)t absent(s)/non disponible(s) dans la formation* » est plus fréquent au niveau des EPS (61,2%) et des centres de santé (20,5%). Il est moindre au niveau des cabinets paramédicaux (5,6%) ;
- « *Les services nécessaires entraient dans le cadre du mandat de soins de cette formation sanitaire, mais les équipements requis n'étaient pas disponibles/approvisionnés ou ne fonctionnaient pas dans la formation* » est plus fréquent au niveau des cabinet médicaux (63,2%), des EPS (52,9%) et des centres

de santé (42,1%). Le motif reste moindre au niveau des cabinets paramédicaux (24,9%).

Selon le mode de gestion :

- Le motif le plus fréquent est représenté par « *les services nécessaires entraînent dans le cadre du mandat de soins de cette formation sanitaire, mais la formation était trop pleine ou trop occupée* » avec respectivement 83,0% pour le privé et 86,6% pour le public ;
- Le motif le moins constant pour le privé est représenté par « *les services nécessaires entraînent dans le cadre du mandat de soins de cette formation sanitaire, mais les médicaments nécessaires n'étaient pas disponibles/en stock dans la formation* » (6%), le moins fréquent pour le public est représenté par « *les services nécessaires entraînent dans le cadre du mandat de soins de cette formation sanitaire, mais la formation était trop pleine ou trop occupée* » (4,6%).

Selon le milieu de résidence :

- En zone rurale, le motif le plus courant est « *les services nécessaires dépassaient le cadre du mandat de soins de cette formation sanitaire* » (84,5%), suivi du motif « *les services nécessaires entraînent dans le cadre du mandat de soins de cette formation sanitaire, mais les équipements requis n'étaient pas disponibles/approvisionnés ou ne fonctionnaient pas dans la formation* » (38,9%). Le motif le moins fréquent est « *les services nécessaires entraînent dans le cadre du mandat de soins de cette formation sanitaire, mais la formation était trop pleine ou trop occupée* » (4,6%) ;
- En zone urbaine, le motif le plus habituel est « *les services nécessaires dépassaient le cadre du mandat de soins de cette formation sanitaire* » (86,3%), suivi du motif « *les services nécessaires entraînent dans le cadre du mandat de soins de cette formation sanitaire, mais les équipements requis n'étaient pas disponibles/approvisionnés ou ne fonctionnaient pas dans la formation* » (42,0%). Le motif le moins régulier est « *les services nécessaires entraînent dans le cadre du mandat de soins de cette formation sanitaire, mais la formation était trop pleine ou trop occupée* » (7,3%).

### 3.1.7.3. Existence de lignes directrices, protocoles ou procédures pour la contre-référence

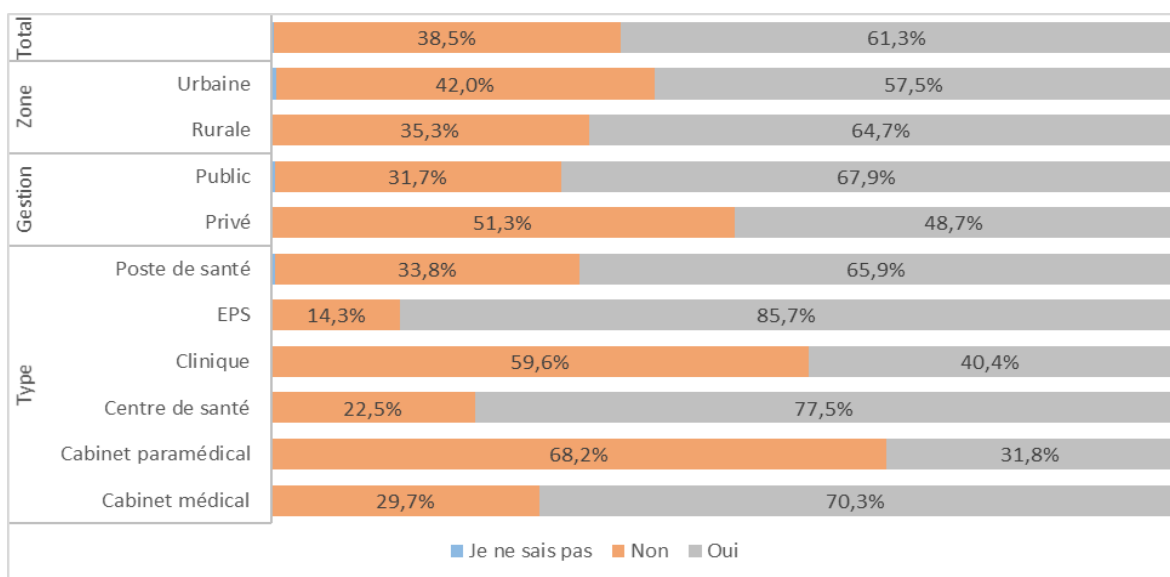


Figure 46 : Existence de lignes directrices, protocoles ou procédures pour la contre-référence de patients

Au niveau national, 61,3% des structures déclarent l'existence de lignes directrices, protocoles ou procédures pour la contre-référence des patients. Elle prédomine aux niveaux des EPS (85,7%), des centres de santé (77,5%) et des cabinets médicaux (70,3%). Dans les cabinets paramédicaux (31,8%) et les cliniques (40,4%) sont notés les plus faibles niveaux d'existence de procédures pour la contre-référence.

Dans le public, les structures présentent les niveaux d'existence de procédures pour la contre-référence les plus élevés (67,9%). En milieu rural, l'existence de procédures prédomine (64,7 %) par rapport à l'urbain.

#### 3.1.7.4. Motifs de référence les plus courants venant de structures de niveau inférieur

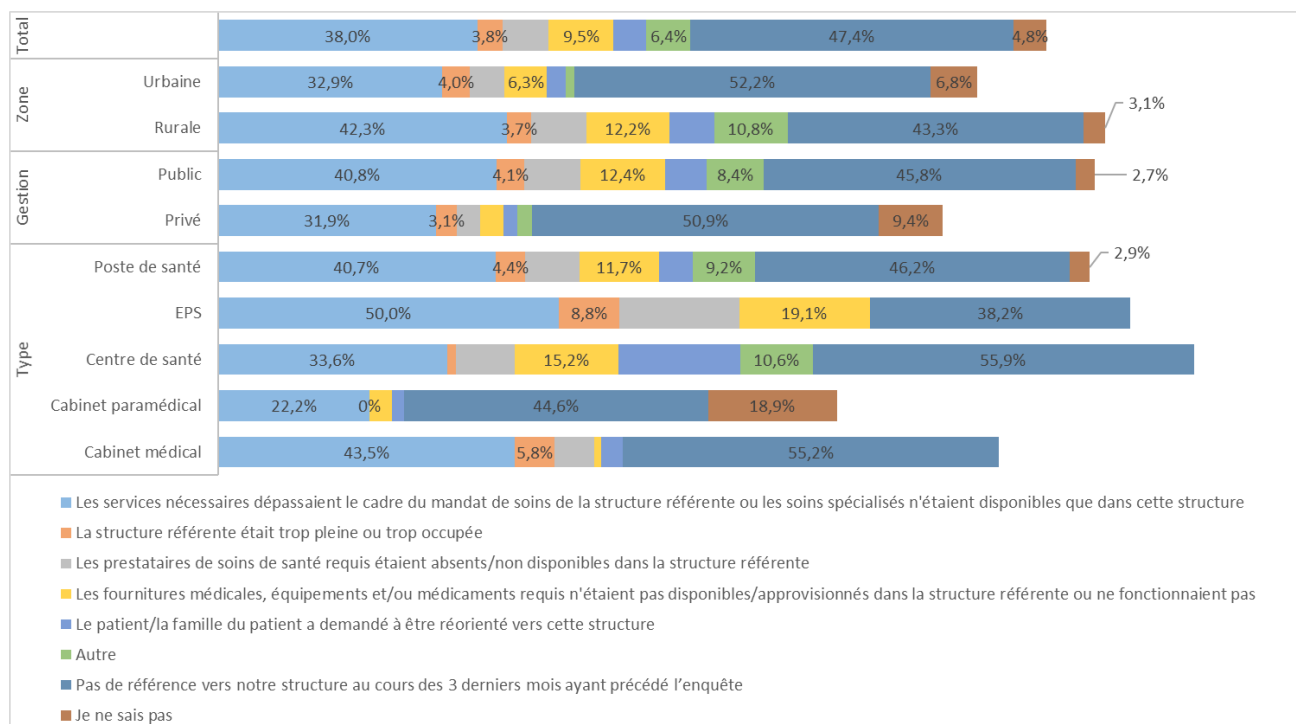


Figure 47 : Motifs de référence les plus courants venant de structures de niveau inférieur, au cours des 3 derniers mois

Les résultats de l'enquête montrent que les motifs de référence les plus courants venant de structures de niveau inférieur, au niveau national, sont :

- Pas de réorientation vers cette formation sanitaire (47,4%) ;
- Services nécessaires qui dépassent le cadre du mandat de soins de la formation sanitaire référente ou les soins spécialisés ne sont disponibles que dans cette formation sanitaire (38,0%).

Selon le milieu rural et urbain les motifs de référence les plus courants sont les mêmes qu'au niveau national, avec respectivement 43,3% et 42,3% pour le rural et 52,2% et 32,9% pour l'urbain.

Concernant le mode gestion, que ce soit dans le privé (50,9% et 31,9%) ou dans le public (45,8% et 40,8%), les motifs demeurent les mêmes.

Au niveau des types de structures, les mêmes motifs de référence les plus courants sont observés dans les cabinets médicaux (55,2% et 43,5%), les EPS (38,2% et 50,0%) et les postes de santé (46,2% et 40,7%).

### 3.1.7.5. Existence de lignes directrices, protocoles ou procédures pour les références d'urgences

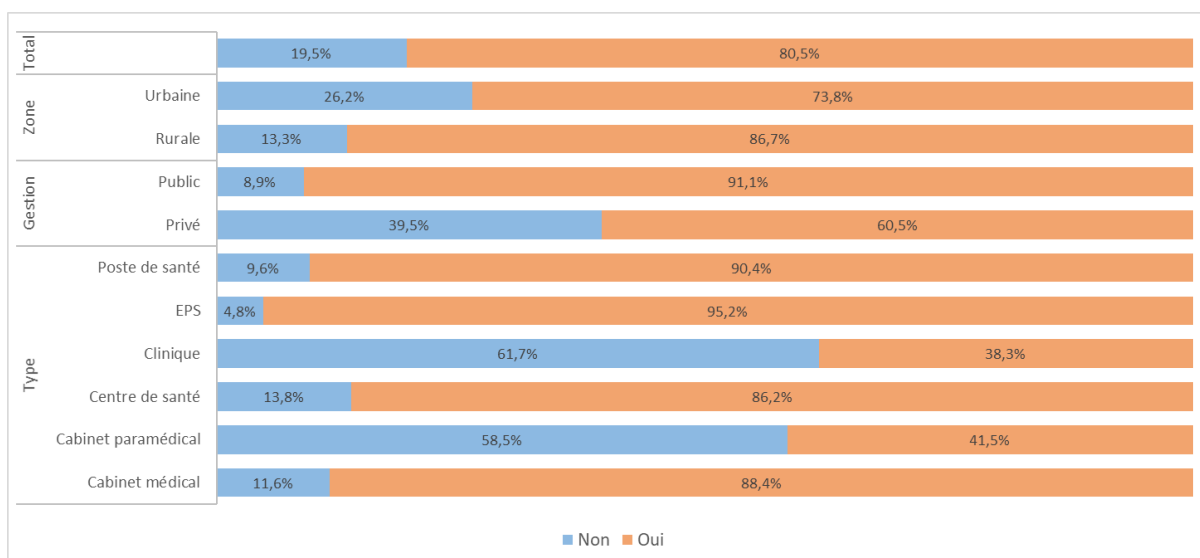


Figure 48 : Existence de lignes directrices, protocoles ou procédures pour les références d'urgences

Au niveau national, les lignes directrices, protocoles ou procédures pour les références d'urgences existent pour la majorité des structures (80,5%). Selon le milieu de résidence, nous observons l'existence desdites lignes directrices dans 86,7% des structures situées en zone rurale contre 73,8% en milieu urbain.

Concernant le mode gestion, les résultats de l'enquête montrent que ce sont les structures du public qui disposent du taux le plus élevé d'existence de lignes directrices (91,1%) par rapport au privé (60,5%) qui est en-dessous de la moyenne nationale.

Pour le type de structures, les lignes directrices existent à 90,4% pour les postes de santé, 95,2% pour les EPS et 86,2% pour les centres de santé. Pour les cabinets médicaux, le taux est de 88,8% contre 38,3% pour les cliniques.

### 3.1.7.6. Visites de supervision reçues par les structures au cours des 12 derniers mois précédents l'enquête

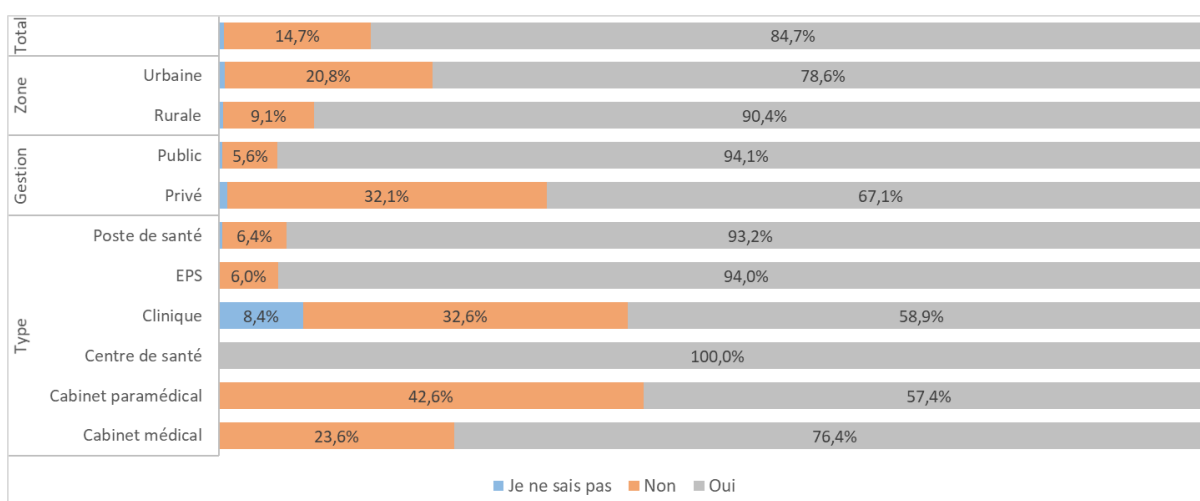


Figure 49 : Visites de supervision reçues par les structures au cours des 12 derniers mois précédents l'enquête

Au niveau national, 84,7% des structures sanitaires ont reçu des visites de supervision au cours des 12 derniers mois, contre 14,7% qui déclarent n'avoir reçu aucune.

Par ailleurs, il ressort des résultats de l'enquête, que les visites de supervision reçues par les structures situées en zone rurale sont largement supérieures (90,4%) à celles qui se trouvent en zone urbaine (78,6%).

Concernant le mode gestion, les résultats obtenus montrent que 94,1% des visites de supervision sont effectuées dans le public contre 67,1% dans le privé.

Pour ce qui est du type de structures, 100,0% des centres de santé ont reçu des visites de supervision contre 94,0% des EPS et 93,2% des postes de santé. Dans le privé, on constate que c'est le cas dans 76,4% des cabinets médicaux et 57,4% des cabinets paramédicaux.

### 3.1.7.7. Disponibilité d'une équipe de direction ou d'un comité de gestion dans les structures

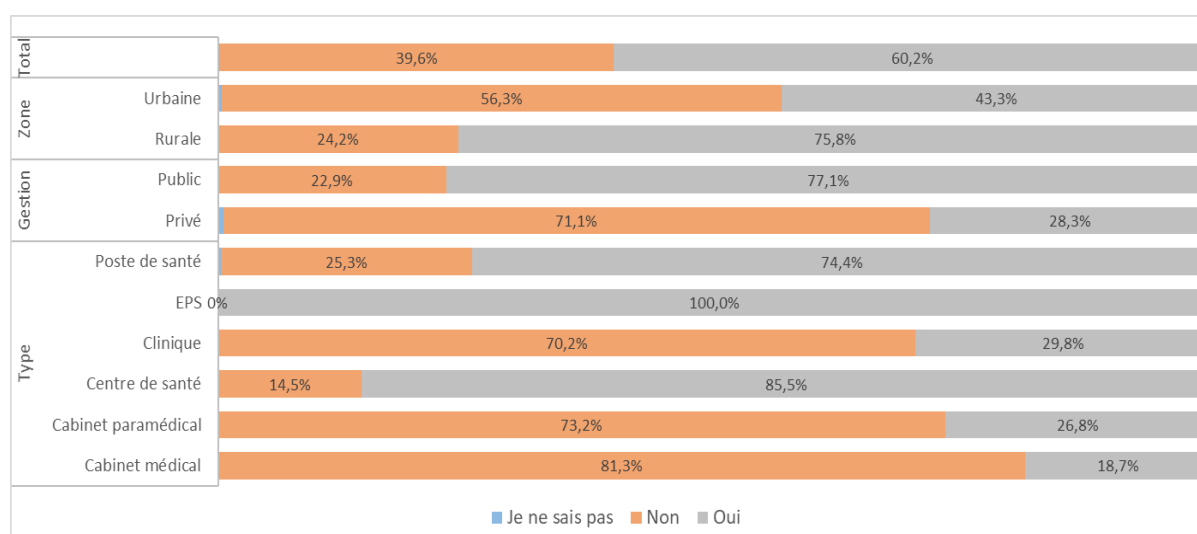


Figure 50 : Disponibilité d'équipe de direction ou de comité de gestion dans les structures

La disponibilité d'équipe de direction ou de comité de gestion dans les structures est évaluée, au niveau national, à 60,2%. En tenant compte de la zone d'implantation, les résultats de l'enquête montrent que la disponibilité est plus importante dans les structures rurales (75,8%) qu'en milieu urbain (43,3%).

Concernant le mode gestion, les résultats obtenus montrent que la disponibilité d'équipe de direction ou de comité de gestion est de 77,1% dans le public contre 28,3% dans le privé.

A propos du type de structures, la disponibilité est de 100,0% pour les EPS, 85,5% pour les centres de santé et de 74,4% pour les postes de santé. Elle reste très faible dans le privé, notamment dans les cabinets médicaux et paramédicaux, avec respectivement 18,7% et 26,8%.

### 3.1.7.8. Réunions par les équipes de direction/comités de gestion au cours des 3 derniers mois

Au niveau national, parmi les structures qui disposent de comité, 94,5% affirment avoir tenu des réunions durant les trois derniers mois ayant précédé l'enquête.

Selon le milieu de résidence, 94,7% des structures en zone urbaine ont déclaré avoir tenu des réunions durant les trois derniers mois ayant précédé l'enquête contre 94,4% en zone rurale.

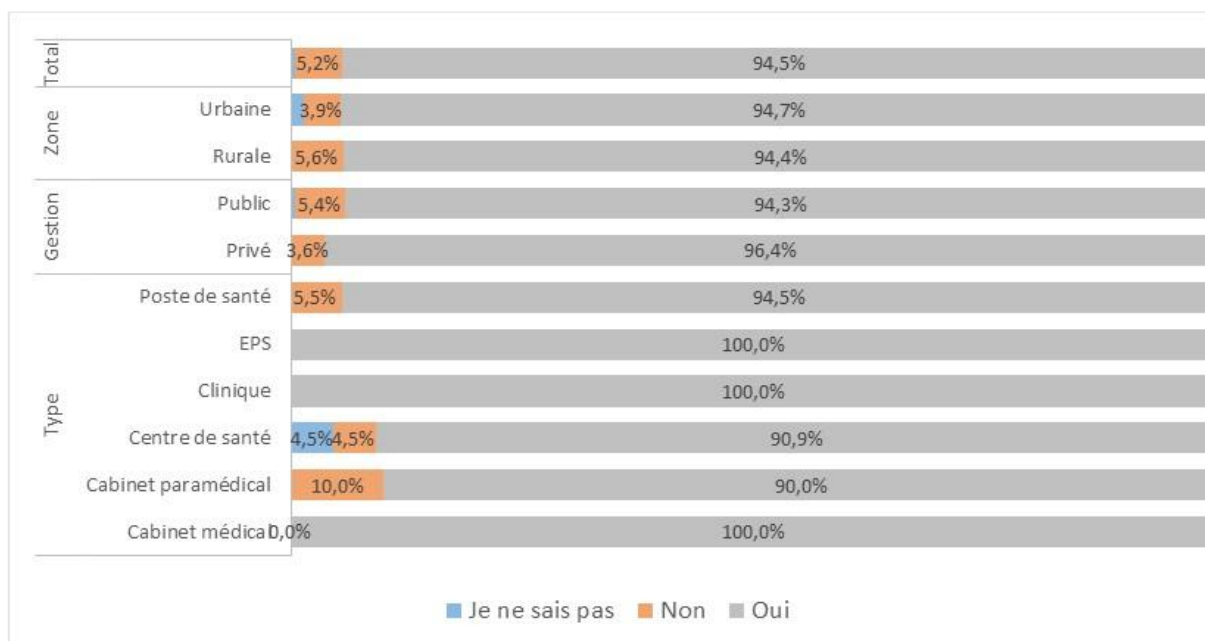


Figure 51 : Tenue de réunions par les équipes de direction/comités de gestion au cours des 3 derniers mois

Concernant le mode de gestion, 96,4% des répondant des structures du privé ont affirmé que les comités de gestion ont tenu des réunions durant les trois derniers mois ayant précédé l'enquête contre 94,3% des structures du public.

