



MINISTERE DE LA SANTE
PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

INSTITUT NATIONAL DE
SANTE PUBLIQUE ET
COMMUNAUTAIRE

DIRECTION GENERALE

RAPPORT DE L'ENQUÊTE Tour 3

Composante 2. – Sous composante 2.1. – Intervention 2.1.1.

Activité « Appuyer la disponibilité des services de santé essentiels et le renforcement des capacités connexes »

Sous-activité « Réaliser une enquête téléphonique sur les capacités opérationnelles et la résilience des formations sanitaires de base à Madagascar »

CONTRIBUTEURS ET EQUIPE DE RECHERCHE (INSTANCES)

CONTRIBUTEURS

- YASMINE Lethicia Lydia, Secrétaire Général du Ministère de la Santé publique
- HANITRINIALA Sahondranirina Pâquerette, Directeur Général de l'INSPC
- NEIL R., Banque Mondiale
- ANDRIANTAVISON Rija Lalaina, Banque Mondiale
- REERINK Ida, GFF
- RAKOTOMANANA A. H., GFF
- SIELEUNOU Isidore, GFF

EQUIPE DE RECHERCHE

- RANDRIANASOLO Faly Hariniaina, Coordonnateur Général, INSPC
- RAMAHATANAHARISOA Aristide Williams, Chef de Mission, INSPC
- ANDRIANIRINARISON Jean Claude, Analyste/Superviseur, INSPC
- RAHARINIVO Mbolatiana Soanirina Michèle, Analyste/Superviseur, INSPC
- NOMENJANAHARY Nantenaina Pierre Michael, Analyste/Superviseur, INSPC
- RAKOTONDRAZARA Mamy Andrianirina, Analyste/Superviseur, INSPC
- RASAMIHARIMALALA Lovanajoro Zorra, Responsable Administratif, INSPC
- ANDRIAMBELO Mialy Mathieu, Data Manager, INSPC
- AZAÏS Viviane, Analyste, GFF

TABLE DES MATIERES

<u>CONTRIBUTEURS ET EQUIPE DE RECHERCHE (INSTANCES).....</u>	<u>2</u>
<u>TABLE DES MATIERES</u>	<u>3</u>
<u>SIGLES ET ABREVIATIONS</u>	<u>5</u>
<u>LISTE DES TABLEAUX</u>	<u>7</u>
<u>LISTE DES FIGURES</u>	<u>9</u>
<u>RESUME</u>	<u>11</u>
<u>I. INTRODUCTION.....</u>	<u>12</u>
<u>II. METHODOLOGIE</u>	<u>14</u>
II.1. CADRE, PERIODE, FREQUENCE ET POPULATION DE L'ENQUETE.....	14
II.2. ÉCHANTILLONNAGE.....	15
II.3. COLLECTE DES DONNEES	16
II.4. DIFFICULTES RENCONTREES	16
II.5. POINTS FORTS OBSERVES	17
II.6. AMELIORATIONS RECOMMANDEES.....	17
II.7. LEÇONS APPRISES	17
<u>III. RÉSULTATS</u>	<u>19</u>
III.1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON DU TOUR 3	19
III.2. DESCRIPTION GLOBALE PAR MODULE	22
III.2.1. MODULE DÉFIS ET CHOCS RÉCENTS.....	22
III.2.2. MODULE FOURNITURES MÉDICALES.....	25
III.2.3. MODULE FINANCEMENT	36
III.2.4. EFFECTIFS ET DOTATION EN PERSONNEL.....	40
III.2.5. MODULE VOUCHER ET FBP	43

III.3.	ANALYSE COMPAREE SELON QUE LES CSB BENEFICIE OU NON LE PROJET PARN	46
III.3.1.	MODULE DÉFIS ET CHOCS RÉCENTS.....	46
III.3.2.	MODULE FOURNITURES MÉDICALES	48
III.3.3.	MODULE FINANCEMENT	65
III.3.4.	MODULE EFFECTIFS ET DOTATION PERSONNEL	72
III.4.	ANALYSE COMPARATIVE DES BLOCS SIMILAIRES DU TOUR 1, TOUR 2 ET DU TOUR 3	75
III.4.1.	MODULE FOURNITURES MÉDICALES	75
III.4.2.	MODULE FINANCEMENT	86
III.4.3.	MODULE EFFECTIFS ET DOTATION PERSONNEL	92
III.4.4.	MODULE VOUCHER ET FBP	93
<u>IV.</u>	<u>RECOMMANDATIONS</u>	<u>95</u>
IV.1.	MODULE DÉFIS ET CHOCS RÉCENTS.....	95
IV.2.	MODULE FOURNITURES MÉDICALES.....	99
IV.3.	MODULE FINANCEMENT	102
IV.4.	EFFECTIFS ET DOTATION EN PERSONNEL.....	105
IV.5.	MODULE VOUCHER ET FBP	107
<u>V.</u>	<u>CONCLUSION</u>	<u>110</u>

SIGLES ET ABREVIATIONS

AC	Agent Communautaire
BCG	Bacilles de Calmette et Guérin
BM	Banque Mondiale
COVID 19	Coronavirus Disease 2019
CPN	Consultation Pré-Natale
CPoN	Consultation Post-Natale
CSB 1	Centre de Santé de Base niveau 1
CSB 2	Centre de Santé de Base niveau 2
CSU	Couverture Santé Universelle
DCIU	Dispositif Contraceptif Intra-Utérin
DEPSI	Direction des Etudes, de la Planification et du Système d'Information
DPEV	Direction du Programme Elargi de Vaccination
DPLMT	Direction de la Pharmacie, de Laboratoire et de la Médecine Traditionnelle
DPS	Direction de la Promotion de la Santé
DRS	Direction Régionale de la Santé publique
DSSB	Direction des Soins de Santé de Base
DTCoq + HiB + HepB	Diphtérie – Tétanos – Coqueluche – Haemophilus Influenzae B – Hépatite B
EMAD	Equipe de Management du District
EPI	Equipements de Protection Individuelle
GFF	Global Financing Facility
INSPC	Institut National de Santé Publique et Communautaire
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IYCF	Infant and Young Child Feeding (Alimentation du nourrisson et du jeune enfant)
Latrines VIP	Latrines « Ventilated Improved Pit » (Latrines Améliorées à Fosse Ventilée)
MAM	Malnutrition Aigüe Modérée
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MUAC	Mid-Upper Arm Circumference (Périmètre à mi-hauteur du bras)
ONG / OC	Organisation Non Gouvernementale / Organisation Confessionnelle
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCV	Vaccin anti-pneumococcique
PF	Planification Familiale
PPE	Prophylaxie Post-Exposition

PTF	Partenaires Techniques et Financiers
SD	Standard Deviation (Ecart- Type)
SIGFP	Système d'Information et de Gestion des Finances Publiques
SRO	Soluté de Réhydratation Orale
TD	Vaccin contre le Tétanos et la Diphtérie
TDR	Test de Diagnostic Rapide
VAR	Vaccin Anti-Rougeoleux
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VPH	Vaccin contre le Papillomavirus Humain
VPO / VPI	Vaccin antiPoliomyélitique Oral / vaccin antipoliomyélitique Inactivé