Selon le type de structures, 100% des répondants des EPS affirment avoir tenu des réunions durant les trois derniers mois ayant précédé l'enquête contre 90,9% des répondants des centres de santé. L'ensemble des cabinets médicaux (100%) et des cliniques (100%) déclarent avoir tenu des réunions des comités de gestion contre 90,0% des cabinets paramédicaux.

### 3.1.7.9. Défi du leadership et de la coordination pour les structures

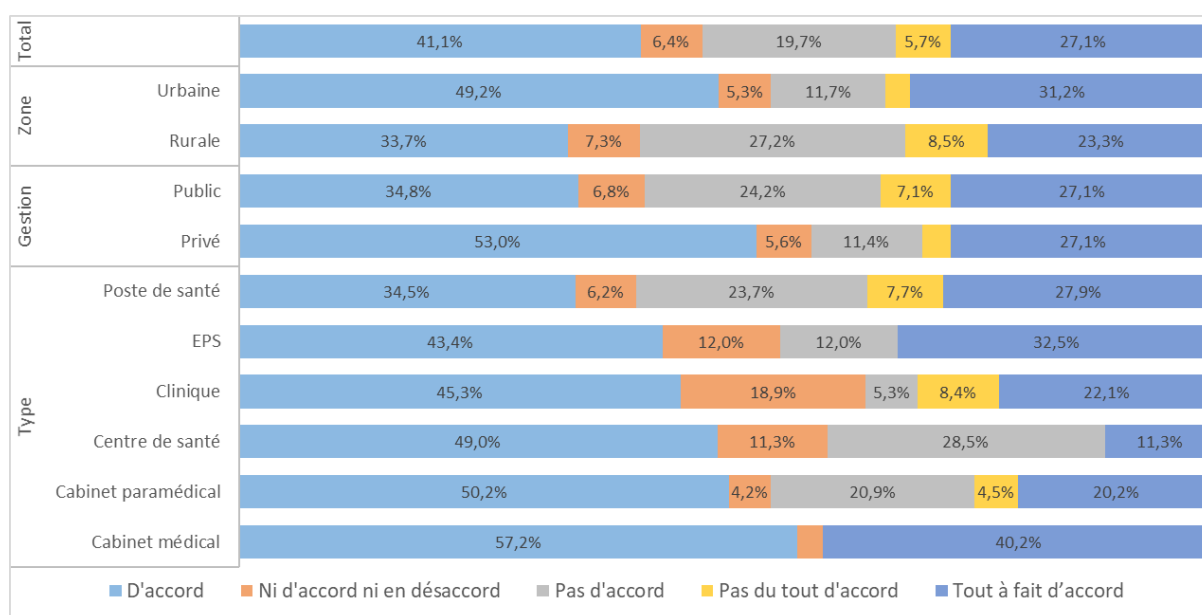


Figure 52 : Défi du leadership et de la coordination pour les structures

Au niveau national, le défi du leadership et de la coordination pour les structures sanitaires est, à 41,1% de réponses, « *d'accord* » et à 27,1% de réponses, « *tout à fait d'accord* ».

Selon la zone, les résultats de l'enquête montrent que le défi du leadership et de la coordination pour les structures, sont à 49,2% « *d'accord* » et à 31,2% « *tout à fait d'accord* » pour le milieu urbain et à 33,7% « *d'accord* » et à 23,3% « *tout à fait d'accord* » pour le milieu rural.

Concernant le mode gestion, les résultats obtenus montrent que le défi du leadership et de la coordination pour les structures est à 34,8% « *d'accord* » dans le public et à 53,0% dans le privé et à 27,1% de réponses « *tout à fait d'accord* » aussi bien pour le public que pour le privé.

Pour ce qui est des types de structures, le défi du leadership et de la coordination pour les structures, les réponses « *d'accord* » sont à 57,2% pour les cabinets médicaux, 50,2% pour les cabinets paramédicaux, 49,0% pour les centres de santé, 45,3% pour les cliniques et 43,4% pour les EPS. Les réponses « *tout à fait d'accord* » sont à 40,2% pour les cabinets médicaux, 32,5% pour les EPS, 22,1% pour les cliniques, 20,2% pour les cabinets paramédicaux et 11,3% pour les centres de santé

### 3.1.7.10. Limitation de la capacité à fournir des services et défis du leadership/de la coordination

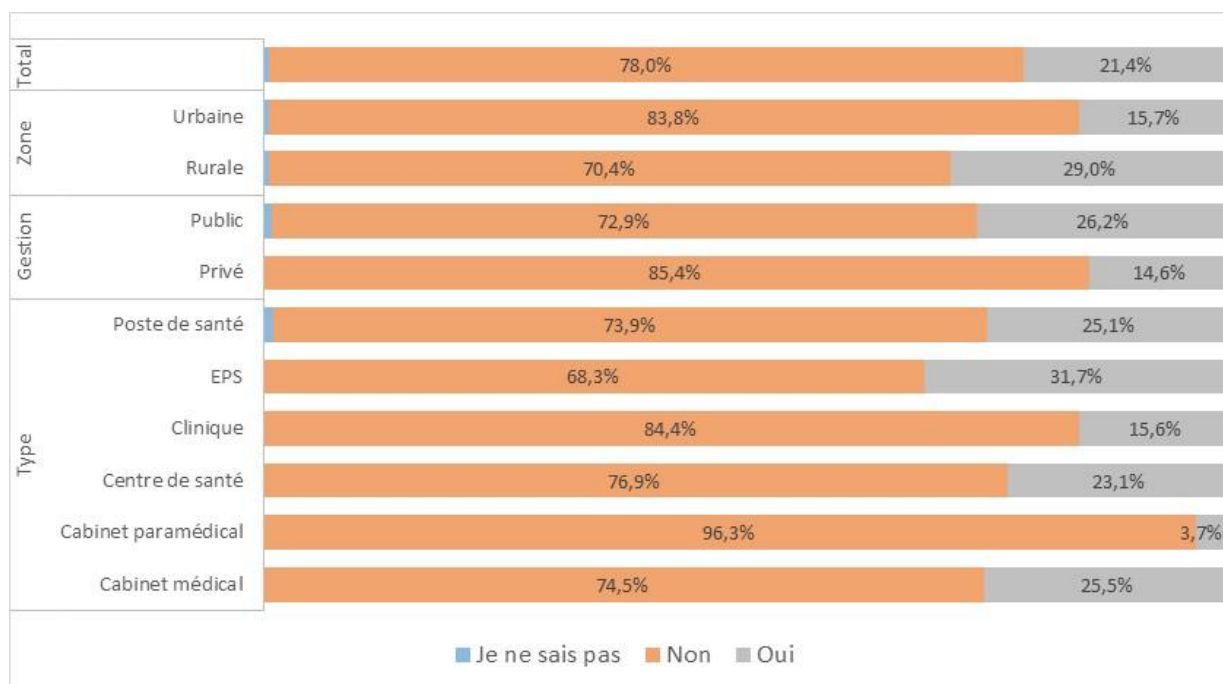


Figure 53 : Limitation de la capacité des structures à fournir des services de santé et défis du leadership et de la coordination

La grande majorité des répondants (78,0%) déclare que les défis liés au leadership et à la coordination n'ont pas limité la capacité des structures à fournir des services de santé.

Selon le milieu de résidence, 83,8% des répondants en zone urbaine, estiment que les défis liés au leadership et à la coordination n'ont pas limité la capacité des structures à fournir des services de santé.

Par rapport au mode de gestion, 85,4% des répondants du privé affirment que les défis liés au leadership et à la coordination n'ont pas limité la capacité des structures à fournir des services de santé contre 72,9 % du public.

Selon le type de structures, 96,3% des répondants des cabinets paramédicaux du privé affirment que les défis liés au leadership et à la coordination n'ont pas limité la capacité des structures à fournir des services de santé contre 76,9% des centres de santé du public.

### 3.1.8. Processus d'amélioration de la qualité des soins

A ce niveau, sont analysées des questions relatives à la qualité des soins offerts par les formations sanitaires. Il s'agit d'activités réalisées pour améliorer la qualité des soins, l'existence de point focal chargé de l'amélioration de la qualité des soins, de l'exploitation régulière des données des structures pour la prise de décisions, la réalisation d'audits des décès de femmes et de nouveau-nés et les défis.

Une large majorité (87,4%) des structures a mené des activités pour améliorer la qualité des soins, avec une prévalence plus forte en milieu rural (90,9%) et dans le public (93,3%). Cependant, seuls 32,5% disposent d'un point focal qualité et 28,8% d'un comité qualité.

L'exploitation des données pour la prise de décision est élevée (88,5%), notamment dans les EPS et centres de santé (100%). Les audits restent limités : 33,2% pour les décès maternels, 36,2% pour les décès néonataux et 37,3% pour les mortinaissances, avec une couverture plus importante en zone rurale qu'urbaine.

L'amélioration de la qualité est considérée comme un défi par plus de 80% des répondants, mais 68,6% estiment que les insuffisances n'ont pas gravement limité l'offre des services.

Les structures privées apparaissent moins investies dans le suivi et les audits.

#### 3.1.8.1. Activités menées par les structures pour améliorer la qualité des soins

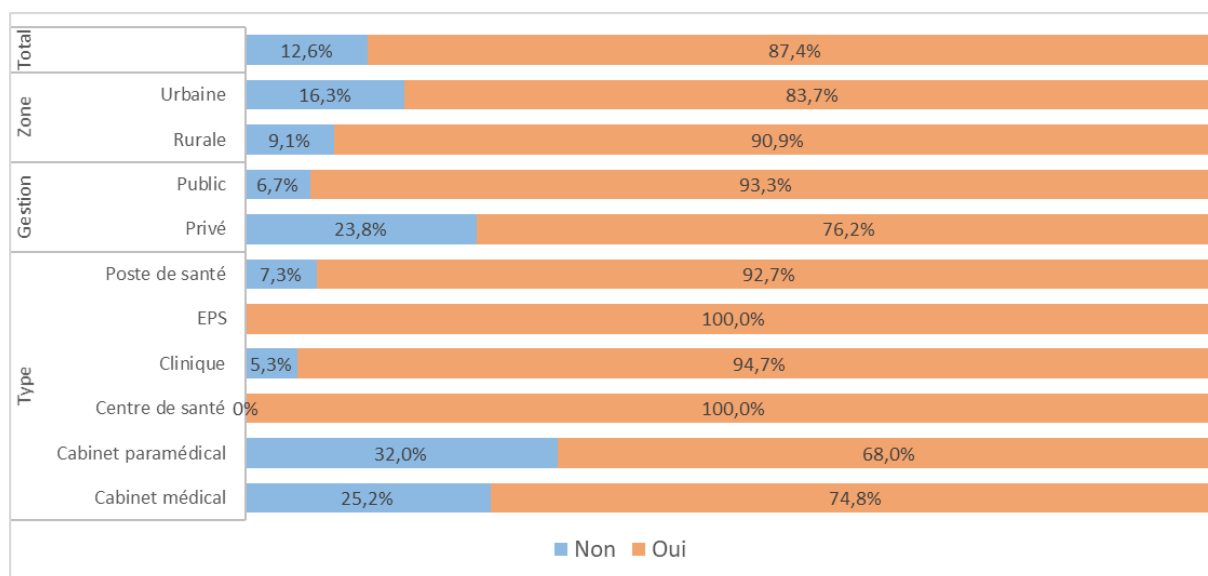


Figure 54 : Activités menées par les structures pour améliorer la qualité des soins

Au niveau national, 87,4% des structures sanitaires déclarent avoir mené des activités pour l'amélioration de la qualité des soins contre 12,6%. L'analyse selon le milieu de résidence montre qu'il y a plus d'activités d'amélioration de la qualité des soins en milieu rural (90,9%) qu'en milieu urbain (83,7%).

Concernant le mode de gestion, les structures sanitaires du public ont mené plus d'activités d'amélioration de la qualité des soins (93,3%) que celles du privé (76,2%). Pour les types de structures, les EPS et les centres de santé ont mené plus d'activités dans ce domaine (100% chacun).

### 3.1.8.2. Point focal et comité chargés de l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité

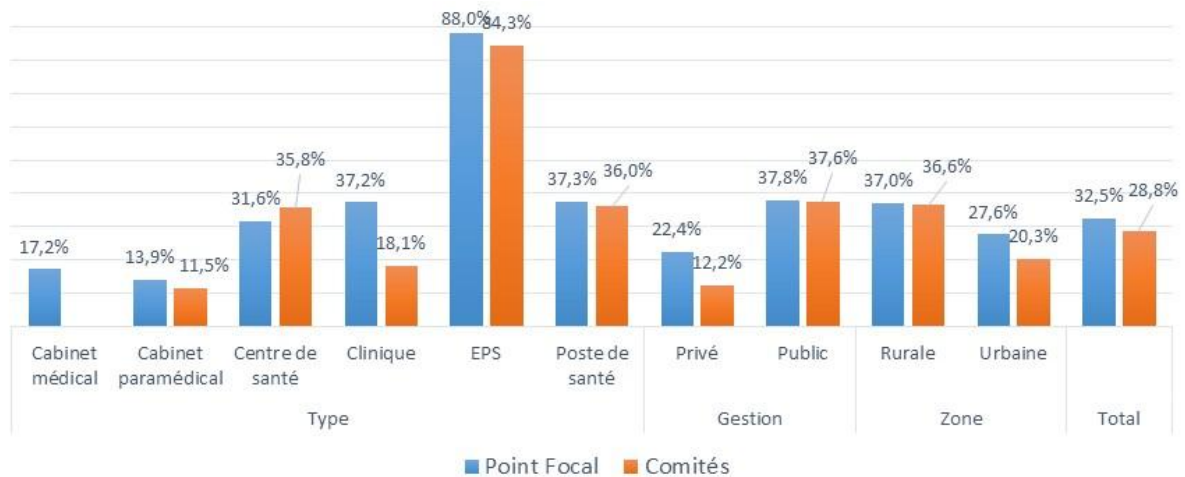


Figure 55 : Disponibilité de point focal et comité chargés de l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients/usagers

Au niveau national, 32,5% des structures enquêtées disposent de points focaux chargés de l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients et 28,8% d'entre elles disposent d'un comité

L'analyse selon le milieu de résidence montre que les structures enquêtées en milieu rural disposent de plus de points focaux (37%) et de comités (36,6%) que le milieu urbain avec respectivement 27,6% et 20,3%.

Pour le mode de gestion, les structures du public disposent de plus de points focaux (37,8%) et de comités (37,6%) contre 22,4% et 12,2% respectivement pour le privé. Concernant le type de structures, les EPS disposent de plus de points focaux (88,0%) et de comités (84,3%).

### 3.1.8.3. Réunions du comité chargé de l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité

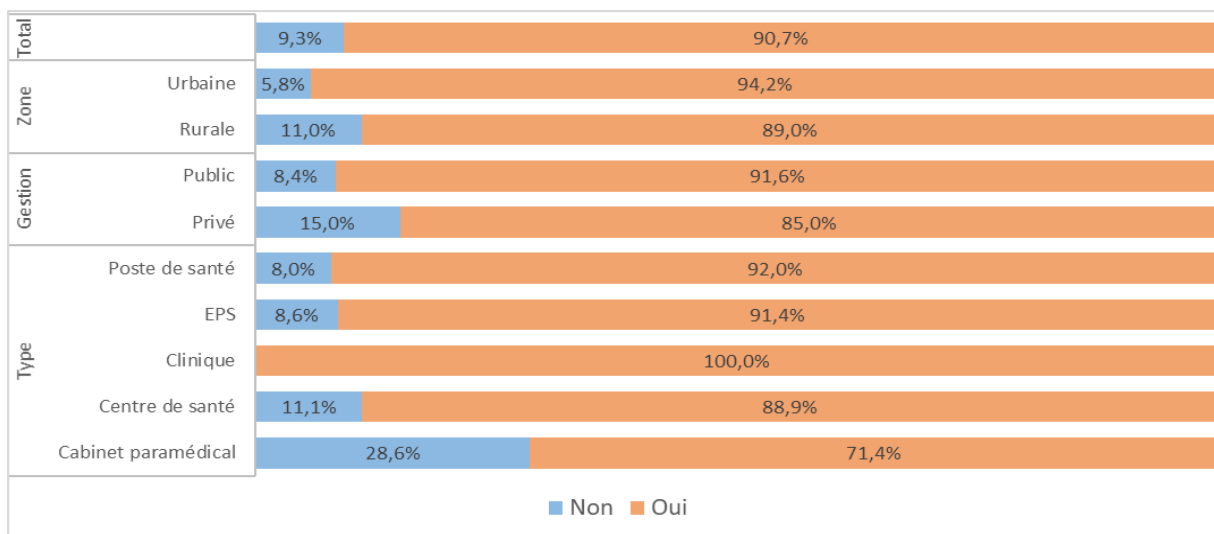


Figure 56 : Tenue de réunions du comité chargé de l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des usagers au cours des 3 derniers mois

Selon le milieu de résidence, les structures en zone urbaine qui disposent de comités tiennent plus de réunions pour l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des usagers (94,2%) que celles des structures en zone rurale (89,0%).

Pour le mode de gestion, les structures du public qui disposent de comités tiennent plus de réunions pour l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des usagers (91,6%) que celles des structures du privé (85,0%).

Concernant le type de structure disposant de comité, les cliniques tiennent plus de réunions (100%) que les postes de santé (92,0%), les EPS (91,4%), les centres de santé (88,9%) et les cabinets paramédicaux (71,4%).

#### 3.1.8.4. Exploitation des données pour la prise de décisions sur les services fournis par les structures

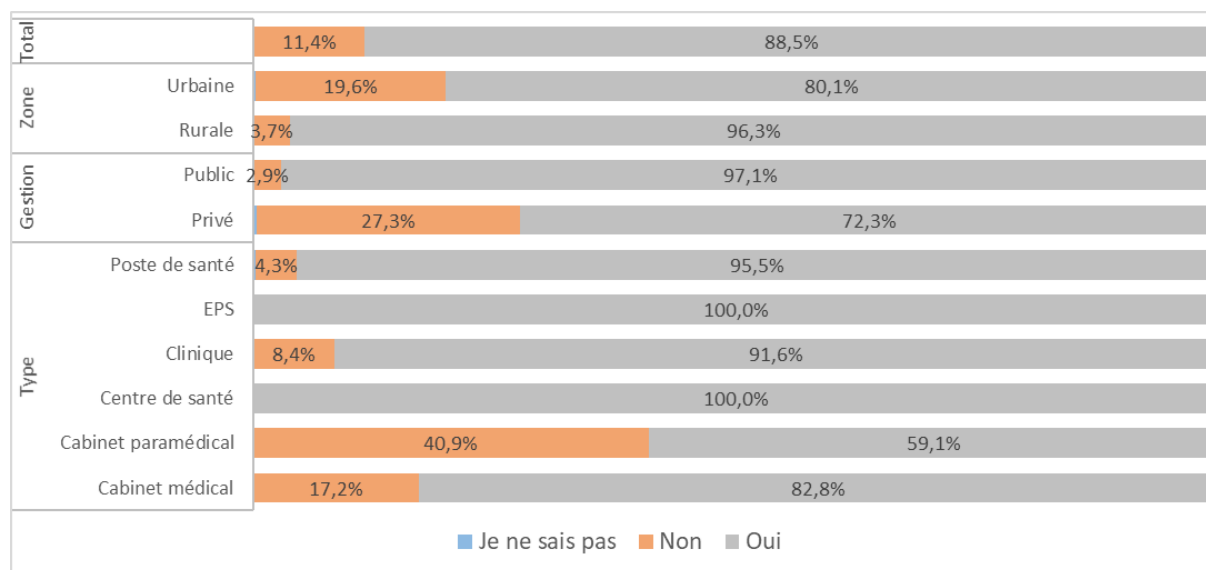


Figure 57 : Exploitation des données pour la prise de décisions sur les services fournis par les structures

Au niveau national, parmi les structures enquêtées, 88,5% d'entre-elles déclarent exploiter leurs données pour la prise de décision sur les services fournis par leur structure.

Selon le milieu de résidence, les structures en zone rural exploitent beaucoup plus leurs données pour la prise de décision sur les services fournis par leurs structures (96,3%) que celles en zone urbaine (80,1%).

Concernant le mode de gestion, les structures du public exploitent beaucoup plus leurs données pour la prise de décision sur les services fournis par leurs structures (97,1%) que celles du privé (72,3%).