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Comparatif synthétique des trois tours de l'enquête téléphonique auprès des CSB (tours 1, 2 et 3).....	17
Tableau 2: Nombre de CSB enquêtés, par région, type de CSB, localisation, et statut prioritaire PARN.....	19
Tableau 3: Marges d'erreur associées aux estimations, par région, type de CSB, localisation et statut prioritaire PARN.....	20
Tableau 4: Nombres moyens de prestataires de soins au sein des CSB, par type de CSB	41
Tableau 5: Formations des prestataires de soins.....	42
Tableau 6: Disponibilité des méthodes de contraception à longue durée d'action (Comparaison PARN).....	55
Tableau 7: Raisons principales de non disponibilité des vaccins (Comparaison PARN).....	57
Tableau 8: Raisons principales de non disponibilité des médicaments essentiels (Comparaison PARN).....	59
Tableau 9: Raisons principales de non disponibilité des contraceptifs injectables (Comparaison PARN).....	61
Tableau 10: Fréquence des ruptures de stock des intrants (Comparaison PARN).....	62
Tableau 11: Participation financière des usagers pour les soins (Comparaison PARN).....	69
Tableau 12: Exemption des frais pour les utilisateurs des services (Comparaison PARN) ..	71
Tableau 13: Nombres moyens de prestataires de soins au sein des CSB selon la zone (Comparaison PARN).....	72
Tableau 14: Formations reçues par les prestataires de service de vaccination au cours des 2 dernières années selon la zone.....	73
Tableau 15: Comparaison (R1, R2 et R3) sur la disponibilité des équipements médicaux essentielles.....	75
Tableau 16: Comparaison (R1, R2 et R3) sur la disponibilité des services ou matériels de diagnostic.....	77
Tableau 17: Comparaison (R1, R2 et R3) sur la disponibilité des vaccins dans les CSB.....	78
Tableau 18: Comparaison (R1, R2 et R3) sur la disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI).....	79
Tableau 19: Comparaison (R1, R2 et R3) de la disponibilité des médicaments essentiels dans les CSB.....	80
Tableau 20: Comparaison (R1, R2, R3) sur la disponibilité des méthodes de contraception à longue durée d'action.....	81

Tableau 21: Comparaison (R1, R2 et R3) sur la disponibilité des méthodes de contraception réversibles à courte durée d'action.....	82
Tableau 22: Interpretation du tableau de comparaison des situations de rupture de stock des intrants entre le tour 1, le tour 2 et le tour 3	83
Tableau 23: Comparaison (R1, R2 et R3) sur la fréquence des ruptures de stock des intrants	84
Tableau 24: Comparaison (R1 et R3) sur la participation financière des usagers pour les soins	91
Tableau 25: Comparaison (R1 et R3) des nombres moyens de prestataires de soins au sein des CSB.....	92

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Difficultés rencontrées par le CSB au cours des trois derniers mois	23
Figure 2 : Difficultés rencontrées inhabituelles ou plus importantes par les CSB	24
Figure 3 : Équipements médicaux actuellement disponibles et fonctionnels au sein des CSB	25
.....	
Figure 4: Outils de gestion actuellement disponibles et utilisé au sein des CSB	26
Figure 5: Matériels de diagnostic disponibles dans le CSB.....	27
Figure 6: Vaccins disponibles dans le CSB	27
Figure 7: Causes de non disponibilité du vaccin Pentavalent.....	29
Figure 8: Causes de non disponibilité du vaccin BCG	29
Figure 9: Disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI).....	30
Figure 10: Disponibilité des médicaments essentiels dans le CSB	31
Figure 11: Raisons de non-disponibilité du sulfate de magnésium en intraveineuse	32
Figure 12: Raisons de non-disponibilité du plumpy nut.....	33
Figure 13: Raisons de non-disponibilité des Solutés de réhydratation orale (SRO) et zinc. 33	
Figure 14: Disponibilité des DCIU et des implants dans les CSB2.....	34
Figure 15: Disponibilité des méthodes de contraception réversibles à courte durée d'action	34
.....	
Figure 16: Raisons de non-disponibilité des contraceptifs injectables	35
Figure 17: Fréquence des ruptures de stock d'intrants dans les formations sanitaires	36
Figure 18: Source de financement hors salaires et contributions en nature.....	37
Figure 19: Allocation du budget des CSB	38
Figure 20: Participation financière des usagers pour les soins	39
Figure 21: Exemption des frais pour les utilisateurs des services	40
Figure 22: Mise en œuvre du Système Voucher au sein des CSB.....	44
Figure 23: Financement Basé sur la Performance (FBP)	45
Figure 24: Difficultés rencontrées par le CSB au cours des trois derniers mois (Comparaison PARN)	46
Figure 25: Difficultés rencontrées inhabituelles ou plus importantes par les CSB (Comparaison PARN).....	47
Figure 26: Disponibilité des équipements médicaux essentielles (Comparaison PARN)	49
Figure 27: Disponibilité des services ou matériels de diagnostic (Comparaison PARN)	50
Figure 28: Disponibilité des vaccins dans les CSB (Comparaison PARN).....	51

Figure 29: Disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI) (Comparaison PARN)	52
Figure 30: Disponibilité des médicaments essentiels dans les CSB (Comparaison PARN)	54
Figure 31: Disponibilité des méthodes de contraception réversibles à courte durée d'action (Comparaison PARN).....	56
Figure 32: Source de financement hors salaires et contributions en nature (Comparaison PARN)	66
Figure 33: Allocation du budget des CSB (Comparaison PARN).....	68
Figure 34: Comparaison (R1 et R3) Source de financement hors salaires et contributions en nature	88
Figure 35: Budget alloué aux CSB (Comparaison R1 et R3).....	89
Figure 36: Comparaison (R2 et R3) Mise en œuvre du Système Voucher au sein des CSB	93
Figure 37: Financement Basé sur la Performance (FBP) (Comparaison R1 et R3)	94

RESUME

Introduction : L'enquête « Évaluation de la résilience des Centres de Santé de Base (CSB) de Madagascar » vise à fournir des données en temps réel sur la disponibilité, l'accessibilité, l'utilisation des services et la performance du système de santé primaire. Ce troisième tour, mené du 3 au 27 juin 2025, s'inscrit dans une approche de panel suivant les mêmes CSB que les cycles précédents.

Méthodes : Il s'agit d'une enquête téléphonique rétrospective mixte (quantitative et qualitative) auprès des CSB1 et CSB2 publics fonctionnels, couvrant les 23 régions et les zones urbaines et rurales. Les répondants étaient les chefs de CSB ou leurs remplaçants, en poste depuis ≥ 12 mois. L'échantillonnage aléatoire stratifié a repris les 650 CSB initiaux, avec remplacements stricts. Les données ont été collectées via appels Hermes.net et saisies sur KoboCollect. Au total, 651 CSB ont participé.