Les EPS et les CS déclarent exploiter beaucoup plus leurs données que les autres types de structures (100% chacun).

### 3.1.8.5. Audits des décès des femmes qui meurent dans les 6 semaines suivant leur accouchement

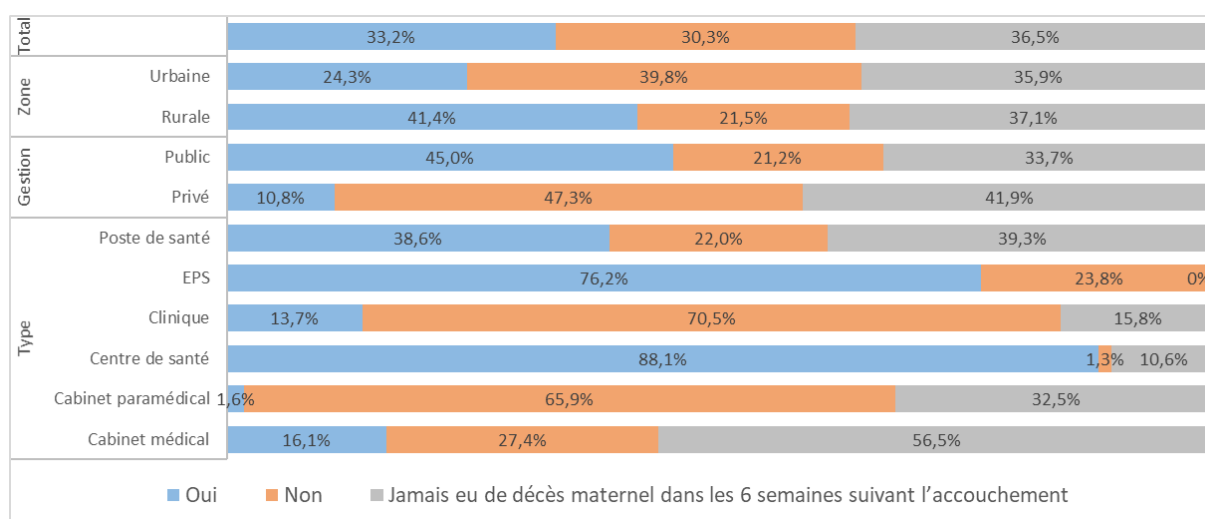


Figure 58 : Audits des décès des femmes qui meurent dans les 6 semaines suivant leur accouchement

Au niveau national, 36,5% des structures déclarent n'avoir jamais enregistré de décès de femmes dans les six semaines suivant leur accouchement. Parmi les structures ayant enregistré des décès de femmes dans les 6 semaines suivant leur accouchement, seules 33,2% d'entre-elles réalisent des audits.

Selon le milieu de résidence, les structures en zone rurale déclarent avoir effectué plus d'audits de décès de femmes dans les 6 semaines suivant leur accouchement (41,4%) que celles en zone urbaine (24,3%).

Concernant le mode de gestion, les structures du public déclarent avoir effectué plus d'audits de décès de femmes dans les 6 semaines suivant leur accouchement (45,0%) que celles du privé (10,8%).

Les centres de santé déclarent avoir effectué plus d'audits de décès de femmes dans les 6 semaines suivant leur accouchement (88,1%) que les autres types de structures.

### 3.1.8.6. Audits des décès des nouveau-nés qui meurent dans les 7 jours suivant leur naissance

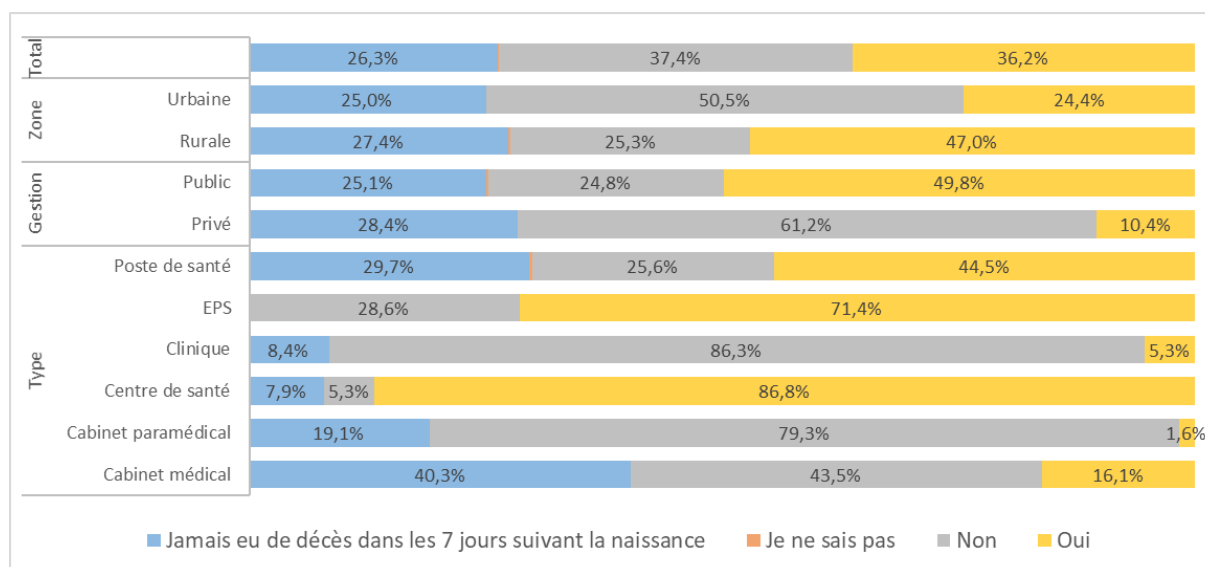


Figure 59 : Audits des décès des nouveau-nés qui meurent dans les 7 jours suivant leur naissance

Les résultats révèlent que plus d'un quart des structures (26,3 %) n'ont jamais enregistré de décès néonatal au niveau national. Toutefois, parmi celles qui rapportent des décès de nouveau-nés, la pratique d'audit reste limitée. En effet, seulement 36,2% procèdent à l'audit de ces décès, tandis que 37,4 % ne le réalisent pas. Les données montrent également que la proportion de structures réalisant un audit est nettement plus élevée en zone rurale (47 %) qu'en zone urbaine (24,4 %).

Selon le mode de gestion, les structures du public réalisent plus d'audits (49,8 %) que celles du privé (10,4 %).

Selon le type de structure, ce sont les centres de santé qui mènent le plus d'audits de décès de nouveau-nés (86,8 %) dans le public, tandis que dans le privé, ce sont les cabinets médicaux qui réalisent le plus d'audits (16,1 %).

### 3.1.8.7. Audits des mortinaissances qui surviennent dans les structures

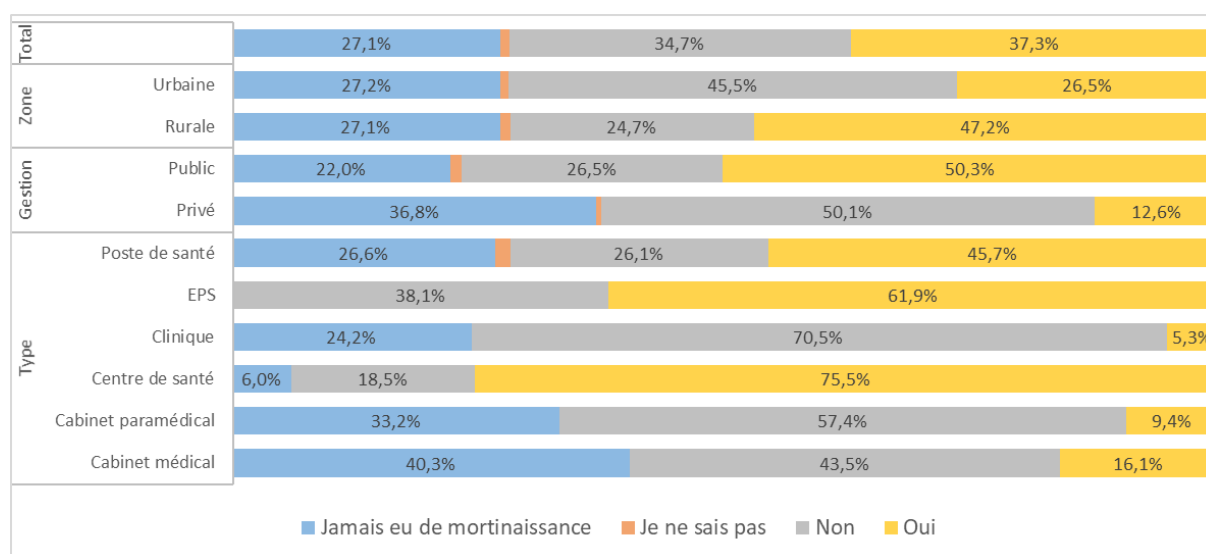


Figure 60 : Audits des mortinaissances qui surviennent dans les structures

Au niveau national, 27,1% des structures enquêtées ont déclaré n'avoir jamais enregistré de mortinaissances. Cependant, 37,3% parmi celles qui en ont enregistré, ont réalisé des audits.

Selon le milieu de résidence, 27,4% des structures enquêtées en zone rurale n'ont jamais enregistré de mortinaissances. Toutefois, 47,0% parmi celles qui en ont enregistré ont réalisé des audits.

Concernant le mode de gestion les structures du public réalisent plus d'audits (49,8 %) que celles du privé (10,8 %).

Selon le type de structure, ce sont les centres de santé qui mènent le plus d'audits mortinaissances (75,5 %) dans le public, tandis que dans le privé, ce sont les cabinets médicaux qui réalisent le plus d'audits (16,1 %).

### 3.1.8.8. Défi de l'amélioration de la qualité des soins pour les structures

Au niveau national, les structures enquêtées ont déclaré être « d'accord » (47,5%) et « tout à fait d'accord » (34,9%), que l'amélioration de la qualité des soins est un défi.

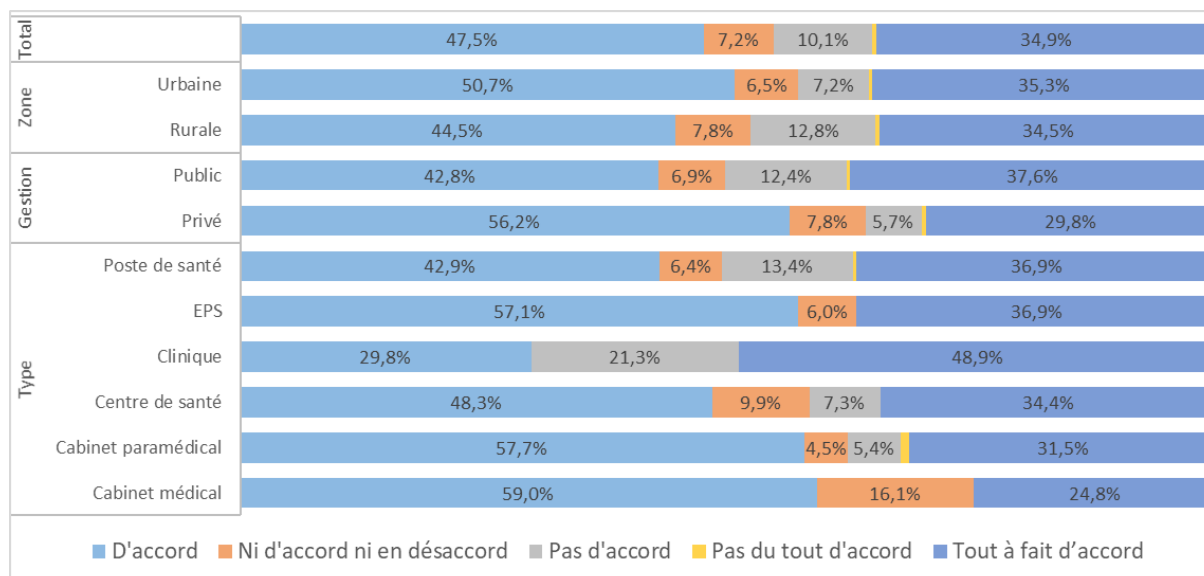


Figure 61 : Défi de l'amélioration de la qualité des soins pour les structures

Par contre, une infime partie affirme n'être pas « d'accord » (10,1%) et « pas du tout d'accord » (0,4%).

Selon le milieu de résidence, 50,7% des structures enquêtées en zone urbaine et 44,5% en zone rurale sont d'accord que l'amélioration de la qualité des soins constitue un défi au niveau de leurs structures. Cependant, 12,8% en milieu rural et 7,8% en milieu urbain ne sont pas d'accord que l'amélioration de la qualité des soins soit un défi au niveau de leurs structures.

Concernant le mode de gestion, les structures du privé (56,2%) et celles du public (42,8%) affirment être en phase pour l'amélioration de la qualité des soins de leurs structures. Par contre, le public avec 12,4% et le privé 5,7% ne sont pas d'accord pour l'amélioration de la qualité des soins de leurs structures.

Selon le type de structure, les EPS (57,1%) pour le public et les cabinets paramédicaux (59,0%) pour le privé sont d'accord que l'amélioration de la qualité des soins est un défi au niveau de leurs structures. Cependant, les PS (13,4%) et les cliniques (21,3%) ne sont pas d'accord que l'amélioration de la qualité des soins soit un défi au niveau de leurs structures.

#### 3.1.8.9. Impacts des insuffisances de la qualité des soins sur la capacité à fournir des services

Au niveau national, 68,6% des structures sanitaires n'ont pas été impactées par les insuffisances de la qualité des soins sur la capacité des structures à fournir des services de santé. Par contre, 31,1% des structures sanitaires ont déclaré être impacté par les insuffisances de la qualité des soins sur la capacité des structures à fournir des services de santé.

Selon le milieu de résidence, 70,3% en zone urbaine contre 66,9% en zone rurale, n'ont pas été impacté par les insuffisances de la qualité des soins sur la capacité des structures à fournir des services de santé.

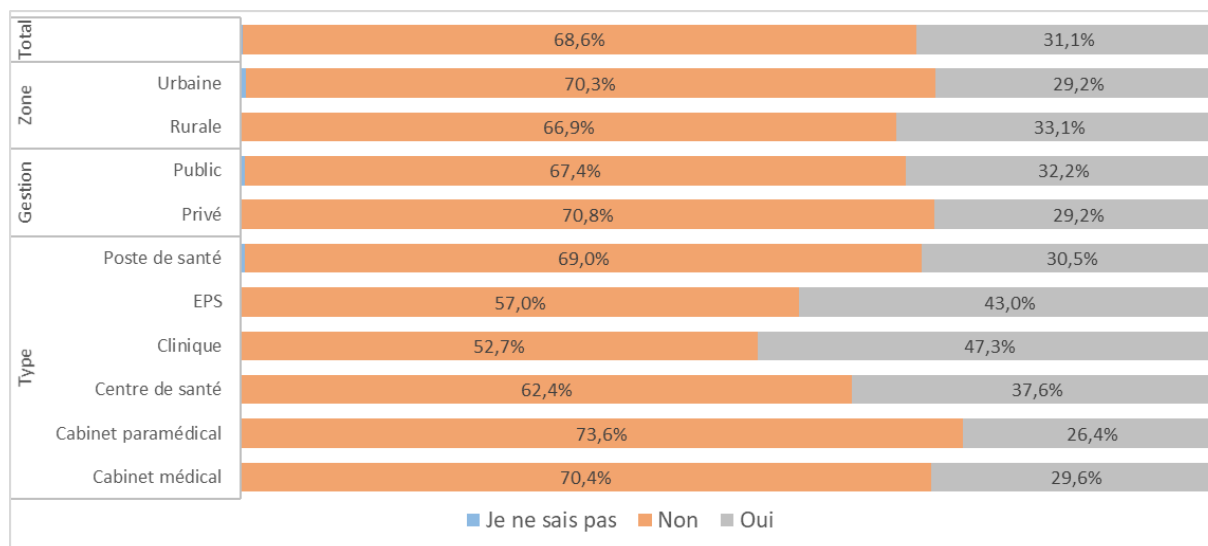


Figure 62 : Impacts des insuffisances de la qualité des soins sur la capacité des structures à fournir des services de santé

Concernant le mode de gestion, 67,4% des structures du public sont moins impactées par les insuffisances de la qualité des soins sur la capacité des structures à fournir des services de santé contre 70,8% des structures du privé.

S'agissant du type de structure, les cabinets paramédicaux (73,6%), les cabinets médicaux (70,4%), les postes de santé (69,0%), les centres de santé (62,4%), les EPS (57,0%) et les cliniques (52,7%) déclarent être les moins impactés par les insuffisances de la qualité des soins sur la capacité des structures à fournir des services de santé.

### 3.2. CAPACITES DE REPONSE DES STRUCTURES SANITAIRES A L'ECHELLE REGIONALE

L'analyse concerne le niveau régional et se concentre sur la disponibilité et la qualité des services de santé offerts dans les structures et le processus d'amélioration de la qualité des soins.

#### 3.2.1. Services de santé disponibles dans la structure

Dans cette sous partie sont analysées, au niveau régional, les difficultés ayant affecté les capacités des structures à fournir des services de santé et, leurs descriptions dans les trois mois ayant précédé l'enquête.

Les difficultés d'accès aux services de santé diffèrent selon les régions mais présentent des constantes. Les pénuries de ressources humaines sont particulièrement marquées à Tambacounda (80,7%), Matam (78,3%), Fatick (78%) et Saint-Louis (75,3%). Les ruptures de fournitures et équipements touchent Louga (67,3%), Tambacounda (66,9%) et Thiès (66,7%). Le transport des patients reste problématique à Tambacounda (72,4%) et Kédougou (70,4%), tandis que l'état défectueux des infrastructures affecte Fatick (77,4%) et Kédougou (74,1%). En matière de qualité des soins, 32% des structures de Tambacounda et 28,1% de Thiès rapportent des insuffisances. Ces contraintes, aggravées par l'enclavement géographique et les ruptures d'intrants, entraînent une baisse de fréquentation, des interruptions de soins et une perte de confiance des usagers.

##### 3.2.1.1. Domaines dans lesquels les structures ont rencontré des difficultés

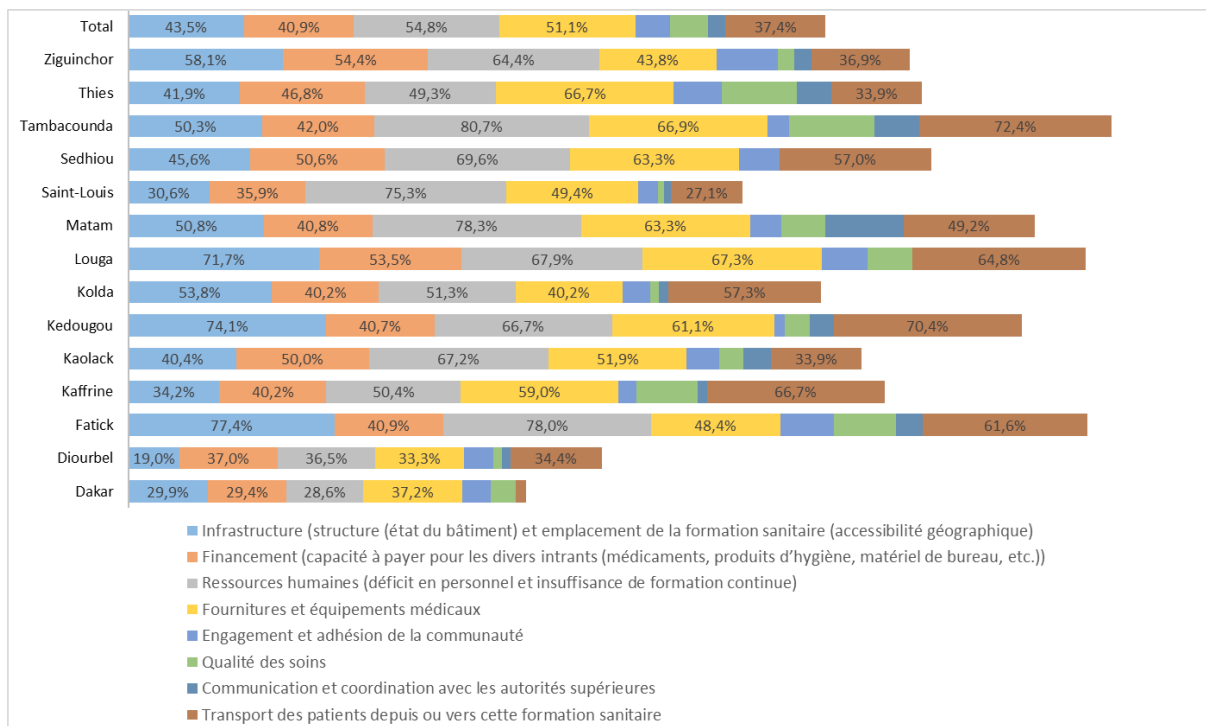


Figure 63 Domaines dans lesquels les structures ont rencontré des difficultés au cours des 3 derniers mois

Au niveau régional, les difficultés liées à la disponibilité des ressources humaines sont plus marquées dans les régions de Tambacounda (80,7%), Matam (78,3%), Fatick (78%) et Saint Louis (75,3%).

Quant à la disponibilité de fournitures et d'équipements médicaux, le problème persiste plus dans les régions de Louga (67,3%), Tambacounda (66,9%), Thiès (66,7%), Matam (63,3%) et Sédhiou (63,3%).

Le transport des patients vers les formations sanitaires pose problème avec acuité dans les régions de Tambacounda (72,4%), Kédougou (70,4%), Kaffrine (66,7%), Louga (64,8%) et Fatick (61,6%). En plus, l'état défectueux des infrastructures et les problèmes d'accessibilité géographique sont plus prégnants dans les structures des régions de Fatick (77,4%), Kédougou (74,1%), Louga (71,7%) et Ziguinchor (58,1%).

Concernant la qualité des soins, c'est encore une difficulté pour 32% des structures de la région de Tambacounda, 28,1% pour Thiès, 23,3% et 23,1% respectivement à Fatick et Kaffrine.

S'agissant de l'engagement et de l'adhésion de la communauté à l'effort de santé, les difficultés sont plus marquées au niveau des régions de Ziguinchor (23,1%), Fatick (20,1%) et Thiès (18,2%). Pour ce qui est de la communication et coordination avec les autorités supérieures, les difficultés sont plus accentuées dans les structures des régions de Matam (29,2%), Tambacounda (16,6%) et Thiès (12,9%).

#### 3.2.1.2. Description des difficultés ayant affecté les capacités à fournir des services de santé

L'analyse des principales difficultés rencontrées par les structures de santé fait ressortir des problèmes communs aux régions qui ont un effet cumulatif sur l'accès, la continuité et la qualité des services SRMNEA-N.

##### ↳ *Accessibilité et contraintes géographiques*

Les routes dégradées, les pistes impraticables en saison des pluies, les travaux de voirie dans les centres urbains perturbent la circulation des personnes. A cela s'ajoutent l'enclavement des zones rurales et frontalières et la rareté des moyens d'évacuation (ambulances indisponibles ou en panne).

Cela a pour principaux effets des retards/annulations des références et contre-références, une baisse de fréquentation des services, des interruptions de gardes et des difficultés à maintenir la continuité des soins particulièrement dans les régions de Ziguinchor, Dakar et Fatick.

##### ↳ *Ruptures d'approvisionnement en médicaments et consommables*

Ces difficultés sont beaucoup plus ressenties dans les régions de Ziguinchor, Dakar et Diourbel où les fréquentes ruptures d'intrants essentiels (vaccins, kits SRMNEA-N, consommables de base) conjuguées à la fragilité de la chaîne logistique, aux capacités limitées de stockage et d'anticipation et à la dépendance à des approvisionnements centraux irréguliers, sont à l'origine de reports d'actes, de l'impossibilité de respecter les protocoles et normes conduisant à une baisse de la qualité technique des prestations, et une perte de confiance des usagers.

##### ↳ *Vétusté des infrastructures et insuffisance d'équipements essentiels*

La présence de bâtiments dégradés, de salles de tri/consultation/soins inadaptées, ainsi que le manque d'eau et l'absence de dispositif d'alimentation électrique de secours dans certaines zones, principalement dans les régions de Dakar, Saint-Louis et Kaolack, impactent significativement sur les prestations.

A cela s'ajoutent les insuffisances en équipements essentiels souvent hors service ou non maintenus correctement (froid vaccinal, aspirateurs, appareils de suivi materno-néonatal), comme c'est le cas dans de nombreuses structures des régions de Ziguinchor, Dakar et Diourbel. Cela a pour effets l'accroissement du risque de survenue d'événements indésirables, la limitation des prestations (tels que les accouchements et la prise en charge des urgences) et une dégradation de l'expérience des usagers.

→ *Insuffisance de ressources humaines*

La pénurie de personnel qualifié (sages-femmes, infirmiers, techniciens supérieurs de santé) est souvent à l'origine d'une surcharge des équipes, d'un turn-over et d'un taux d'absentéisme assez élevé particulièrement dans les régions de Dakar, Kaolack et Diourbel.

A cela s'ajoutent la rareté des opportunités de formation continue et de supervisions techniques irrégulières et les inégalités de répartition du personnel entre les zones urbaines et rurales.

Ces facteurs ci-dessus ont pour conséquences des files d'attente longues, des horaires de travail réduits, la non-conformité aux protocoles de prise en charge, une baisse de la qualité des prestations et la fermeture ponctuelle de certains services.

→ *Contraintes financières et de gestion*

Les allocations budgétaires restreintes et imprévisibles au niveau périphérique coexistent avec acuité aux côtés des problèmes de recouvrement et de gestion comptable dans les régions de Dakar, Diourbel et Kaolack. Cela laisse une faible marge de manœuvre pour la maintenance, l'achat d'intrants d'appoint et les activités d'atteinte des cibles communautaires.

Ce type de contraintes est à l'origine d'une dépendance aux dotations, de délais de réparation prolongés pour les équipements et de difficultés à maintenir une continuité de l'offre de services.

### 3.2.2. Disponibilité et qualité des services de soutien dans les structures

L'analyse faite du niveau régional ici, s'intéresse aux aspects en rapport à la disponibilité et à la qualité des services de soutien dans les structures sanitaires.

La disponibilité en eau est globalement bonne dans certaines régions, comme Kolda (86,3%), Louga (84,9%) et Dakar (84,2%), mais très faible à Sédhiou (30,4%) et Kaffrine (53,8%). L'électricité est instable : à Tambacounda, 13,8% des structures n'y ont jamais eu accès la semaine précédant l'enquête, tandis qu'à Kaolack 32,6% subissent des coupures prolongées. Dakar (89,3%) et Saint-Louis (84,6%) affichent une disponibilité quasi permanente, bien au-dessus de la moyenne nationale (63,8%).

Le réseau téléphonique est très disponible à Tambacounda (90,6%) et Diourbel (89,9%), mais absent dans près de la moitié des structures de Sédhiou (50,6%) et Fatick (49,1%). L'accès à internet est satisfaisant à Diourbel (93,7%) et Tambacounda (91,7%), mais reste faible à Fatick (33,3%) et Sédhiou (45,6%). Ces disparités renforcent les inégalités d'accès et de continuité des services.

#### 3.2.2.1. Disponibilité de l'eau dans les structures au cours des 7 derniers jours

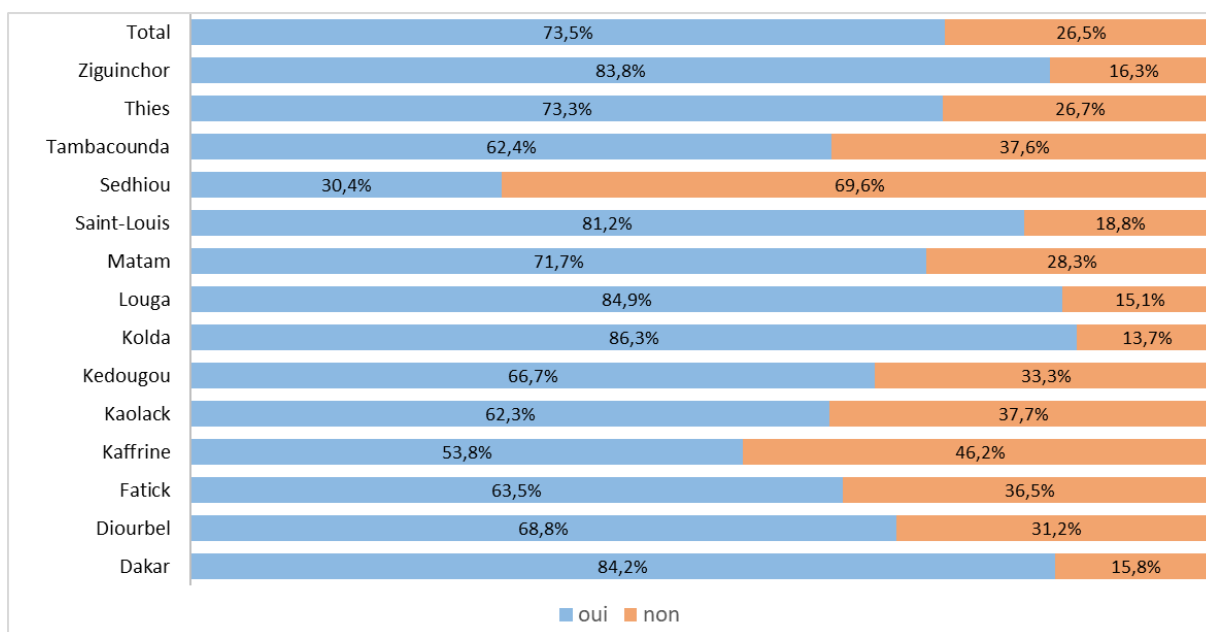


Figure 64 : Disponibilité de l'eau dans les structures au cours des 7 derniers jours, au niveau régional

Au niveau régional, la disponibilité de l'eau reste importante au cours des 7 derniers jours dans la majorité des structures des régions de Kolda (86,3%), Louga (84,9%), Dakar (84,2%), Ziguinchor (83,8%), Saint Louis (81,2%), Thiès (73,3%), et Matam (71,7%). Par contre, la disponibilité est moindre dans les régions de Sédhiou (30,4%), Kaffrine (53,8%) et Kaolack (62,3%).

### 3.2.2.2. Disponibilité de l'électricité dans les structures pendant les heures d'ouverture

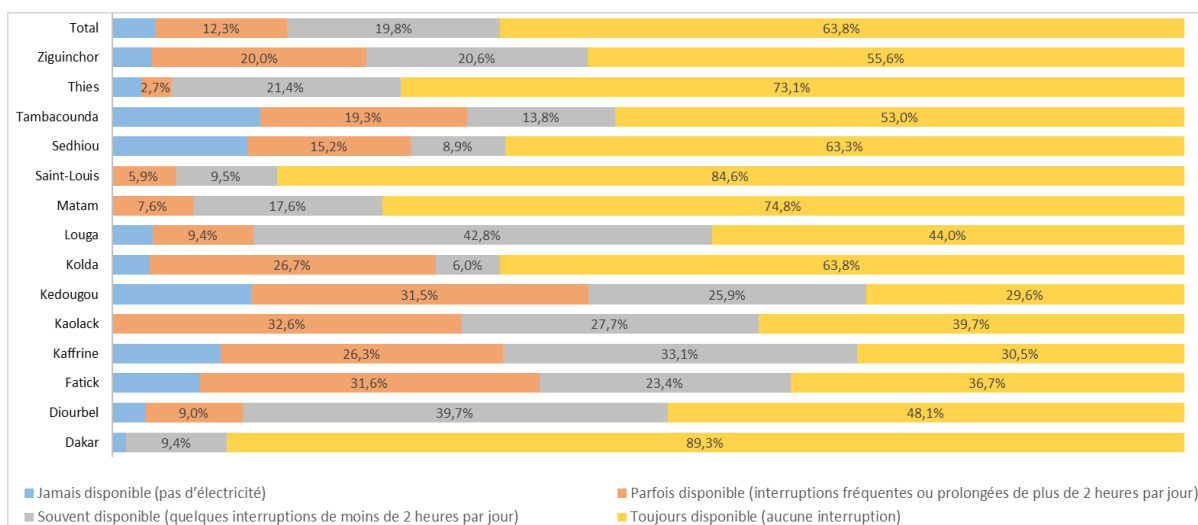


Figure 65 : Disponibilité de l'électricité dans les structures pendant les heures d'ouverture au cours des 7 derniers jours, au niveau régional

Les données révèlent que l'électricité n'était « *jamais disponible* » au cours des 7 derniers jours précédant l'enquête dans 13,8% des structures de la région de Tambacounda, 12,7% de celles de Sédhiou, 13% à Kédougou et 10,2% à Kaffrine.

Une intermittence significative de la disponibilité de l'électricité « *interruptions fréquentes ou prolongées de plus de 2 heures par jour* » est observée dans 32,6% des structures de la région de Kaolack, 31,6% à Fatick et 31,5% à Kédougou.

« *Quelques interruptions de moins de 2 heures* » sont notées dans 42,8% des structures de la région de Louga, 39,7% à Diourbel, 33,1% à Kaffrine et 27,7% à Kaolack. Ce sont les régions de Dakar (89,3% des structures) et Saint-Louis (84,6%) qu'une « *disponibilité permanente* » de l'électricité a été relevée, bien supérieure à la moyenne nationale estimée à 63,8 %.

### 3.2.2.3. Disponibilité du réseau de téléphonie dans les structures au cours des 7 derniers jours

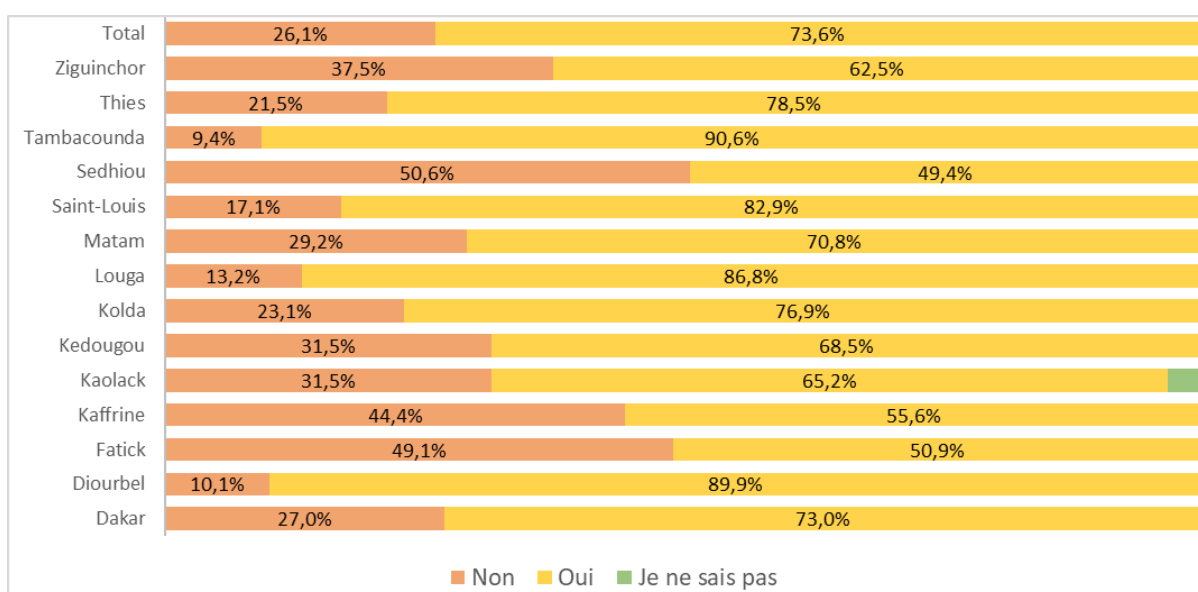


Figure 66 : Disponibilité du réseau de téléphonie dans les structures au cours des 7 derniers jours, au niveau régional

La disponibilité du réseau téléphonique est meilleure dans les régions de Tambacounda (90,6%), Diourbel (89,9%), Louga (86,8%), Saint Louis (82,9%) et Thiès (78,5%), supérieure à la moyenne nationale estimée à 73,6%.

Par contre, c'est dans les régions de Sédhiou, Fatick, Kaffrine et Ziguinchor que la non disponibilité du réseau de téléphonie est plus accentuée avec respectivement 50,6%, 49,1%, 44,4% et 37,5% des structures sanitaires sans réseau téléphonique.

#### 3.2.2.4. Disponibilité du réseau internet dans les structures au cours des 7 derniers jours

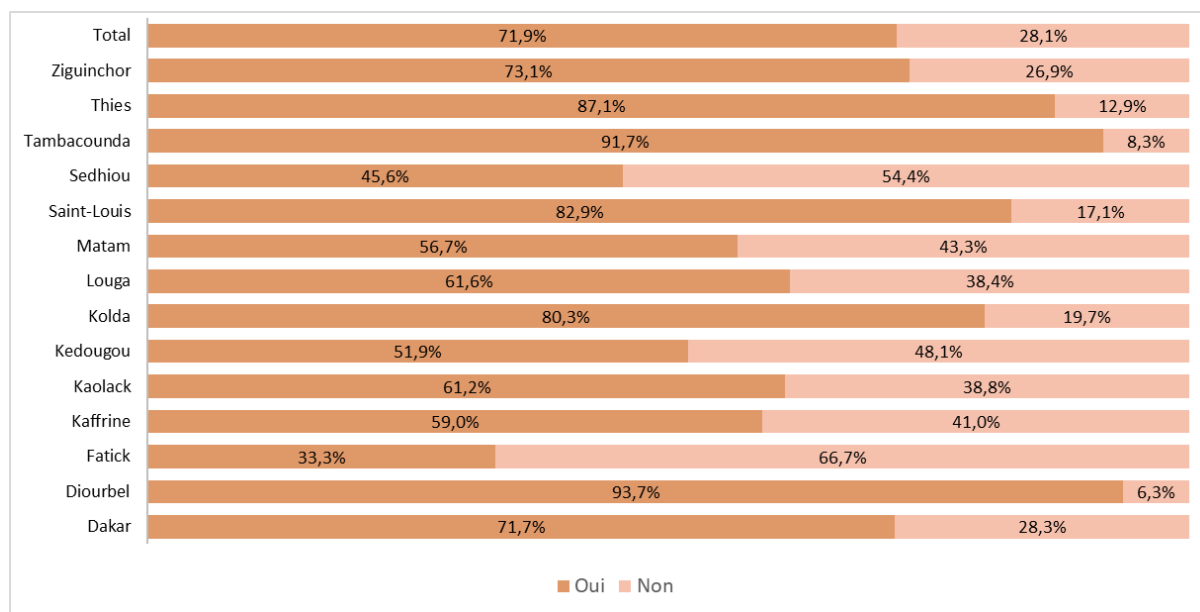


Figure 67 : Disponibilité du réseau internet dans les structures au cours des 7 derniers jours, au niveau régional

Les données révèlent une bonne couverture des structures en réseau internet, avec une bonne disponibilité dans les régions de Diourbel (93,7%), Tambacounda (91,7%), Thiès (87,1%) et Saint Louis (82,9%). Cependant, on note une disponibilité plus faible dans les régions Fatick, Sédhiou, Kédougou et Matam avec respectivement 33,3%, 45,6%, 51,9%, 56,7% des structures n'ayant pas connu d'interruption du réseau internet au cours des 7 jours précédant l'enquête.

### 3.2.3. Processus d'amélioration de la qualité des soins

Les analyses portent ici sur les questions relatives à la qualité des soins offerts par les formations sanitaires. Il s'agit d'activités réalisées pour améliorer la qualité des soins, l'existence de point focal chargé de l'amélioration de la qualité des soins, de l'exploitation régulière des données des structures pour la prise de décisions, la réalisation d'audits des décès de femmes et de nouveau-nés et les défis.

L'utilisation des données pour la prise de décision atteint 100% à Kaffrine, Matam et Saint-Louis, mais chute à 67,5% à Dakar. Concernant la mortalité maternelle, elle est particulièrement élevée à Thiès (94,7%), Matam (88,3%) et Tambacounda (83,3%).

Les audits de décès sont plus fréquents à Matam (77,5%) et Tambacounda (74,4%), mais restent faibles à Thiès (29%) et Dakar (42,3%). Les décès néonataux apparaissent élevés à Thiès (97,2%) et Matam (95,9%), avec des audits effectués surtout à Matam (85,1%) et Tambacounda (70,2%). Cependant, seuls 37,3% des structures nationales réalisent des audits de mortinaissances, avec des résultats particulièrement faibles à Sédhiou (12,7%) et Dakar (18,4%).