Résultats : Les principaux défis des trois derniers mois concernent le transport des patients (55,4%), la disponibilité d'intrants/équipements (37,4%) et les ressources humaines (31,4%). Les difficultés liées au transport (69,1%) et aux ressources humaines (62,4%) ont été jugées inhabituelles ou plus importantes qu'à l'accoutumée. La disponibilité est élevée pour les équipements de base ($>80\%$) et les vaccins pédiatriques de routine ($>90\%$), mais plus faible pour les AMIU (31,9%), les otoscopes (36,7%) et les kits d'accouchement (52,2%). Les tests de diagnostic montrent de fortes disparités : paludisme (94,8%) largement disponible, VIH (37%) et syphilis (46,4%) insuffisants. Les ruptures de stock restent fréquentes, notamment pour les intrants VIH/SIDA (15,6% sans rupture), diabète (15,6%) et tuberculose (15,2%), souvent dues à des ruptures au niveau du district ou au PhaGDis. Le nombre moyen de prestataires par CSB est faible (3,6), avec peu de médecins (0,3). Les formations sont bien suivies pour les vaccinations de routine, moins pour les nouveaux vaccins (64,4%) et la sécurité des injections (88,1%). En matière de financement, seuls 62,3% des CSB disposent d'un budget officiel, et 60,8% subissent des retards. Le Système Voucher est fonctionnel dans 81,6% des CSB, avec 19,1% d'interruptions. Le Financement Basé sur la Performance (FBP) concerne 17% des CSB, dont 91,6% investissent les subsides dans la qualité. La majorité des CSB mène des activités d'amélioration de la qualité (96,2%) et utilise ses données pour la décision (95,6%), mais un quart ne dispose pas de protocole de référence des patients.

Conclusion : Le renforcement logistique, l'amélioration de la disponibilité des fournitures et des ressources humaines, ainsi qu'une meilleure coordination et un financement stable, sont essentiels pour garantir la continuité et la qualité des soins à Madagascar.

I. INTRODUCTION

L'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) requiert des systèmes de santé résilients, capables d'utiliser des données nationales en temps réel pour mesurer leurs performances de manière continue, réagir efficacement aux perturbations des services et suivre les progrès des réformes visant à améliorer l'accès aux services de santé primaires. Il est ainsi essentiel de documenter les adaptations nécessaires pour répondre à l'évolution constante des besoins en santé.

Historiquement, des événements majeurs tels que la pandémie de COVID-19 ont mis en lumière la vulnérabilité des systèmes de santé mondiaux. Le Global Financing Facility, Mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents (GFF) a soutenu les ministères de la Santé de plusieurs pays à revenu faible ou intermédiaire pour quantifier les perturbations des services essentiels, démontrant l'impact de ces dégradations sur la mortalité et le ralentissement des efforts de réduction de la mortalité infantile et maternelle. Au-delà des pandémies, d'autres facteurs comme le changement climatique, les catastrophes naturelles, l'instabilité politique, l'insécurité et les problèmes de chaînes d'approvisionnement continuent de représenter des menaces pour la prestation des services de santé et la progression vers la CSU. Pour renforcer la résilience face à ces chocs, la Banque Mondiale souligne la nécessité de bâtir sur des fondations solides et de disposer d'infrastructures de qualité.

Afin de générer des données probantes pour suivre les perturbations et éclairer les politiques publiques, le Ministère de la Santé Publique de Madagascar, en partenariat avec le GFF et la Banque Mondiale, a mis en œuvre des enquêtes téléphoniques à cycle rapide auprès des Centres de Santé de Base (CSB). Cette approche, de type panel, est réalisée trimestriellement auprès d'un échantillon représentatif de CSB fonctionnels à travers le pays.

Cette troisième série d'enquêtes s'inscrit dans la continuité des efforts précédents, visant à produire des informations actualisées en temps réel. L'objectif général est d'obtenir des données sur la disponibilité, l'accessibilité, l'utilisation des services de santé et la performance du système de santé primaire, afin de renforcer la résilience au niveau de la première ligne. Plus spécifiquement, cette enquête vise à :

- évaluer et suivre en continu les capacités opérationnelles des CSB ;
- identifier les principales difficultés rencontrées dans la prestation des soins primaires ;
- mesurer l'impact des chocs externes sur l'offre de services et la capacité de réponse, afin de définir les actions nécessaires pour accroître la résilience ;
- décrire les progrès des réformes de la prestation de services et les ressources mobilisées ;
- formuler des recommandations basées sur l'évidence pour orienter la prise de décision ;

- suivre la mise en œuvre des recommandations issues des cycles précédents.

L'outil d'enquête se concentre sur neuf domaines clés inspirés des orientations de la Banque Mondiale : les chocs externes, l'offre de services, les infrastructures, le financement, les ressources humaines, les fournitures médicales (approvisionnement en médicaments), la direction et coordination, l'engagement communautaire et la qualité des soins.

II. METHODOLOGIE

II.1. Cadre, période, fréquence et population de l'enquête

Cadre de l'enquête	Ce troisième tour de l'enquête téléphonique a été réalisé auprès des Centres de Santé de Base (CSB) publics fonctionnels à Madagascar, couvrant les deux types (CSB1 et CSB2), en zones urbaines et rurales, et répartis sur l'ensemble des régions.
Type d'enquête	Il s'agit d'une enquête téléphonique rétrospective, mixte (quantitative et qualitative), et de type panel , suivant les mêmes CSB que ceux sélectionnés au premier tour.
Période et durée de l'enquête	La collecte des données s'est déroulée du 3 au 27 juin 2025 , soit une période de 17 jour ouvrable, de 8h à 16h . Chaque entretien durait en moyenne 35 minutes .
Fréquence	L'enquête s'inscrit dans une fréquence trimestrielle au début mais changée en fréquence semestrielle pour permettre des interventions, avec des modules récurrents à chaque cycle, tandis que d'autres sont administrés selon des priorités spécifiques.
Mise en œuvre	<p>L'enquête a été réalisée en partenariat avec Connecteo, société de centre d'appels opérant sous la supervision de l'Unité de Gestion Digitale (UGD). Pour ce tour, une équipe de 14 enquêteurs a été formée pendant cinq jours ; six d'entre eux étaient opérationnels dès le démarrage, puis l'effectif a été porté à 14 à partir du 11^e jour. La collecte, qui s'est déroulée sur 17 jours, a bénéficié d'une supervision continue assurée sur place par des encadrants techniques et des représentants du ministère.</p> <p>L'analyse des données a été entièrement réalisée par l'équipe de l'INSPC, qui a dû mobiliser des efforts supplémentaires en raison des limitations du logiciel Stata 13 actuellement disponible pour cette étude, afin de produire les résultats attendus.</p>
Population	Les répondants sont les chefs de CSB ou leurs représentants, exerçant dans les structures fonctionnelles depuis au moins 12 mois.
Unités de l'étude	<ul style="list-style-type: none">• Échantillonnage : CSB sélectionnés de manière probabiliste.• Répondants : Chefs de CSB ou leurs remplaçants habilités.• Unité d'analyse : les CSB.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none">• Pour les CSB : CSB fonctionnels depuis au moins 12 mois avant la période étudiée, et situés dans des zones couvertes par les réseaux téléphoniques selon les avis des chefs hiérarchiques.• Pour les répondants : répondants ayant exercé pendant au moins 12 mois dans le CSB concerné avant l'enquête.