L'amélioration de la qualité est jugée un défi par 100% des structures à Louga et Diourbel, contre seulement 48,3% à Matam et 58% à Tambacounda. Ces écarts montrent des disparités régionales fortes dans la perception et la mise en œuvre de la qualité des soins

#### 3.2.3.1. Activités menées par les structures pour améliorer la qualité des soins

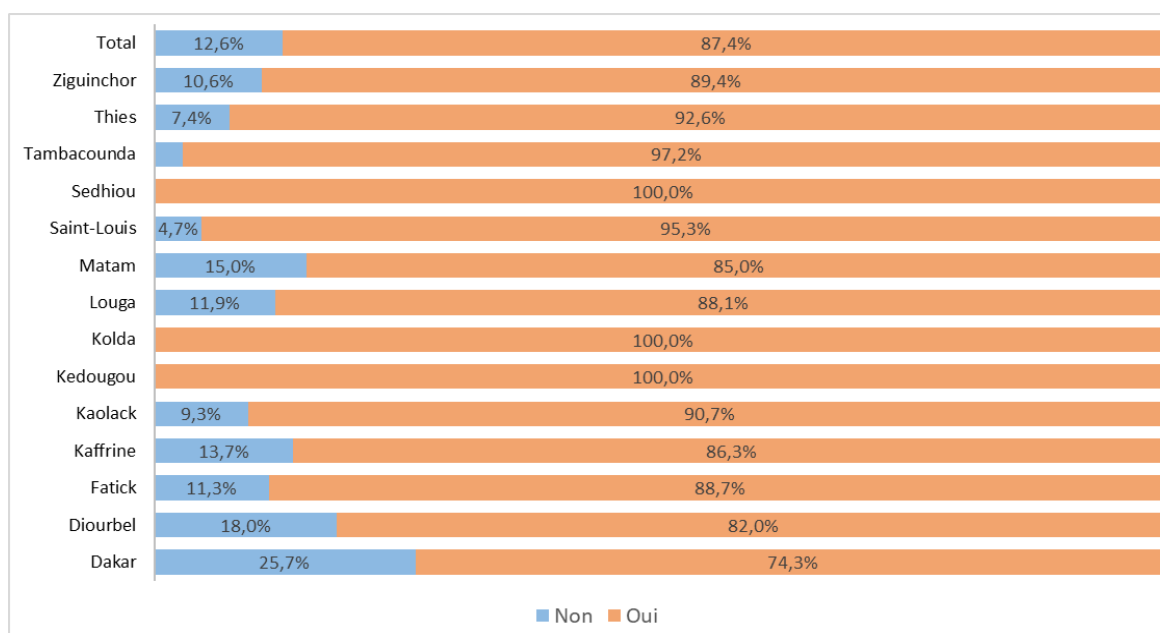


Figure 68 : Activités menées par les structures pour améliorer la qualité des soins, au niveau régional

Au niveau national, 87,4% des structures déclarent avoir mené des activités d'amélioration de la qualité des soins. Ce pourcentage atteint 100% dans les régions de Kédougou, Kolda et Sédhiou, alors que dans la région de Dakar seuls 74,3% des structures ont mené des activités d'amélioration de la qualité de soins.

### 3.2.3.2. Point focal et comité chargé de l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité

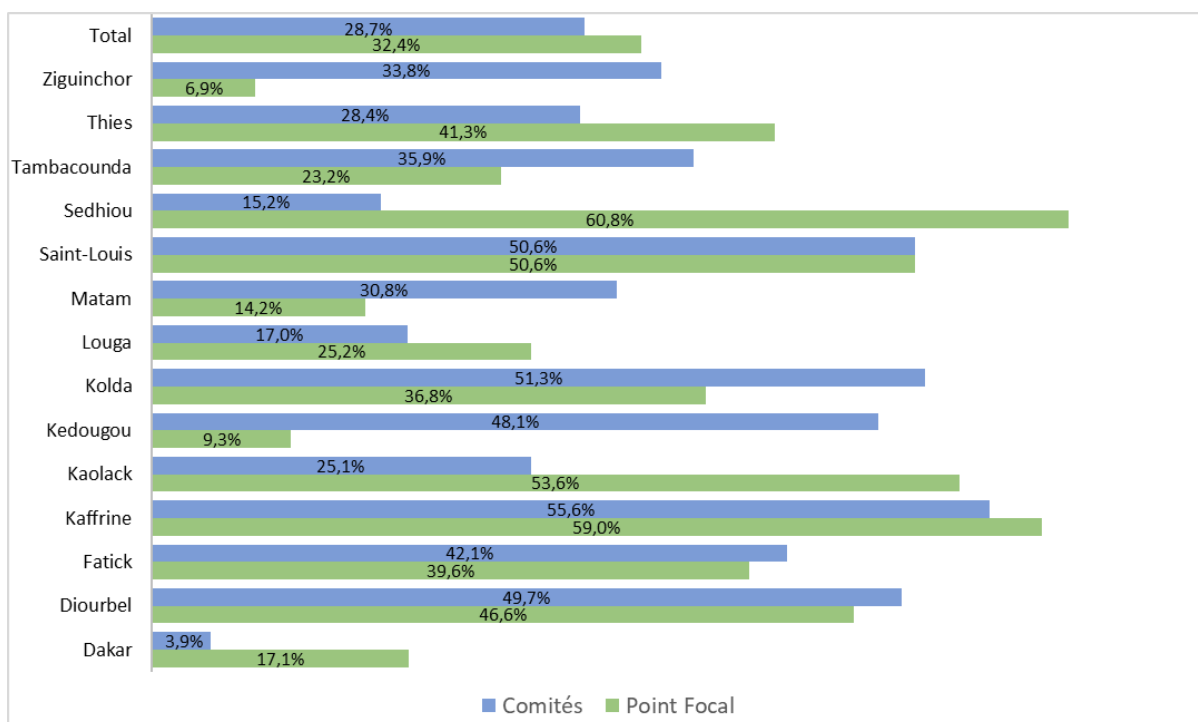


Figure 69 : Disponibilité de point focal et comité chargé de l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des usagers, au niveau régional

L'analyse a montré que c'est dans les régions de Sédhiou (60,8%), Kaffrine (59,0%), Kaolack (53,6%) que nous observons une plus grande disponibilité de point focaux comparés aux régions de Ziguinchor (6,9%), Kédougou (9,3%), Matam (14,2%) et Dakar (17,1%) où l'on retrouve une faible proportion de disponibilité.

Concernant les comites, ils sont plus fréquents dans les régions de Kaffrine (55,6%), Kolda (51,3%), Saint-Louis et Diourbel (49,7%).

### 3.2.3.3. Réunions du comité pour l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des usagers

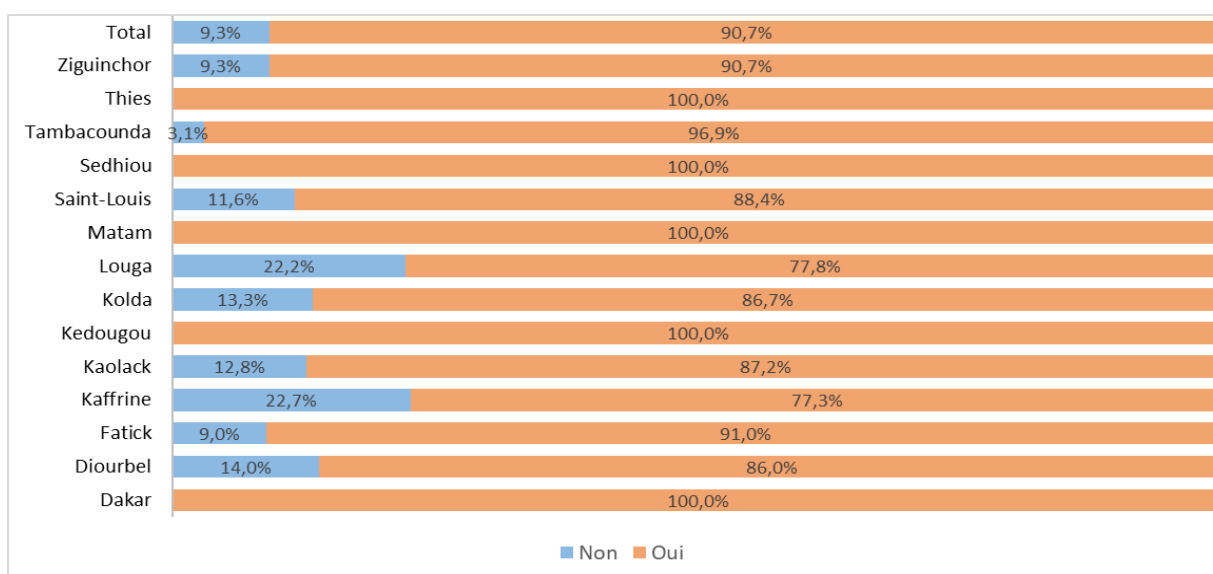


Figure 70 : Tenue de réunions du comité chargé de l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des usagers au cours des 3 derniers mois, au niveau régional

L'analyse a montré que dans les régions de Dakar, Kédougou, Matam, Sédhiou, et Thiès, toutes les structures (100%), ont tenu des réunions des comités en charge de l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des usagers au cours des 3 derniers mois ayant précédé l'enquête. Par contre, les régions de Kaffrine (22,7%), Louga (22,2%), Diourbel (14,0%) et Kolda (13,3%), ont tenu moins de réunions.

### 3.2.3.4. Exploitation des données pour la prise de décisions sur les services fournis par les structures



Figure 71 : Exploitation des données pour la prise de décisions sur les services fournis par les structures, au niveau régional

Le niveau global d'utilisation des données pour la prise de décision est de 88,6% avec des variations régionales allant de 67,5% à Dakar à 100% dans les régions de Kaffrine, Matam, Saint-Louis et Thiès. Dakar avec 67,5%, est la région où les données sont moins utilisées pour la prise de décision.

### 3.2.3.5. Audits des décès des femmes qui meurent dans les 6 semaines suivant leur accouchement

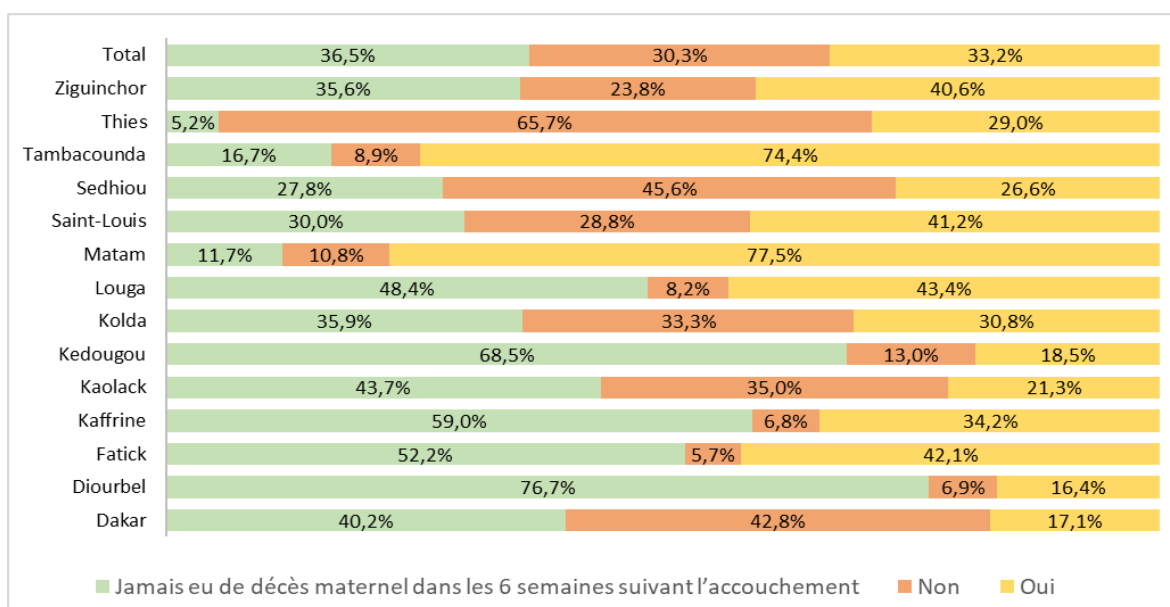


Figure 72 : Audits des décès des femmes qui meurent dans les 6 semaines suivant leur accouchement

Dans l'ensemble, 36,5% des structures ont déclaré n'avoir jamais enregistré de décès de femmes dans les 6 semaines suivant leur accouchement. L'analyse montre que c'est dans les régions de Thiès (94,7%), Matam (88,3%) et Tambacounda (83,3%) que le nombre de décès maternels est plus élevé.

Les régions de Matam (77,5%) et Tambacounda (74,4%) ont réalisé plus d'audits sur les décès enregistrés. La région de Thiès, bien qu'ayant enregistré le plus grand nombre de décès n'a réalisé un audit que dans 29% des cas. Les autres régions ayant une faible réalisation des audits sont Sédhiou (45,6%), Dakar (42,3%), Kaolack (35%) et Kolda (33,3%).

### 3.2.3.6. Audits des décès des nouveau-nés qui meurent dans les 7 jours suivant leur naissance

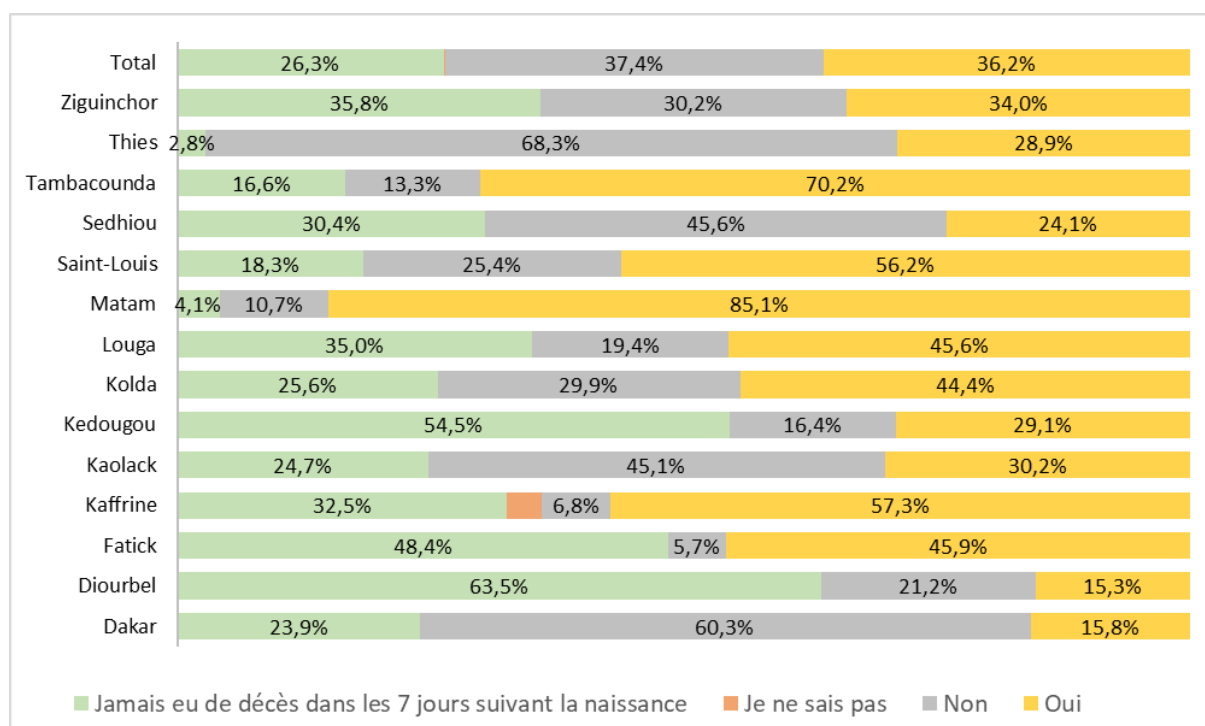


Figure 73 : Audits des décès des nouveau-nés qui meurent dans les 7 jours suivant leur naissance, au niveau régional

Au niveau national, 26,3% des structures n'ont pas enregistré de décès de nouveau-nés les 7 jours suivant leur naissance. Le nombre de décès enregistrés apparaît plus élevé dans les structures de santé des régions de Thiès 97,2%, Matam 95,9%, Tambacounda 16,6% et Saint-Louis 81,7%.

Concernant les audits, les données montrent une plus grande fréquence dans les régions de Matam 85,1%, Tambacounda 70,2%, Kaffrine 57,3% et Saint-Louis 56,2%. Par contre, Dakar, Diourbel, Thiès et Sédhiou sont à la traîne avec des proportions de 15,8%, 15,3%, 24,1% et 28,9% respectivement.

### 3.2.3.7. Audits des mortinaissances qui surviennent dans les structures

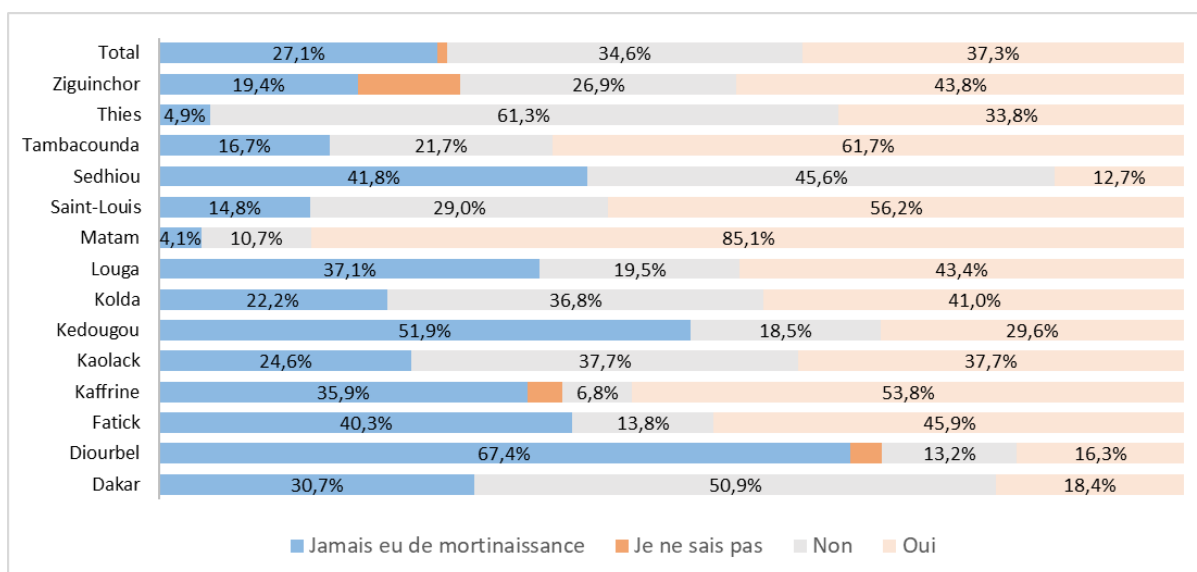


Figure 74 : Audits des mortinaissances qui surviennent dans les structures, au niveau régional

Dans l'ensemble, seules 37,3% des structures de santé au niveau national, réalisent un d'audit des mortinaissances. Les meilleures performances sont obtenues dans les structures des régions de Matam (85,1%), Tambacounda 61,7%, Kaffrine 53,8% et Saint-Louis 56,2%. Tandis que les régions de Sédhiou 12,7%, Diourbel 16,3% et Dakar (18,4%), ont enregistré les plus faibles pourcentages d'audits de mortinaissances.

### 3.2.3.8. Défi de l'amélioration de la qualité des soins pour les structures

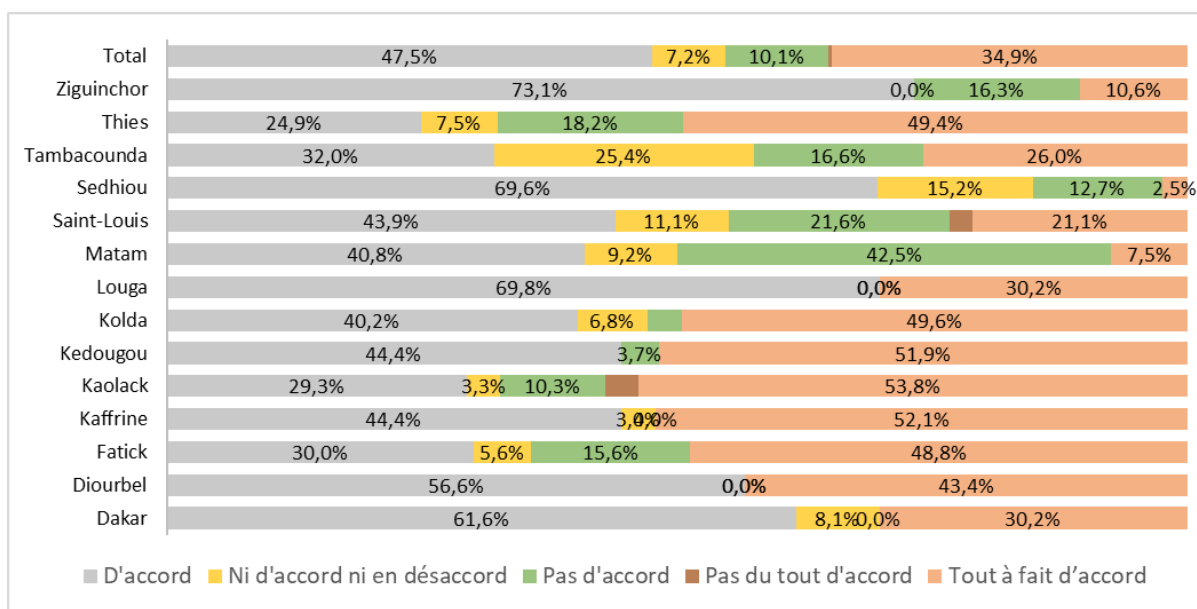


Figure 75 : Défi de l'amélioration de la qualité des soins pour les structures, au niveau régional

L'amélioration de la qualité des soins constituent un défi pour la plupart des structures des régions de Louga 100%, Diourbel 100%, Kaffrine 96,6%, Kédougou 96,3%, Dakar 91,9%, Kolda 89,7%, Ziguinchor 83,8%, Kaolack 83,2%, Fatick 78,8%, Thiès 74,3% Sédhiou 72,2%, Saint-Louis 64,9%.

Les structures des régions de Tambacounda 58% et Matam 48,3% considèrent moins l'amélioration de la qualité des soins comme étant un défi. Par contre, il y a encore une proportion non négligeable de répondants qui sont indécis sur la question comme à Tambacounda 25,4%, Sédhiou 15,2% et Saint-Louis 11,1%.

### 3.2.3.9. Impacts des insuffisances de la qualité des soins sur la capacité à fournir des services

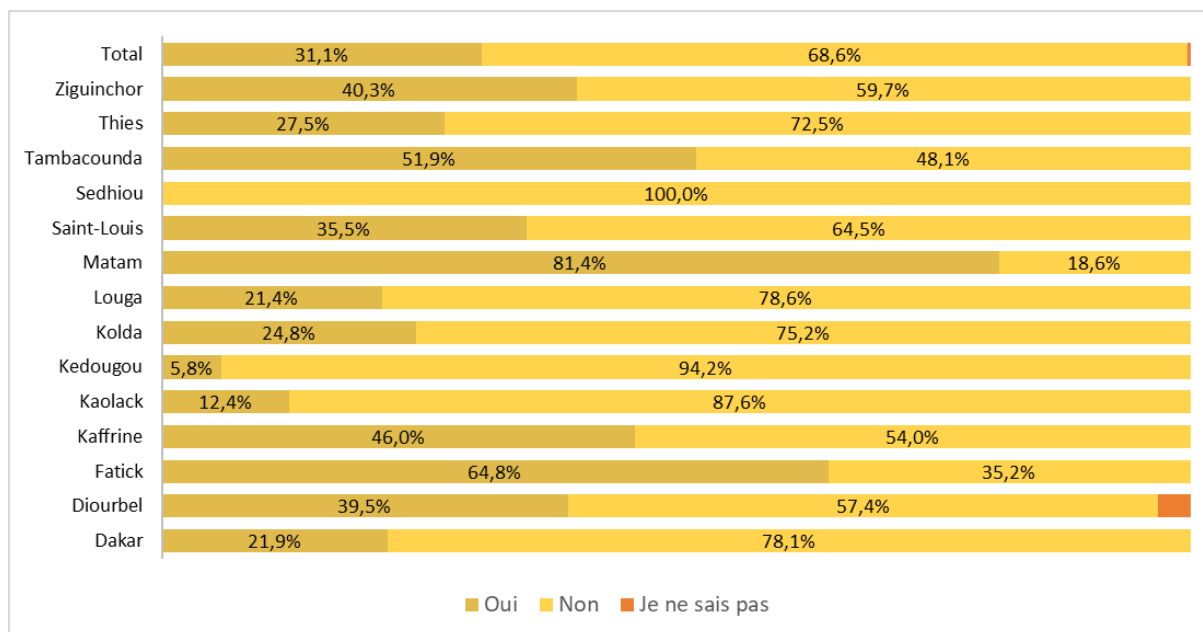


Figure 76 : Impacts des insuffisances de la qualité des soins sur la capacité des structures à fournir des services de santé, au niveau régional

Selon les enquêtés des régions de Kédougou (94,2%), Louga (78,6%), Kaolack (87,6%), Sédhiou (100%), Dakar (81,1%) et Kolda (75,2%), les insuffisances de la qualité des soins n'ont eu aucun effet sur la capacité des structures à fournir des services de santé.

Cette situation n'est pas similaire à celle des régions de Fatick (64,8%), Kaffrine (46,0%), Matam (81,4%) et Tambacounda (51,9%), les prestataires ont déclaré l'existence d'un lien entre les insuffisances de la qualité des soins et la capacité des structures à fournir des services de santé.

### 3.3. BESOINS, PERCEPTIONS ET DEMANDES DES COMMUNAUTES

Les attentes des communautés sont évaluées à travers les besoins exprimés, l'utilisation des services de santé essentiels, les obstacles rencontrés aux recours aux services de santé et à la fourniture de services communautaires. Ces éléments sont complétés par la participation à la surveillance et à la riposte, et les connaissances et attitudes à l'égard de la vaccination.

#### 3.3.1. Caractéristiques socio-professionnelles des informateurs clés

Ces caractéristiques portent sur l'âge, le sexe, le profil socio-professionnel, la zone de résidence, le niveau d'études, les services proposés et le bénéfice d'une motivation pour les services fournis.

##### 3.3.1.1. Age et Sexe des répondants

L'âge médian des répondants est de 51,5 ans, avec un minimum de 29 et un maximum de 75 ans. On note que 75% des répondants ont moins de 56 ans. Quant à la répartition par sexe, la majorité des informateurs clés est de sexe masculin (64,3%).

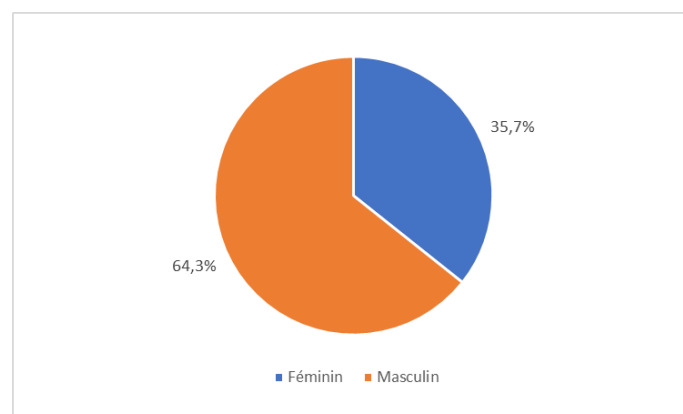


Figure 77 : Sexe des répondants

##### 3.3.1.2. Profil socioprofessionnel

Le graphique suivant résume la répartition des informateurs clés selon le profil socioprofessionnel. L'échantillon d'informateurs clés est composé majoritairement d'acteurs communautaires de prévention et de promotion avec 38,6%, suivi des acteurs communautaires de soins (21,4%). Les responsables des programmes de sensibilisation des communautés (point focal santé communautaire, travailleur social et responsable de l'éducation et de l'information pour la santé) représentent 5,7%.

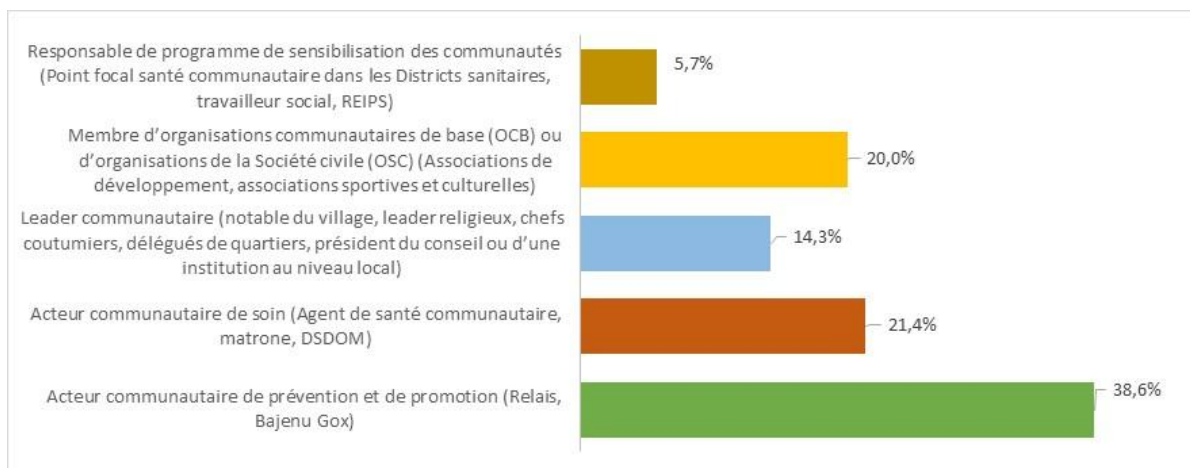


Figure 78 : Profil socioprofessionnel

### 3.3.1.3. Zone de résidence

Le graphique ci-dessous montre la répartition des informateurs clés selon la zone de résidence.

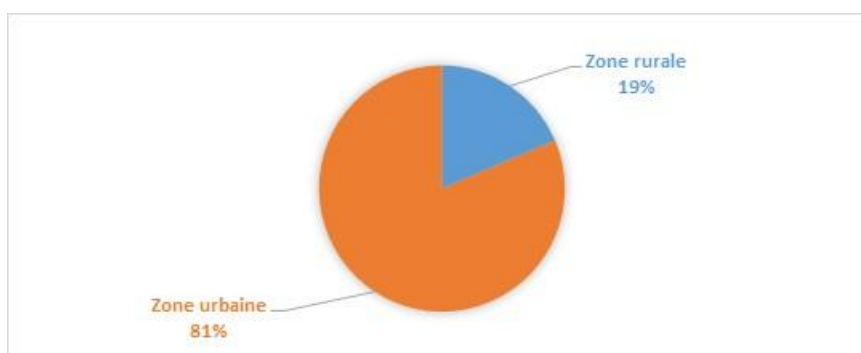


Figure 79 : Répartition des informateurs clés selon la zone de résidence

La répartition des enquêtés selon leur zone de résidence met en évidence une forte disparité entre les zones urbaine et rurale. La majeure partie des personnes interrogées réside en milieu urbain (81%).

### 3.3.1.4. Niveau d'études

Le graphique ci-dessous illustre la répartition des informateurs clés selon le niveau d'étude.

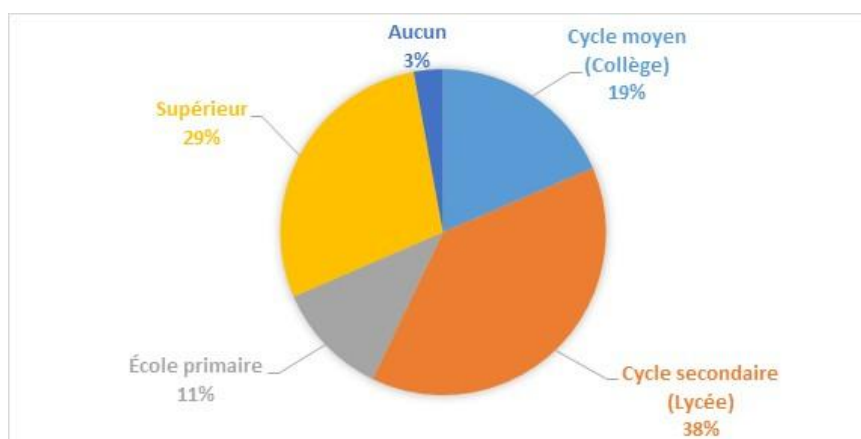


Figure 80 : Répartition selon le niveau d'étude des informateurs clés.

Les résultats de l'enquête révèlent que la plupart des informateurs clés ont un niveau d'étude secondaire (38,6%) et supérieur (28,6%). Cependant 2,9 % ne sont pas instruits.

### 3.3.1.5. Services proposés

Les services présentés dans le graphique ci-dessus sont ceux proposés par les acteurs communautaires suivants :

- Acteurs communautaires de santé (ACS) :
- Acteurs Communautaires de Soins (ASC, matrone, DSDOM),
- Acteurs Communautaires de Prévention et de Promotion (relais, Bajenu Gox) ;
- Responsables de programme de sensibilisation des communautés : point focal santé communautaire, travailleur social, REIPS dans les districts sanitaires ;
- Membres d'organisations communautaires de base (OCB) ou d'organisations de la société civile (OSC) : associations de développement, associations sportives et culturelles.

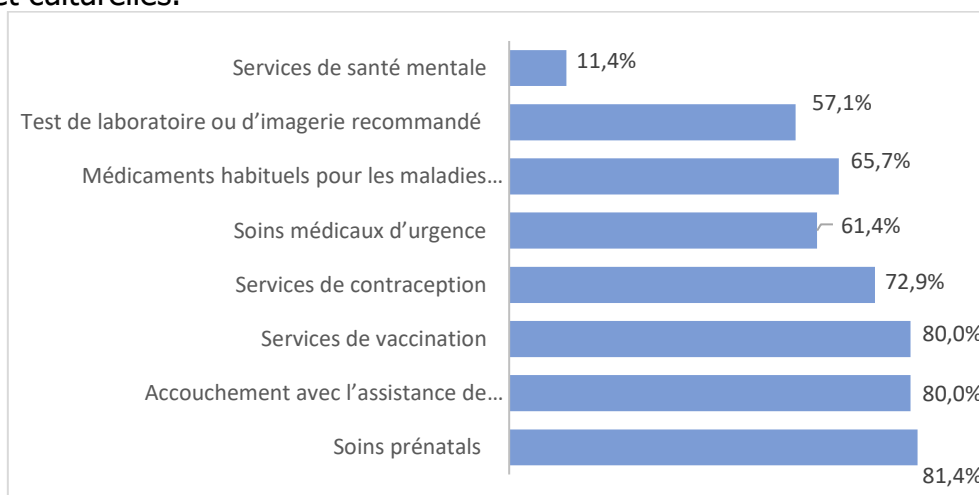


Figure 81 : Services proposés

La planification familiale (81,4%), la vaccination (80%) et les soins prénatals (80%) sont les services les plus proposés. Les services les plus courants sont aussi ceux pour lesquels les acteurs sont le plus souvent motivés.

### 3.3.1.6. Motivation pour les services fournis

Le bénéfice d'une motivation pour services fournis est mis en évidence par le graphique ci-dessous.

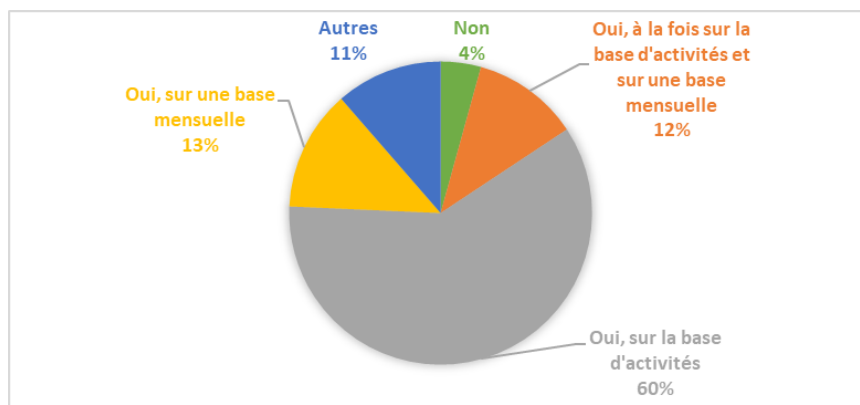


Figure 82 : Motivation pour les services fournis

La grande majorité des acteurs (84,3%) sont motivés sous une forme ou une autre : 60% sur la base des activités menées, 12,9% sur une base mensuelle et 11,4% suivant ces deux modalités à la fois. Seule une très faible proportion (4,3%) des acteurs proposent ces services sans être motivés.

### 3.3.2. Besoin et utilisation des services de santé essentiels dans les communautés

Ce graphique traite le niveau de satisfaction du besoin des membres de la communauté en matière de services de santé essentiels.

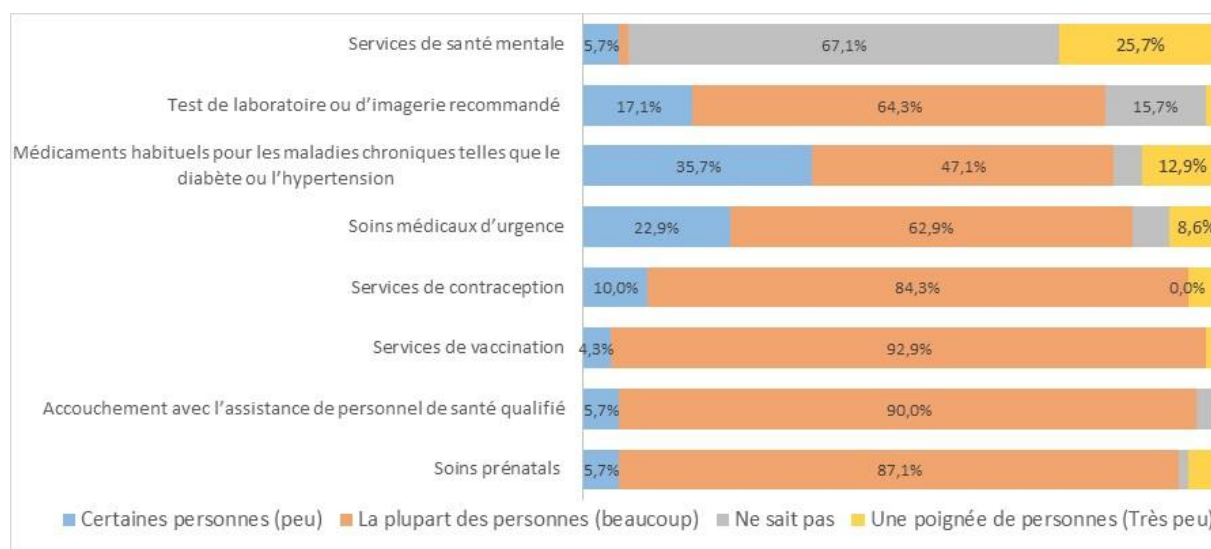


Figure 83 : Besoin et utilisation des services de santé essentiels dans les communautés

La majorité des répondants affirme que la plupart des membres de la communauté ont recours aux services de vaccination (92,9%) lorsqu'ils en ont besoin et que 90% sont assistés par du personnel de santé qualifié lors des accouchements.

Concernant les services de santé mentale, 67,1% des informateurs clés ne savent pas si les membres de la communauté ont pu y accéder ou pas. En revanche 25,7% des enquêtés estiment qu'une infime partie de la communauté a accès aux services de santé mentale.

### 3.3.3. Obstacles au recours aux services de santé essentiels dans les communautés

L'analyse des obstacles porte sur les principales raisons de non recours aux services de santé essentiels en cas de besoin et les premiers recours en cas de maladie pour conseil ou soin.

#### 3.3.3.1. Principales raisons de non recours aux services de santé essentiels en cas de besoin

L'accès aux services de santé essentiels constitue un facteur déterminant pour préserver et améliorer l'état de santé des communautés. Les résultats de l'étude mettent en évidence l'existence de barrières qui freinent l'accès des populations aux soins lorsque le besoin se fait sentir. D'après les personnes interrogées, les principales difficultés sont liées à :

- L'accès à l'information et à la culture ;
- L'accessibilité financière ;
- L'accessibilité géographique ;
- L'organisation et au fonctionnement des structures de santé.

#### 3.3.3.1.1. Raisons liées à l'information et à la culture

L'accès à l'information et les influences culturelles ont une incidence réelle sur le recours aux services de santé.

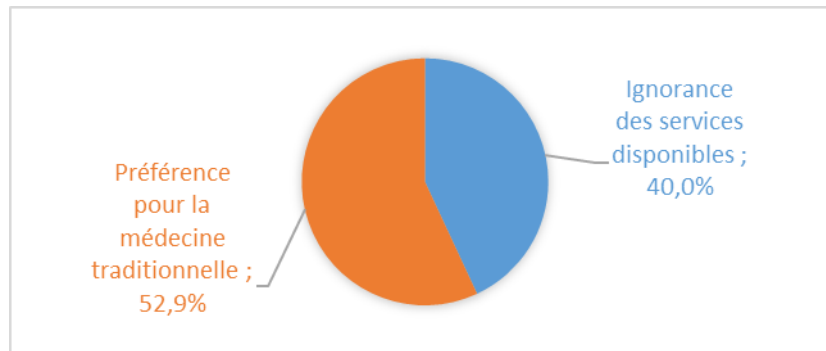


Figure 84 : Raisons liées à l'information et à la culture

Les répondants considèrent l'accès à l'information et à la culture comme étant parmi les principales raisons justifiant le non-recours des communautés aux services de santé quand ils en ont besoin. En effet, plus de la moitié des interviewés (52,9%) déclarent que les communautés préfèrent recourir à la médecine traditionnelle. Par contre, pour d'autres répondants (40,0%), l'ignorance des services disponibles constitue la principale barrière.

#### 3.3.3.1.2. Raisons liées à l'accessibilité géographique

D'après les répondants, l'accessibilité géographique figure parmi les principaux facteurs expliquant le non recours des communautés aux services de santé en cas de besoin.

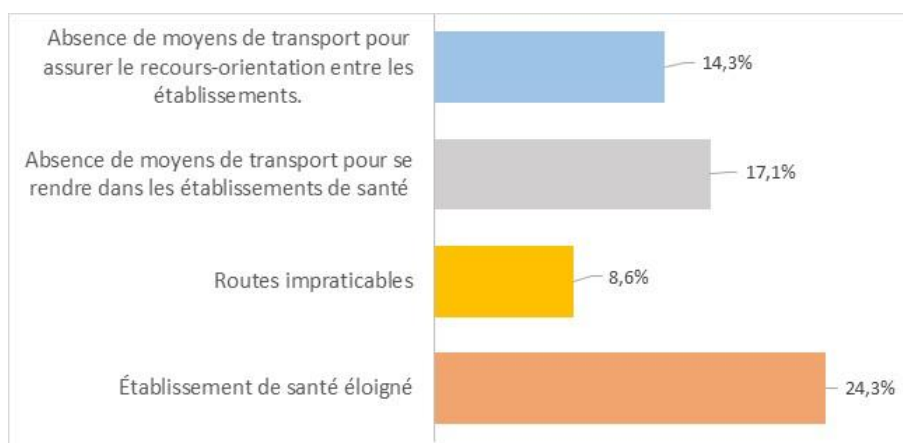


Figure 85 : Raisons liées à l'accessibilité géographique

L'éloignement des établissements de santé (24,3%) et l'absence de moyens de transports pour s'y rendre (17,1%) ont été mentionnés comme principales difficultés.