Critères d'exclusion

- **Pour les CSB :** CSB privés ; CSB offrant des paquets d'activités spécifiques limités ; CSB non fonctionnels ou fonctionnels de façon intermittente durant les 12 derniers mois ; CBS situés dans des zones non couvertes par les réseaux téléphoniques.
- **Pour les répondants :** non consentants ; n'ayant pas été en poste dans les 12 derniers mois ; ou membres de l'Équipe de Management du District (EMAD).

MODULES DU QUESTIONNAIRE AU TOUR 2

Module (ou bloc)	Contenu du Module
Module A : information sur le CSB et sur la personne interrogée	<ul style="list-style-type: none">● Information sur le CSB : localisation, type, etc.● Consentement et information sur l'enquêté, sa localité et son lieu de travail.
Module B2 : Défis et chocs récents	<ul style="list-style-type: none">● Difficultés rencontrées● Capacité du CSB à fournir des services tout en ayant ces difficultés
Module E : Financement	<ul style="list-style-type: none">● Ressources perçues par le CSB● Exemption aux frais et conditions d'accès
Module F : Effectif et dotation en personnel	<ul style="list-style-type: none">● Effectif des différents intervenants● Formation joui
Module G : Fournitures médicales	<ul style="list-style-type: none">● Disponibilité de médicaments et consommables, d'équipements et de matériel● Fréquence de ruptures de stock d'intrants
Bloc PARN	<ul style="list-style-type: none">● Paramètres autour du système VOUCHER et FBP

II.2. Échantillonnage

Type et structure de l'échantillon

Un **échantillonnage aléatoire stratifié** a été reconduit, basé sur les 650 CSB retenus au premier tour, avec un dispositif de **remplacement de 808 CSB**. La stratification est demeurée identique (46 strates

: 23 régions × 2 types de CSB), avec des strates implicites selon les zones urbaines/rurales et le statut PARN.

Collecte effective – Tour 3

- CSB échantillonnés : 650
- CSB de remplacement disponibles : 808
- Nombre total d'appels effectués : 733
- CSB injoignables : 82
- Refus : 0
- CSB nouvellement contactés : 61
- CSB échantillonnés ayant fourni des données : 569
- CSB de remplacement ayant fourni des données : 82
- **Total de CSB enquêtés : 651**

Durée moyenne des appels : 35 minutes

Remplacement

La procédure de remplacement rigoureuse a été appliquée, avec respect de la région, du type de CSB, du district et du statut prioritaire.

Pondération

Les résultats sont pondérés à l'aide des **ponds d'échantillonnage**, calculés selon l'inverse de la probabilité de sélection, assurant la représentativité nationale et régionale des résultats.

II.3. Collecte des données

Agenda

- 3 juin : briefing des enquêteurs
- 3 au 27 juin : appels et supervision quotidienne
- Réunions techniques tous les 3 jours avec les responsables du call center

Équipe

- 6 enquêteurs actifs dès le démarrage
- Renforcement à 14 enquêteurs à partir du 11e jour

Outils et dispositifs techniques

- **Appels** : Hermes.net (VocalCom)
- **Saisie des données** : KoboCollect sur smartphones Android
- **Serveur** : KoboToolBox
- **Suivi** : Fiche Excel + supervision via écoute d'appels
- **Nombre de questions** dans le questionnaire : 226 (vs. 256 au Tour 1 et 219 au Tour 2)

II.4. Difficultés rencontrées

Certains défis identifiés lors des cycles précédents ont persisté :

- CSB inaccessibles après plusieurs tentatives malgré les rendez-vous fixés.
- Mauvais numéros de téléphone communiqués par les chefs SDSP.
- Certains chefs CSB nouvellement nommés, donc non éligibles.
- Nécessité d'un aval préalable du chef SDSP pour certains répondants.
- Difficultés liées à la couverture réseau dans certaines localités.
- Barrières de compréhension technique pour certains chefs CSB.

II.5. Points forts observés

Le Tour 3 a été marqué par plusieurs réussites :

- **Taux de refus nul**, illustrant l'acceptabilité de l'enquête.
- Forte motivation et adaptabilité des enquêteurs.
- **Participation proactive** de plusieurs Chefs de SDSP pour relancer les CSB difficiles à joindre.
- **Existence d'une base de numéros de remplacement**, facilitant le suivi de l'échantillon.
- Disponibilité des **enregistrements audio** pour contrôle qualité.
- Mise en œuvre d'une **stratégie spécifique** pour les zones à réseau limité.
- Collaboration étroite entre le **Ministère de la Santé publique, l'Unité de Gouvernance Digitale** et le **Call Center**, facilitant la résolution rapide des obstacles.
- Présence sur site des superviseurs, assurant une régulation en temps réel.

II.6. Améliorations recommandées

- **Communication en amont** renforcée auprès des chefs de CSB pour accroître leur disponibilité.
- Mise en place d'un **système structuré de rendez-vous** avec rappels.
- **Ciblage d'horaires adaptés**, en tenant compte des contraintes locales (heures de consultation, cultes, etc.).

II.7. Leçons apprises

- L'importance des **débriefings structurés** pour tirer parti des retours terrain et améliorer les cycles futurs.
- Le rôle essentiel des **acteurs locaux** (SDSP) pour améliorer le taux de contact.
- La nécessité de **continuer à adapter les outils** et stratégies de collecte aux réalités de terrain.

Tableau 1: Comparatif synthétique des trois tours de l'enquête téléphonique auprès des CSB (tours 1, 2 et 3)

Éléments	Tour 1		Tour 2		Tour 3	
Période de collecte	29/01	au 16/02/2024	18/11	au 11/12/2024	03/06	au 27/06/2025
Durée de collecte (jours ouvrables)	15		18		17	
CSB prévus (échantillon initial)	650		650		650	
CSB de remplacement disponibles	808		808		808	
CSB enquêtés (initial)	570		574		569	

Éléments	Tour 1	Tour 2	Tour 3
CSB enquêtés (remplacement)	70	77	82
Total CSB enquêtés	640	651	651
Nombre total d'appels	785	727	733
Nombre de refus	0	0	0
CSB injoignables	78	76	82
CSB nouvellement contactés	58	64	61
Durée moyenne des entretiens (min)	35	35	35
Nombre d'enquêteurs	8	11	6 → 14
Nombre de questions	256	219	226

III. RÉSULTATS

III.1. Description de l'échantillon du Tour 3

La répartition des CSB enquêtés est présentée dans le Tableau ci-dessous. Un total de 651 CSB ont participé au deuxième tour de l'enquête, dont 251 CSB1 (38%) et 400 CSB2 (61%). La majorité des CSB étaient situés en zone rurale (92%), ce qui correspond à la répartition nationale des CSB. Toutes les régions de Madagascar sont représentées dans l'enquête. Une légère majorité (58%) des CSB se trouvent dans les régions considérées comme prioritaires dans le cadre du projet PARN-II de la Banque Mondiale.

Le Tableau 5 présente les marges d'erreur associées aux estimations fournies dans ce rapport. Au niveau national, la marge d'erreur est de 2,85 % (avec un niveau de confiance de 90%), ce qui signifie qu'il y a 90% de chances que la valeur réelle au niveau national se situe dans une fourchette de $\pm 2,85$ points de pourcentage par rapport à la valeur mesurée. Les marges d'erreur pour chaque type de CSB et par statut prioritaire PARN sont également faibles, inférieures à 5%. En revanche, les marges d'erreur au niveau régional sont plus élevées (entre 11% et 18%), ce qui implique que les résultats à ce niveau doivent être interprétés avec prudence. En raison de cela, le rapport se concentre sur l'analyse des données au niveau national, par type de CSB, et par statut prioritaire PARN.

Tableau 2: Nombre de CSB enquêtés, par région, type de CSB, localisation, et statut prioritaire PARN

Région	CSB-I	CSB-II	Rural	Urbain	Non Prioritaire PARN	Prioritaire PARN	Total
Madagascar	251 (38%)	400 (61%)	604 (92%)	47 (7%)	270 (41%)	381 (58%)	651 (100%)
Alaotra Mangoro	17	19	34	2	0	36	36 (5%)
Amoron'i Mania	15	15	30	0	0	30	30 (4%)
Analamanga	11	29	36	4	0	40	40 (6%)
Analanjirifo	15	16	28	3	31	0	31 (4%)
Androy	8	15	23	0	0	23	23 (3%)
Anosy	11	17	27	1	0	28	28 (4%)
Atsimo Andrefana	14	23	33	4	37	0	37 (5%)
Atsimo Atsinanana	8	23	29	2	0	31	31 (4%)
Atsinanana	18	18	34	2	0	36	36 (5%)
Betsiboka	9	11	19	1	20	0	20 (3%)
Boeny	11	15	23	3	26	0	26 (3%)
Bongolava	6	10	15	1	0	16	16 (2%)

Région	CSB-I	CSB-II	Rural	Urbain	Non Prioritaire PARN	Prioritaire PARN	Total
Diana	11	17	22	6	28	0	28 (4%)
Fitovinany	7	21	27	1	0	28	28 (4%)
Haute Matsiatra	6	24	25	5	0	30	30 (4%)
Ihorombe	4	10	12	2	14	0	14 (2%)
Itasy	10	15	24	1	0	25	25 (3%)
Melaky	9	10	17	2	19	0	19 (2%)
Menabe	10	14	23	1	24	0	24 (3%)
Sava	12	20	31	1	32	0	32 (4%)
Sofia	19	20	38	1	39	0	39 (5%)
Vakinankaratra	12	21	30	3	0	33	33 (5%)
Vatovavy	8	17	24	1	0	25	25 (3%)

Note : Les régions considérées comme prioritaires dans le cadre du projet PARN sont : Alaotra Mangoro, Amoron'i Mania, Analamanga, Androy, Anosy, Atsinanana, Atsimo Atsinanana, Bongolava, Fitovinany, Haute Matsiatra, Itasy, Vakinankaratra et Vatovavy.

Tableau 3: Marges d'erreur associées aux estimations, par région, type de CSB, localisation et statut prioritaire PARN

Niveau	Marge d'erreur	Nombre de CSB dans le cadre d'échantillonnage	Taille d'échantillon
Madagascar	2,83%	2817	651
CSB-I	4,72%	1444	251
CSB-II	3,46%	1373	400
Urbain	10,60%	211	47
Rural	2,93%	2606	604
Prioritaire PARN	4,58%	1657	270
Non-prioritaire PARN	3,45%	1160	381
Alaotra Mangoro	12,34%	185	36
Amoron'i Mania	13,13%	124	30
Analamanga	11,84%	228	40
Analanjirifo	13,09%	141	31

Niveau	Marge d'erreur	Nombre de CSB dans le cadre d'échantillonnage	Taille d'échantillon
Androy	14,53%	79	23
Anosy	13,48%	110	28
Atsimo Andrefana	12,24%	200	37
Atsimo Atsinanana	12,97%	132	31
Atsinanana	12,36%	188	36
Betsiboka	15,08%	59	20
Boeny	13,97%	101	26
Bongolava	16,97%	48	16
Diana	13,50%	111	28
Fitovinany	13,42%	107	28
Haute Matsiatra	13,09%	122	30
Ihorombe	17,70%	38	14
Itasy	14,09%	91	25
Melaky	16,09%	67	19
Menabe	14,43%	89	24
Sava	12,82%	140	32
Sofia	11,94%	214	39
Vakinankaratra	12,76%	156	33
Vatovavy	13,97%	87	25

Note : Les marges d'erreur ont été calculées en supposant une prévalence de 50% et pour un niveau de confiance de 90%.

III.2. DESCRIPTION GLOBALE PAR MODULE

III.2.1. MODULE DÉFIS ET CHOCS RÉCENTS

III.2.1.a. Difficultés rencontrées par les CSB

Au cours des trois derniers mois, des Centres de Santé de Base (CSB) ont rapporté diverses difficultés opérationnelles :

Financement : Environ 29,2 % des répondants ont indiqué rencontrer des difficultés liées à la capacité de financer les intrants et les activités, tandis que 70,8 % n'ont pas signalé de contrainte financière majeure.

Ressources humaines : Une insuffisance en personnel qualifié ou en formation a été mentionnée par 31,4 % des participants, soulignant des lacunes persistantes dans les ressources humaines.

Supervision des agents communautaires : Des difficultés dans la supervision des activités menées par les agents communautaires ont été rapportées par 24,8 % des répondants.

Disponibilité des intrants et équipements médicaux : Une proportion de 37,4 % a déclaré faire face à une disponibilité insuffisante des intrants essentiels et des équipements médicaux.

Approvisionnement via le PhaGDis : Bien que 78,6 % des répondants n'aient pas rencontré de problème majeur, 21,4 % ont évoqué des difficultés d'approvisionnement à travers le circuit PhaGDis.

Activités de santé publique : La suspension de certaines interventions prévues, telles que les campagnes mobiles ou la distribution de moustiquaires, a été rapportée par 16,9 % des répondants.