Par ailleurs, 14,3% des répondants estiment que l'absence de moyens de transport pour assurer le recours-orientation entre les établissements constitue un obstacle. Pour 8,6% des répondants, les routes impraticables font partie des obstacles.

### 3.3.3.1.3. Raisons liées à l'accessibilité financière

L'accessibilité financière constitue l'un des obstacles majeurs de recours aux services de santé.

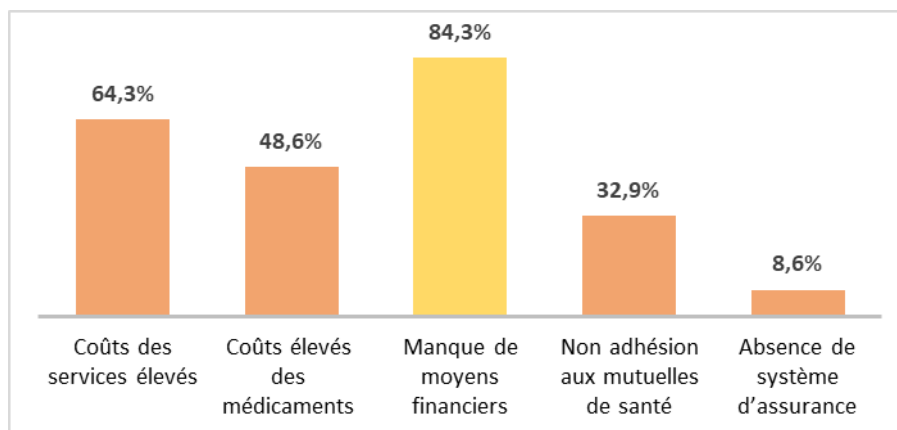


Figure 86 : Raisons liées à l'accessibilité financière

La grande majorité des répondants (84,3%) identifie le manque de moyens financiers comme l'une des principales raisons du non recours des communautés aux services de santé en cas de besoin. Pour 63,4% d'entre eux, le coût élevé des services constitue un facteur déterminant, tandis que 48,6% soulignent le coût élevé des médicaments comme raison majeure. D'autres barrières ont également été relevées telles que la non-adhésion aux mutuelles de santé (32,9%), l'absence de système d'assurance (8,6%).

### 3.3.3.1.4. Raisons liées à la structure de santé (organisation et fonctionnement)

D'après les répondants, l'organisation et le fonctionnement des structures de santé apparaissent comme des obstacles majeurs à l'accès des communautés aux services de santé.

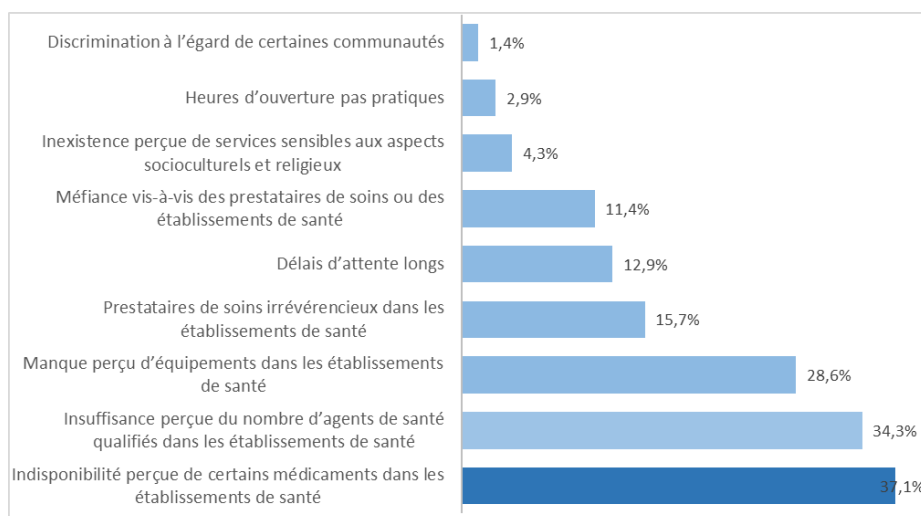


Figure 87 : Raisons liées à la structure de santé (organisation et fonctionnement)

Les principales barrières à l'accès aux services de santé sont l'indisponibilité perçue de certains médicaments dans les établissements de santé (37,1%), l'insuffisance perçue du nombre d'agents de santé qualifiés (34,3%), le manque perçu d'équipements (28,6%). Il s'y ajoute d'autres facteurs tels que le comportement des prestataires de soins jugé irrévérencieux (17,7%), les longs délais d'attente (12,9%) et la méfiance vis à vis des prestataires de soins (11,4%).

### 3.3.3.2. Premiers recours en cas de maladie pour conseil ou soins

Le premier recours en cas de maladie pour conseil ou soins peut constituer un obstacle à l'accès aux services de santé essentiels pour les communautés.

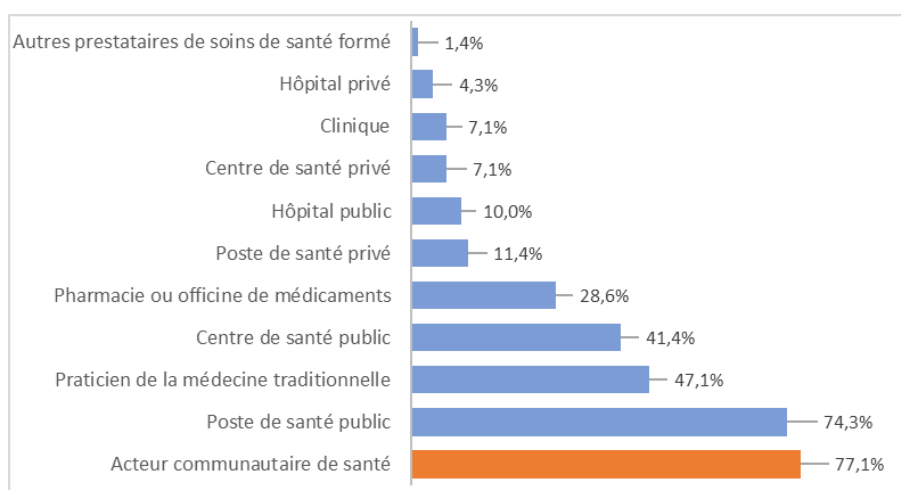


Figure 88 : Premiers recours en cas de maladie pour conseil ou soins

La grande majorité des informateurs clés indique que, face à la maladie, le premier recours des membres de la communauté reste l'acteur communautaire de santé (77,1%) suivi des postes de santé publics (74,3%). Le praticien de la médecine traditionnelle (47,1%) et le centre de santé public (41,4%) sont également mentionnés par des enquêtés. Par ailleurs, des répondants considèrent les pharmacies ou officines de médicaments (28,6%) comme premier recours alors que l'hôpital public n'est évoqué que par 10% des interviewés.

### 3.3.3.3. Existence de groupes défavorisés dans l'accès aux soins de santé

La présence de groupes défavorisés au sein de la communauté peut mettre en évidence des obstacles au recours aux soins de santé pour des raisons économiques, sociales ou culturelles.

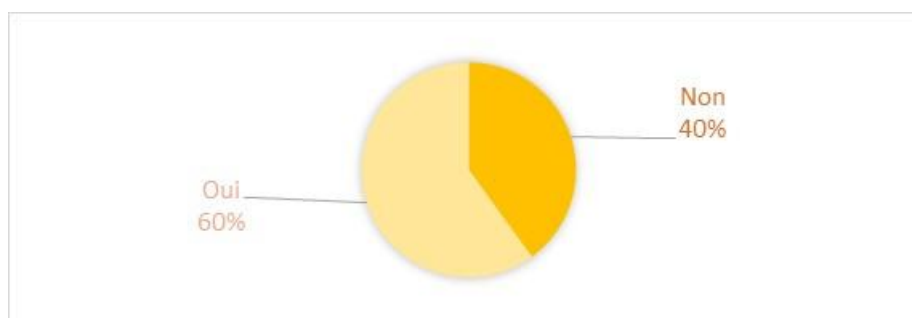


Figure 89 : Existence de groupes défavorisés dans l'accès aux soins de santé

Plus de la moitié des enquêtés (60%) estiment qu'il existe des groupes marginalisés dans l'accès aux soins de santé dans la communauté que ce soit pour des raisons économiques, sociales ou culturelles.

### 3.3.3.3.1. Profil des groupes marginalisés

Le profil des groupes marginalisés dans l'accès aux soins est présenté à travers le graphique suivant :

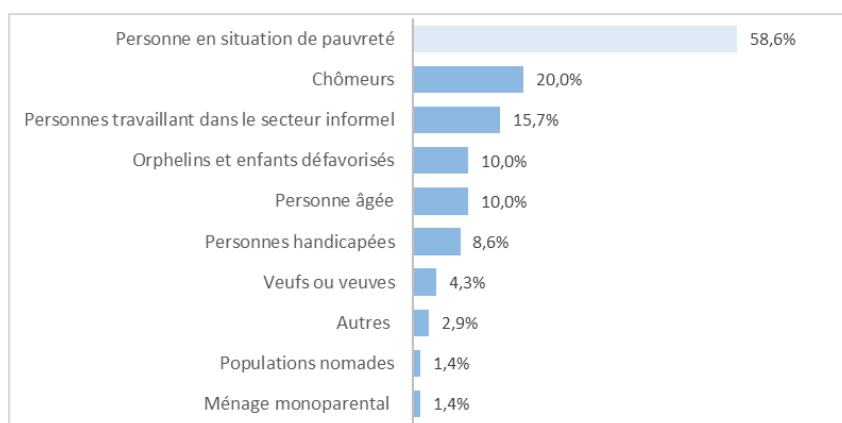


Figure 90 : Profil des groupes marginalisés

Les groupes marginalisés les plus cités par les répondants sont les personnes en situation de pauvreté (58,6%), les chômeurs (20%) et les travailleurs du secteur informel (15,7%). Dans une moindre mesure, les orphelins et les enfants défavorisés ainsi que les personnes âgées, 10,0% pour chacune de ces deux catégories, sont aussi considérés comme marginalisés.

### 3.3.3.3.2. Raisons pour lesquelles ces groupes ont des difficultés d'accès aux soins

Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer les difficultés d'accès aux soins par les groupes marginalisés au sein des communautés.

#### 3.3.3.3.2.1. Raisons économiques

Les principales raisons économiques liées aux difficultés d'accès aux soins des groupes vulnérables sont la faiblesse des revenus, l'absence de couverture médicale ou d'assurance maladie et le coût du déplacement vers les structures sanitaires.

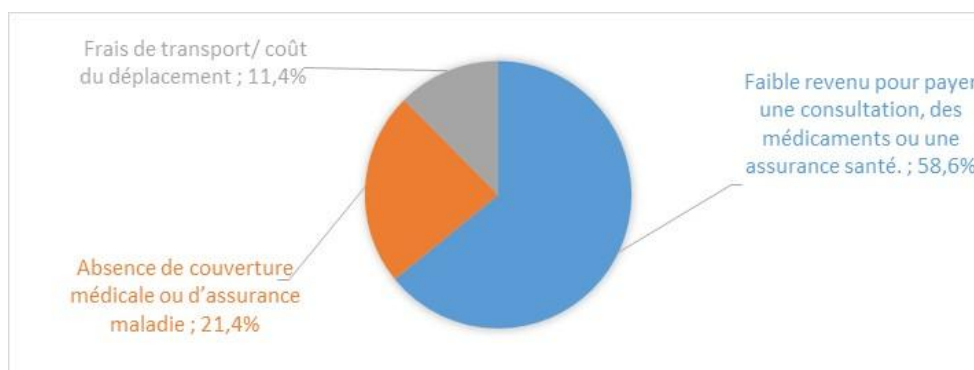


Figure 91 : Raisons économiques

Le faible revenu pour payer une consultation, des médicaments ou une assurance santé est cité par 58,6% des répondants. Ensuite, viennent l'absence de couverture médicale ou d'assurance maladie (21,4%) et le coût du déplacement (11,4%).

### 3.3.3.2.2. Raisons sociales

L'isolement social/personnes sans familles et la discrimination (minorités, personnes sans domiciles) n'ont pas été évoqué comme difficulté d'accès aux soins de santé (00%).

### 3.3.3.2.3. Raisons culturelles

Pour les informateurs clés, les normes et croyances religieuses ainsi que la méfiance envers le système de santé constituent des raisons pour lesquelles les groupes vulnérables ont des difficultés d'accès aux soins.

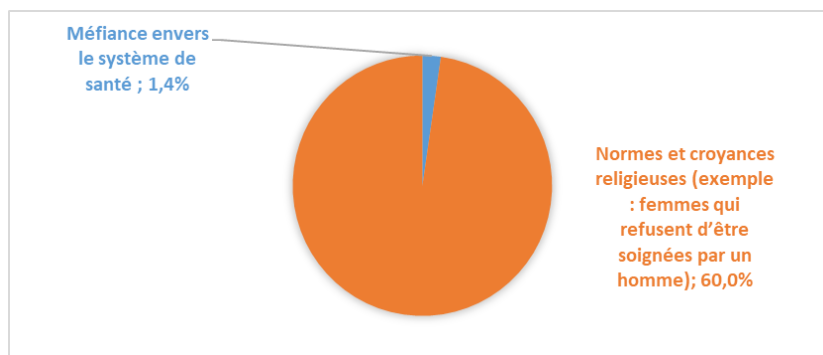


Figure 92 : Raisons culturelles

La majorité d'entre eux (60,0%), estiment que les normes et croyances religieuses constituent l'une des principales difficultés d'accès aux soins.

### 3.3.3.3. Motifs de non-recours soins

Plusieurs raisons ont été évoquées pour expliquer la réticence des membres de la communauté à se faire soigner dans les structures sanitaires.

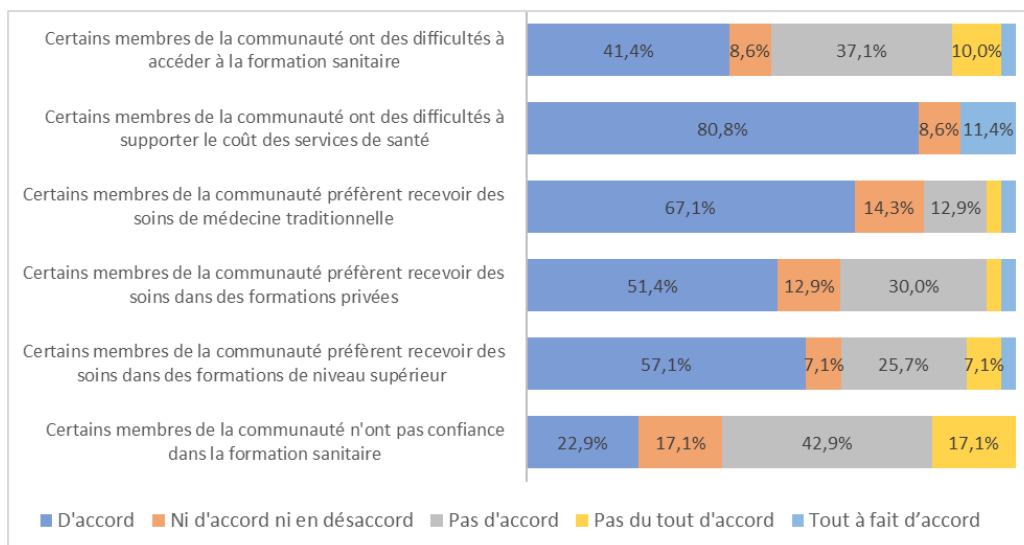


Figure 93 : Pourquoi les membres de la communauté ne viennent pas se faire soigner dans les structures sanitaires

Selon les résultats de l'enquête, la grande majorité des répondants sont « d'accord » et « tout à fait d'accord » que les raisons principales pour lesquelles les membres de la communauté ne viennent pas se faire soigner dans les structures sanitaires sont :

- Les difficultés à supporter le coût des services de santé avec 80,8% des répondants « d'accord » et 11,4% « tout à fait d'accord » ;
- Les préférences à recevoir des soins de médecine traditionnelle avec 67,1% des répondants « d'accord » et 2,9% « tout à fait d'accord » ;
- Les préférences à recevoir des soins dans des formations de niveau supérieur avec 57,1% des répondants « d'accord » et 2,9% « tout à fait d'accord » ;
- Les préférences à recevoir des soins dans des formations privées avec 51,4% des répondants « d'accord » et 2,9% « tout à fait d'accord ».

### 3.3.4. Obstacles à la fourniture de services communautaires

Cette partie traite des obstacles rencontrés par les communautés pour la fourniture de services.

#### 3.3.4.1. Disponibilité de soutien nécessaire pour la fourniture de services communautaires

La disponibilité de soutien nécessaire constitue un des principaux obstacles à la fourniture de services communautaires.

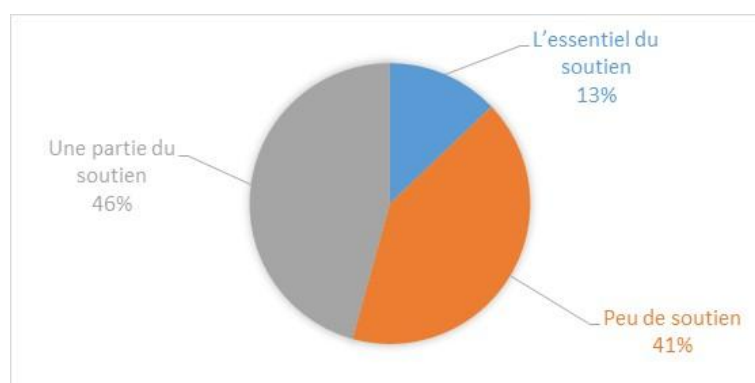


Figure 94 : Disponibilité de soutien nécessaire pour la fourniture de services communautaires

Les acteurs interrogés estiment avoir obtenu une partie du soutien (46%), peu de soutien (41%) et l'essentiel du soutien (13%) nécessaire pour l'exécution correcte de la fourniture des services communautaires.

#### 3.3.4.2. Nature du soutien supplémentaire souhaité

La nature du soutien souhaité précise les obstacles auxquels les communautés sont confrontées dans l'exécution correcte de leur travail. Pour mener à bien leurs activités, les acteurs communautaires estiment qu'ils ont principalement besoin d'un soutien financier (72,9%), matériels et d'équipements (57,1 %), d'appui pour le transport (50,0%) et de formation (25,7%). Le bénéfice d'une assurance maladie (17,1%) et d'un soutien psychosocial (14,3%) font aussi partie de leurs préoccupations.

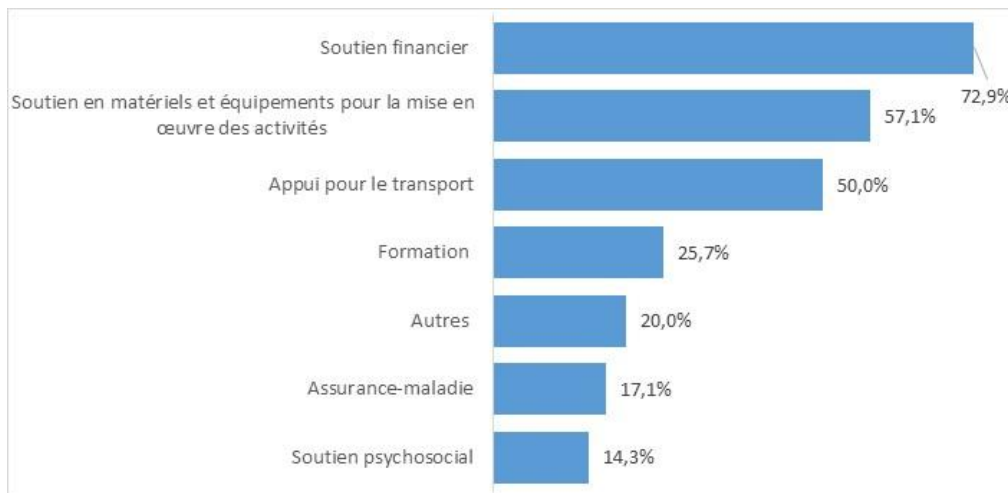


Figure 95 : Nature du soutien supplémentaire souhaité

### 3.3.4.3. Nature de la formation souhaitée

Plusieurs domaines de formation ont été identifiés par les acteurs communautaires comme besoin pour renforcer leurs capacités d'action.