Réunions de coordination : Seuls 8,2 % ont mentionné des difficultés liées à l'organisation ou à la participation aux réunions de coordination, notamment celles impliquant les agents communautaires au niveau du district.

Engagement communautaire : L'adhésion et la participation communautaires sont jugées globalement satisfaisantes par la majorité des répondants, bien que 16,9 % perçoivent encore un engagement insuffisant de la part des communautés.

Transport des patients : Le transport des patients constitue un défi majeur selon 55,4 % des répondants, révélant une contrainte logistique importante.

Autres difficultés : Enfin, 34,7 % ont mentionné d'autres types de contraintes, incluant notamment des problématiques contextuelles telles que la sécurité, l'état des infrastructures ou la coordination intersectorielle.

Difficultés rencontrées par le CSB au cours des trois derniers mois

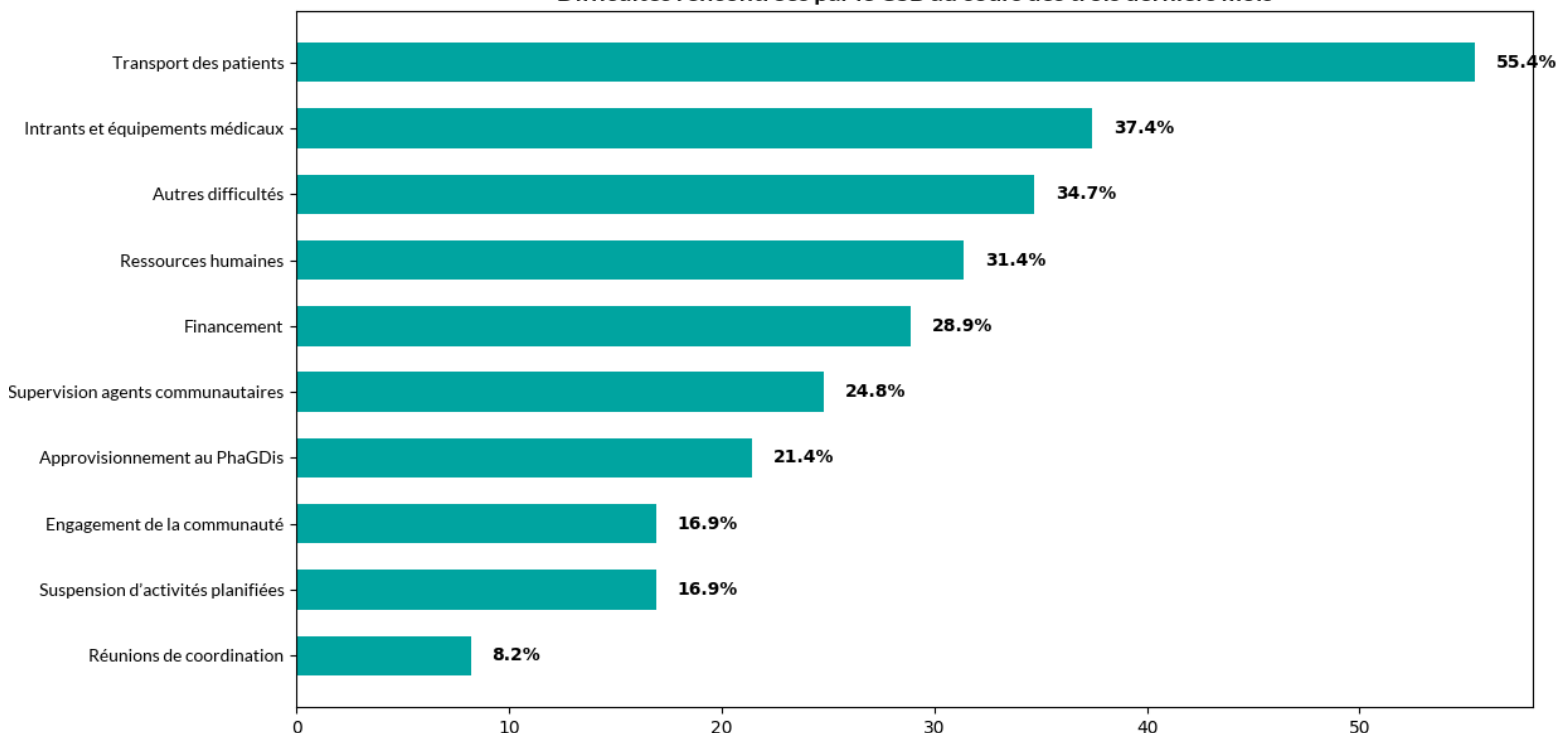


Figure 1: Difficultés rencontrées par le CSB au cours des trois derniers mois

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Au cours des trois derniers mois, ce CSB a-t-il rencontré des difficultés dans l'un des domaines suivants ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.2.1.b. Difficultés rencontrées inhabituelles ou plus importantes par les CSB

La présente étude a mentionné que plusieurs centres de santé de base (CSB) ayant déclaré avoir rencontré des difficultés ont répondu que ces difficultés ont été inhabituelles ou plus marquées que d'ordinaire, affectant la mise en œuvre effective des services de santé dans les domaines suivants :

Financement : La plupart des CSB (60,0 %) ont signalé des contraintes financières exceptionnelles, limitant leur capacité à exécuter les activités programmées (N=190).

Ressources humaines : La plupart des CSB (62,4 %) ont fait état de problèmes inhabituels liés aux ressources humaines, incluant l'insuffisance de personnel qualifié, des absences récurrentes et une surcharge de travail (N=206).

Supervision communautaire : Plus de la moitié des répondants (58,1 %) ont rencontré des difficultés rarissimes dans la supervision des agents communautaires, compromettant potentiellement l'efficacité des interventions de proximité (N=166).

Intrants et équipements médicaux : Près de 60% des CSB ont rapporté l'indisponibilité inhabituelle d'intrants et d'équipements médicaux, avec un impact direct sur la qualité des soins dispensés (N=247).

Approvisionnement via la PhaGDis : La plupart des CSB (62,4 %) ont observé des ruptures ou retards d'approvisionnement inhabituels au niveau du PhaGDis, perturbant la continuité des services (N=138).

Suspension d'activités planifiées : Plus de la moitié des répondants (56,6 %) ont indiqué avoir été contraints de suspendre certaines interventions prévues, reflétant une instabilité opérationnelle (N=114).

Réunions de coordination : Ce domaine apparaît relativement moins affecté, avec 49,8 % des CSB (N=55) ayant rapporté des difficultés dans l'organisation régulière des réunions de coordination.

Engagement communautaire : La plupart des CSB (61,3 %) ont constaté une baisse inhabituelle de l'implication ou de l'adhésion des communautés, constituant un frein à la mobilisation sociale (N=110).

Transport des patients : Le transport des patients constitue le défi le plus fréquemment rapporté, avec 69,1 % des CSB (n=363) confrontés à de contraintes logistiques dans ce domaine.