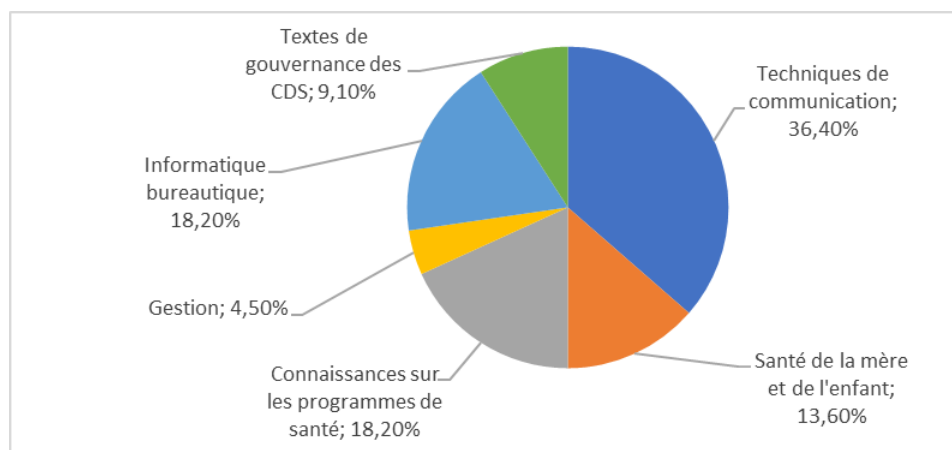


Figure 96 : Nature de la formation souhaitée

Les principaux souhaits de formation exprimés portent sur les techniques de communication et de sensibilisation (36,40%), la connaissance des programmes de santé prioritaires (18,20%), les aptitudes en informatique (18,20%) et la santé de la mère et de l'enfant (13,60%).

Concernant « les Techniques de communication et de sensibilisation », leur souhait est de bénéficier de renforcement des compétences en techniques d'entretien et de counseling, en communication interpersonnelle efficace, en adaptation des messages aux publics cibles et en utilisation des médias locaux comme levier de communication et de mobilisation des communautés.

L'amélioration des connaissances sur les programmes de santé concerne particulièrement les domaines suivants : Santé maternelle et infantile, maladies transmissibles et non transmissibles, vaccination et soins primaires et programmes verticaux spécifiques.

Les besoins de formation sur les outils informatiques portent sur l'utilisation des tablettes et smartphones, la saisie et la gestion des données, la maîtrise des applications digitales de santé et des plateformes de rapportage.

Le souhait d'avoir une meilleure connaissance du cadre juridique et administratif passe par des formations sur les textes des Comités de Développement sanitaire avec un focus sur les textes réglementaires des CDS, les procédures administratives, les droits et responsabilités des acteurs et les cadres contractuels.

Les besoins de renforcement des capacités en gestion des projets communautaires portent sur la gestion des interventions communautaires, les techniques de supervision, l'évaluation des activités, le plaidoyer et la mobilisation des ressources.

### **3.3.5. Participation à la surveillance et à la riposte**

La majorité des acteurs enquêtés (80%) participent aux activités de surveillance et de riposte.

#### 3.3.5.1. Importance de la surveillance des maladies pour la communauté

La plupart des répondants considèrent le travail de surveillance des maladies comme étant d'une grande importance pour la communauté. Selon un membre d'une OCB âgé de 58 ans, la surveillance permet « *de prévenir et de contrôler la propagation des maladies* ». Selon un acteur communautaire âgé de 35 ans, c'est un moyen de « *sensibilisation et d'éducation sur les maladies, visant à aider les populations à prévenir [leur survenue]* ».

Pour certains, elle permet à « *la communauté d'avoir confiance aux acteurs communautaires* » (acteur communautaire de 38 ans). Pour d'autres, la surveillance des maladies joue un rôle important dans la riposte et le changement de comportement de la population. Elle permet d'« *identifier, très tôt, les malades et d'alerter les agents de santé* » (acteur communautaire de soins de 56 ans).

#### 3.3.5.2. Formation en surveillance des maladies suivi au cours de l'année écoulée

Bien que la surveillance des maladies revête une grande importance aux yeux des communautés, seuls 15,7% des acteurs interrogés affirment avoir bénéficié d'une formation dans ce domaine au cours de l'année écoulée.

#### 3.3.5.3. Principales difficultés dans le travail de surveillance des maladies

Selon un homme de 55ans, ACS et une femme de 55 ans, leader communautaire, la principale difficulté à laquelle l'acteur communautaire de santé est confronté dans la surveillance des maladies est « *le manque de moyens logistiques et financiers* ». A cela s'ajoutent les « *problèmes de communication et de relations communautaires, le manque de formation et de renforcement des capacités, les défis liés au système de santé, le manque de matériel et d'équipement* » (homme, 51 ans ACS). Un homme de 41 ans, ACS estime que l'« *absence de statut communautaire* » constitue, pour certains, une difficulté dans le travail de surveillance des maladies ».

Plusieurs femmes évoquent des difficultés d'acceptation dans leurs relations avec la communauté, à l'image de cette femme de 52ans, ACPP qui rapporte des « *refus d'être reçu par la population* » et un « *rejet explicite* ».

Une autre femme, ACPP de 45ans, mentionne un « *manque de considération des prestataires* » et un « *manque de respect et de reconnaissance* » de la part de certaines personnes. Ces comportements de refus et de rejet sont aussi rapportés par une femme, ACPP de 45ans. Dans le même ordre d'idées, une femme ACPP de 43ans souligne un « *manque de compréhension et de la méfiance* » de certaines personnes.

Si des hommes rapportent également des défis relationnels, les femmes expriment plus fréquemment un manque de considération personnel, des refus directs d'accès et la nécessité de constamment négocier leur légitimité. Ces difficultés semblent être liées à des normes sociales et de genre qui peuvent compromettre la reconnaissance de l'expertise technique et de l'autorité des femmes dans l'espace public et communautaire.

### **3.3.6. Connaissances et attitudes à l'égard de la vaccination**

Cette partie aborde les connaissances et attitudes des communautés à l'égard de la vaccination.

#### **3.3.6.1. Connaissances de la communauté sur les vaccins**

Les analyses ci-dessous portent sur les connaissances des enquêtés concernant la définition, l'utilité, les types de vaccins et leurs modes de délivrance.

##### *3.3.6.1.1. Définition et utilité d'un vaccin*

Les résultats montrent que la quasi-totalité des répondants ont une bonne connaissance de ce qu'est un vaccin. En effet, 98,60% le définissent comme un moyen de prévention de la maladie. Seuls 1,40% soutiennent que c'est un médicament. Concernant son utilité, tous les répondants ont déclaré que le vaccin sert à prévenir la maladie.

##### *3.3.6.1.2. Types de vaccins connus par l'acteur communautaire*

La grande majorité des informateurs clés connaissent les différents types de vaccins du calendrier vaccinal.

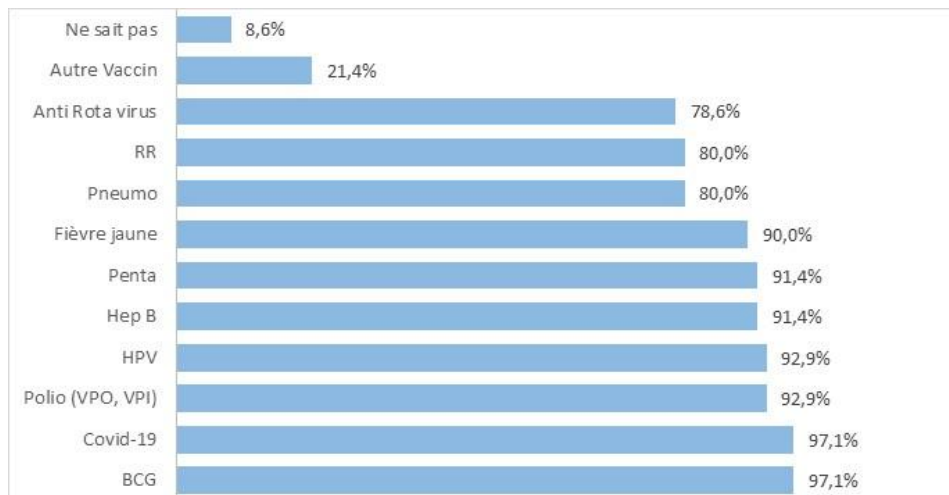


Figure 97 : Types de vaccins connus par l'acteur communautaire

Les vaccins BCG et COVID-19 (97,1%) sont les plus connus, ensuite viennent ceux contre la poliomyélite (VPO, VPI) et le HPV (92,9%). L'Hépatite B et le Pentavalent (91,4%) sont également bien connus. Par contre 8,6% des répondants n'en ont aucune connaissance.

### 3.3.6.1.3. Connaissance du mode de délivrance de la vaccination

La plupart des répondants connaissent les modes de délivrance de la vaccination.

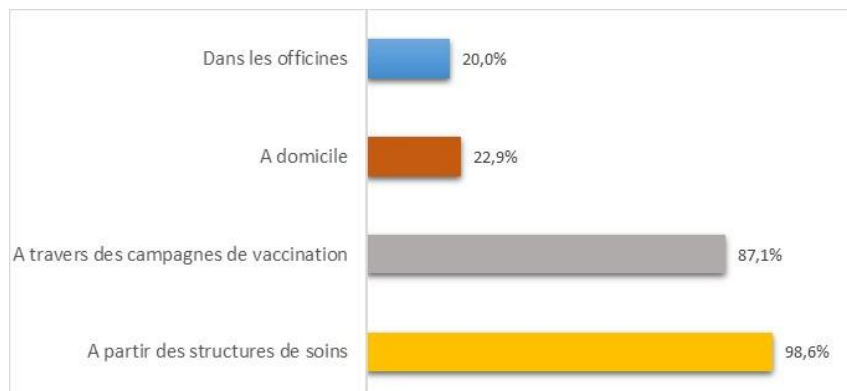


Figure 98 : Connaissance du mode de délivrance de la vaccination

La grande majorité d'entre eux (98,6%), affirment que la délivrance des vaccins se fait à partir des structures de soins et 87,1% lors des campagnes de vaccination. Seuls 22,9% affirment que cette délivrance se fait à partir des domiciles et 20,0% à partir des officines.

### 3.3.6.2. Attitudes à l'égard de la vaccination

L'analyse des attitudes à l'égard de la vaccination porte à la fois sur le respect du calendrier vaccinal, le recours à la vaccination en cas de besoin et l'acceptation des vaccins par les communautés.

### 3.3.6.2.1. Respect du calendrier de vaccination par la communauté

Le calendrier vaccinal est généralement respecté par la plupart des populations comme le montre les résultats ci-dessous.

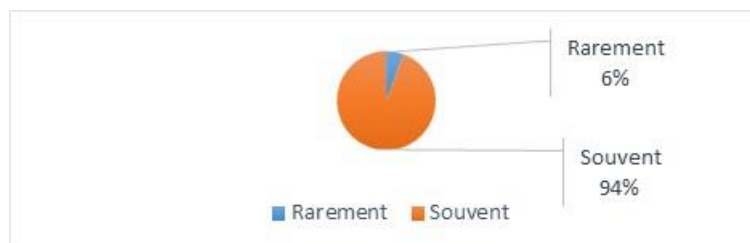


Figure 99 : Respect du calendrier de vaccination par la communauté

En effet, l'enquête révèle que 94,3% des répondants déclarent que la communauté respecte le calendrier de vaccination contre 5,7% qui estiment qu'il est rarement respecté.

### 3.3.6.2.2. Risque de ne pas se faire vacciner en cas de besoin

Cette partie analyse l'acceptation des vaccins par les communautés.

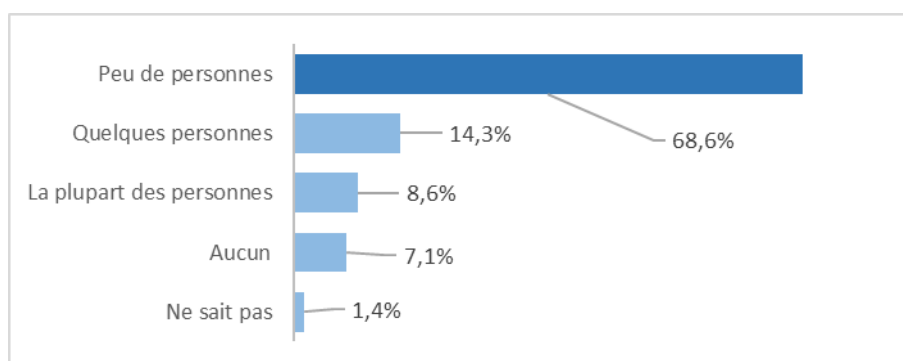


Figure 100 : Risque de ne pas se faire vacciner en cas de besoin

Les résultats de l'enquête montrent que 68,6% des personnes interrogées pensent que « *peu de personnes* » risquent de ne pas se faire vacciner en cas de besoin. En outre, 14,3% des répondants estiment que « *quelques personnes* » risquent de ne pas se faire vacciner en cas de besoin. Néanmoins 8,6 % des enquêtés estiment que la « *plupart des personnes* » risquent de ne pas se faire vacciner en cas de besoin.

### 3.3.6.2.3. Risque de ne pas faire vacciner ses enfants en cas de besoin

Cette partie évalue la probabilité chez les parents de faire vacciner leurs enfants en cas de besoin.

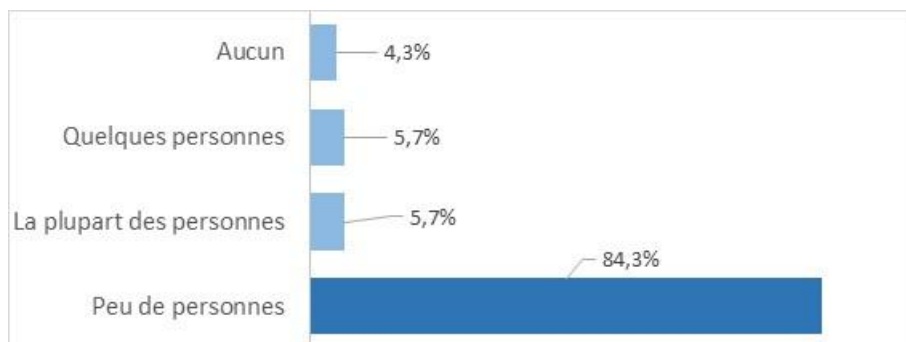


Figure 101 : Risque de ne pas faire vacciner ses enfants en cas de besoin

Les résultats de l'enquête montrent que 84,3% des personnes interrogées pensent que « peu de personnes » risquent de ne pas faire vacciner leurs enfants en cas de besoin.

#### 3.3.6.2.4. Principales raisons de non recours à la vaccination

Dans ce paragraphe, l'analyse concerne les principales raisons de non-recours à la vaccination par la communauté.



Figure 102 : Principales raisons de non recours à la vaccination de la communauté

Les résultats de l'enquête montrent que 83,3% des personnes interrogées pensent que les principales raisons de non-recours à la vaccination sont dues aux fake news. Selon 16,7% des enquêtés, les principales raisons sont le doute de l'efficacité des vaccins, la crainte des effets secondaires, la méfiance générale ou l'opposition à tout vaccin.

#### 3.3.6.2.5. Raisons de ne pas faire vacciner ses enfants en cas de besoin

Cette partie analyse les principales raisons évoquées pour ne pas faire vacciner les enfants en cas de besoin.

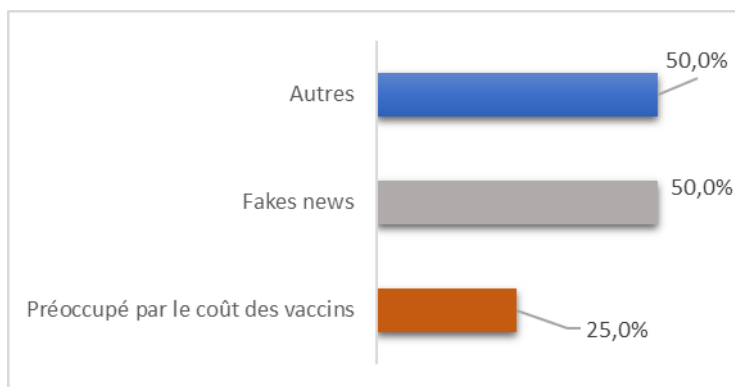


Figure 103 : Principales raisons de ne pas faire vacciner ses enfants en cas de besoin

Les principales raisons évoquées pour justifier le non-recours à la vaccination des enfants sont les fake news (50 %) et les préoccupations sur le coût des vaccins (25%). La moitié des répondants (50%) fait référence à d'autres raisons.

## IV. RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES

### 4.1. RECOMMANDATIONS

#### 4.1.1. A l'endroit de l'équipe de mise en œuvre de l'enquête

- ↪ Organiser une session d'évaluation de la 4<sup>e</sup> phase de l'enquête pour prendre en compte les solutions préconisées et les intégrer lors de la phase suivante ;
- ↪ Simplifier et adapter certaines questions des outils de collecte pour faciliter leur compréhension aux enquêteurs et aux répondants ;
- ↪ Appliquer strictement les directives du manuel (coordinateur, superviseur et enquêteur).

#### 4.1.2. A l'endroit du système de santé

- ↪ **Renforcer le financement et l'autonomie financière des structures**
  - Diversifier les sources de financement en réduisant la dépendance aux frais directs des patients par le développement de mécanismes de prépaiement et d'assurance-maladie notamment pour les populations vulnérables ;
  - Améliorer la ponctualité des transferts budgétaires en mettant en place un système de décaissement prévisible et accéléré pour les structures publiques ;
  - Soutenir les structures privées en facilitant leur accès à des financements publics ou partenariaux pour renforcer leur résilience.
- ↪ **Améliorer la disponibilité et la gestion des ressources humaines**
  - Revaloriser les salaires et les conditions de travail ;
  - Renforcer la formation continue dans les domaines où les besoins sont les plus criants (*ex. : violence domestique*) ;
  - Renforcer la formation continue en privilégiant les zones rurales ;
  - Optimiser la répartition du personnel en réduisant les écarts entre zones urbaines et rurales pour les structures publiques.
- ↪ **Renforcer les infrastructures et les services de soutien**
  - Améliorer l'adduction en eau et la fourniture en électricité des structures de santé notamment en milieu rural en privilégiant les sources alternatives d'approvisionnement ;
  - Faire un plaidoyer pour l'amélioration de l'accès aux réseaux internet et téléphonique surtout dans les zones non couvertes ;
  - Comblé le déficit et moderniser les équipements médicaux et les fournitures au niveau des structures sanitaires.
- ↪ **Consolider la gouvernance et la coordination entre les acteurs du système de santé**
  - Généraliser l'élaboration et l'application des protocoles de référence et de contre-référence dans la prise en charge des soins ;
  - Renforcer la fonctionnalité des comités de gestion et des organes de promotion de la qualité au sein des structures sanitaires ;

- Mettre en œuvre les recommandations issues des missions de supervision et de suivi au niveau des structures de santé.

→ **Améliorer la qualité et la sécurité des soins**

- Systématiser les audits des décès maternels et néonataux afin de combler les déficits d'informations sur les causes et déterminants ;
- Renforcer l'utilisation des données pour la prise de décision afin d'améliorer la gouvernance et le pilotage des structures et des programmes de santé sur la base d'éléments probants ;
- Impliquer les communautés dans l'évaluation des services en intégrant leurs feedbacks pour améliorer l'acceptabilité et l'accessibilité des services offerts.

→ **Renforcer la résilience face aux chocs externes**

- Améliorer l'approvisionnement des médicaments et fournitures pour anticiper les ruptures de stock dans les structures de santé ;
- Développer des plans de continuité des services de santé pour faire face aux crises sanitaires ;
- Sensibiliser et former les communautés pour renforcer leur rôle dans la surveillance et la riposte lors des épidémies.

→ **Soutenir les acteurs communautaires**

- Renforcer la formation des acteurs communautaires sur la communication et la sensibilisation pour la promotion de la santé ;
- Fournir un soutien matériel aux acteurs communautaires pour mieux exercer leurs missions ;
- Améliorer le statut socio-professionnel des acteurs communautaires à travers leur intégration dans la fonction publique locale.

#### 4.1.3. Dissémination et valorisation des résultats

- Réaliser des activités de dissémination et de valorisation des résultats de l'enquête ;
- Produire des fiches de synthèse des résultats majeurs de l'enquête à l'intention des décideurs ;
- Produire des articles pour une valorisation scientifique aux niveaux national et international ;
- Produire des notes de politique pour appuyer la prise de décision fondée sur des données probantes.

#### 4.2. PERSPECTIVES

- Institutionnaliser l'enquête FASTR en intégrant sa périodicité (tous les 6 mois) et ses outils de collecte dans le système national d'information sanitaire (DHIS2) ;
- Valoriser les résultats de l'enquête FASTR en développant des notes de politiques basées sur les résultats pour une prise de décision éclairée ;

- 
- Consolider la base de sondage en stabilisant la liste définitive des structures sanitaires qui doivent participer périodiquement à la collecte des données ;
  - Renforcer les capacités locales en autonomisant les régions dans la collecte, l'analyse et l'utilisation des données.