Autres difficultés : Par ailleurs, 50,5 % des CSB (n=224) ont évoqué diverses autres formes de difficultés, traduisant la complexité et la multiplicité des enjeux contextuels auxquels ils sont confrontés.

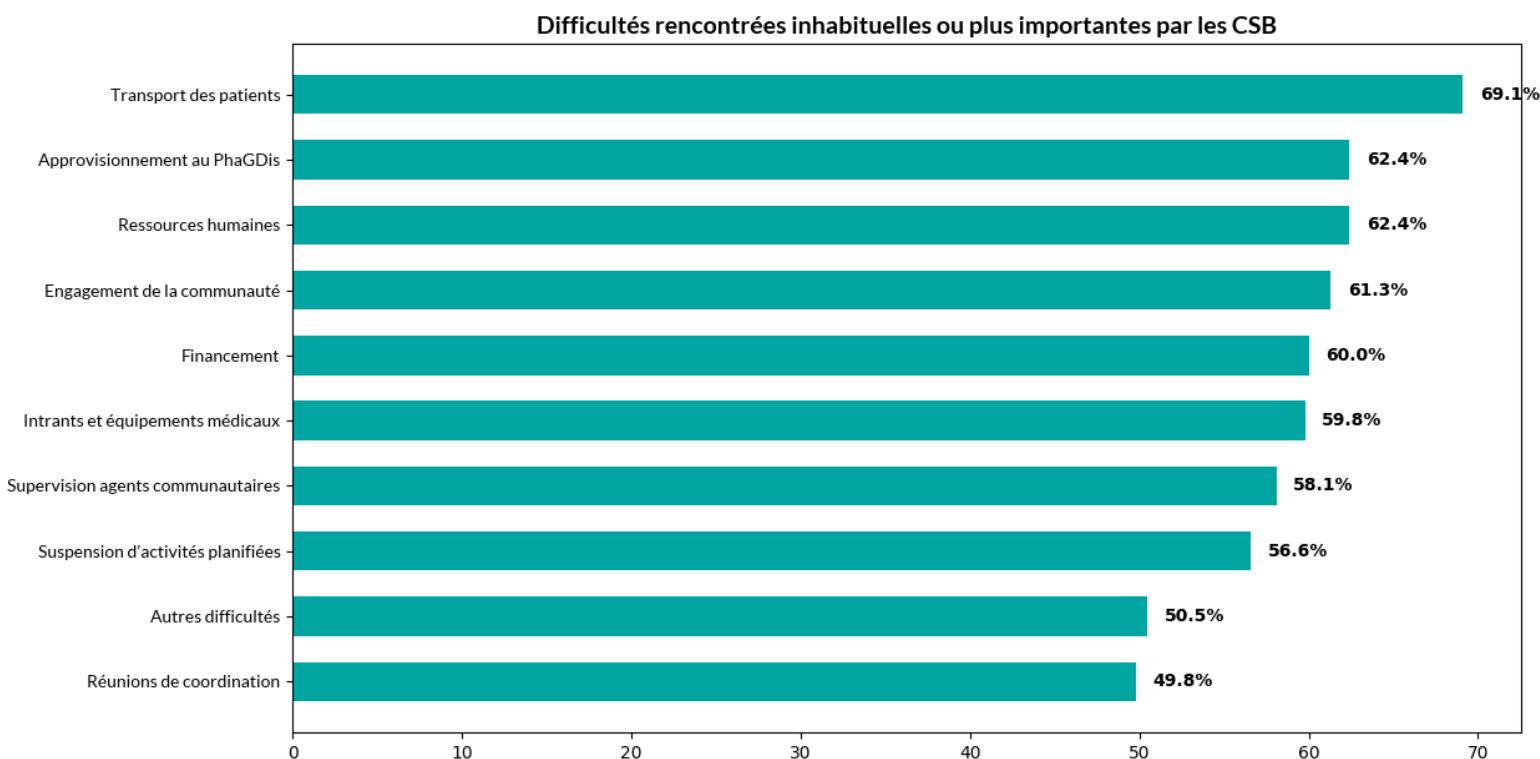


Figure 2 : Difficultés rencontrées inhabituelles ou plus importantes par les CSB

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « les difficultés rencontrées au cours des trois derniers mois sont-elles inhabituelles ou plus importantes que d'habitude ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération.*

III.2.2. MODULE FOURNITURES MÉDICALES

III.2.2.a. Équipements médicaux actuellement disponibles et fonctionnels au sein des CSB

Les équipements de base sont bien présents dans la majorité des CSB, à forte disponibilité de plus de 80%. Ce qui est positif pour les soins de routine, notamment la vaccination, la surveillance de la croissance et les consultations prénatales.

Les glucomètres, ballon masque pour nouveau-né, carte de conseils nutritionnels et les kits individuels d'accouchement bien que disponibles dans plus de la moitié des CSB, leur taux reste insuffisant pour garantir des services universels, notamment pour la gestion du diabète, les accouchements sécurisés et la nutrition.

Des lacunes majeures sont révélées dans la prise en charge des urgences, des examens ORL, de la santé reproductive et des nouveau-nés dont les équipements sont faiblement disponibles à moins de 50%. L'absence d'AMIU, de ventouse et d'otoscope limite fortement la capacité des CSB à offrir des soins spécialisés.

La majorité des CSB maintiennent correctement la chaîne du froid, ce qui est essentiel pour la conservation efficace des vaccins. Toutefois, 5 % de défaillances signalées peuvent compromettre la qualité vaccinale.

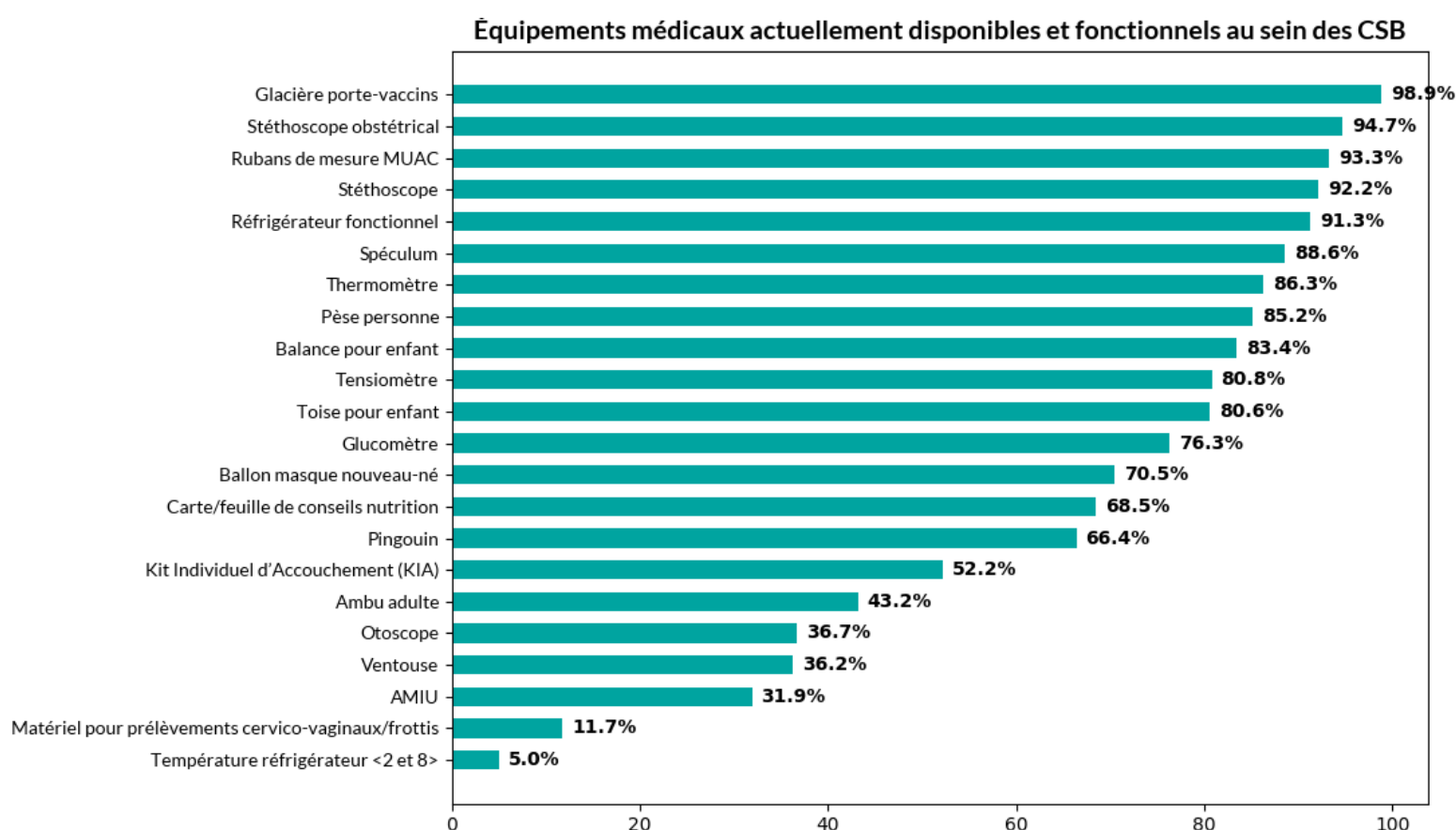


Figure 3 : Équipements médicaux actuellement disponibles et fonctionnels au sein des CSB

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Les équipements médicaux suivants sont-ils actuellement disponibles et fonctionnels au sein du CSB ? » « La température du réfrigérateur à vaccins a-t-elle été en dehors de 2 et 8 degrés Celsius au cours des 7 derniers jours ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après*

pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.

III.2.2.b. Outils de gestion actuellement disponibles et utilisé au sein des CSB

La majorité des CSB disposent des outils essentiels de gestion, mais certains outils clés sont encore partiellement absents dans une proportion non négligeable de structures, ce qui pourrait impacter la qualité du suivi, de la prestation des services et de la prise de décision dans les CSB.

Les outils essentiels à la prise en charge des femmes et des enfants ne sont pas encore universellement disponibles. En particulier : le carnet de santé maternel est absent dans plus de 1 CSB sur 5 (22,5%), ce qui peut nuire à la continuité des soins prénataux et postnataux, et le carnet de santé de l'enfant en langue malgache est plus disponible, mais son absence dans 15% des cas peut réduire l'accès à une information compréhensible pour les parents.

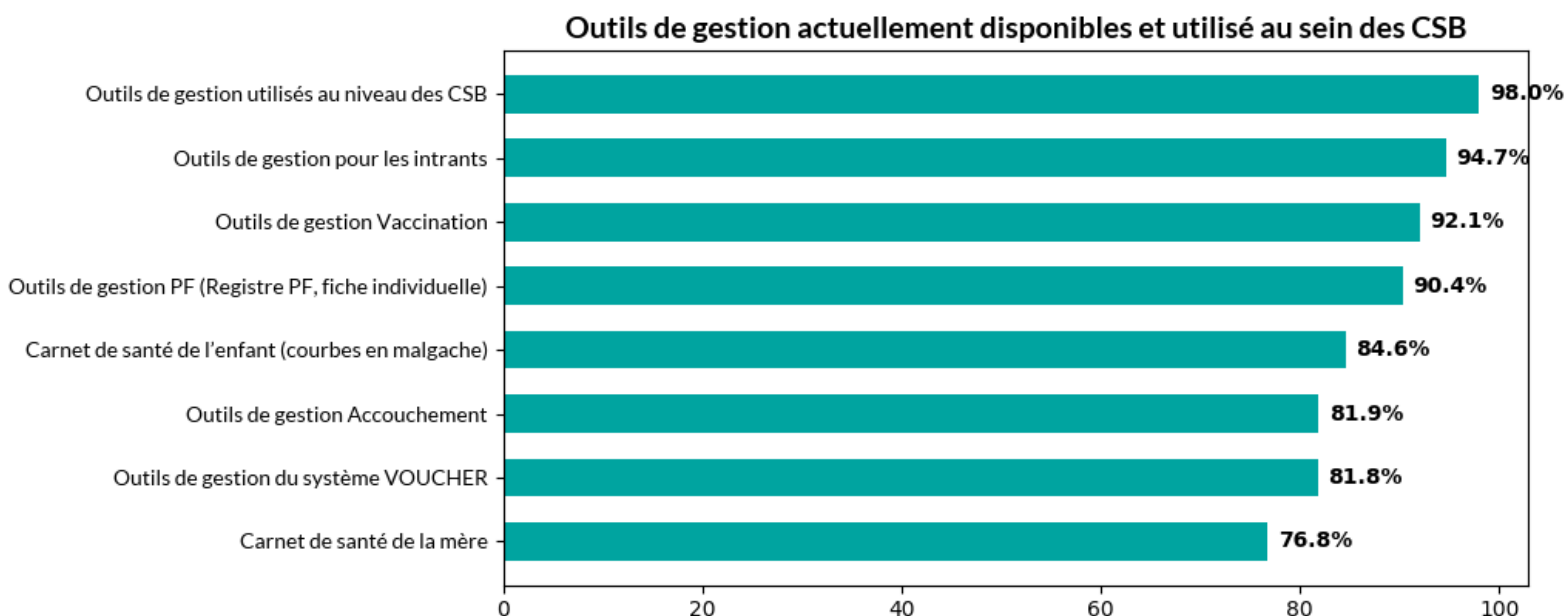


Figure 4: Outils de gestion actuellement disponibles et utilisé au sein des CSB

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Les outils de gestion suivants sont-ils actuellement disponibles et fonctionnels au sein du CSB ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.2.2.c. Matériels de diagnostic disponibles dans le CSB

Il est mis en évidence de fortes inégalités d'accès aux outils de diagnostic essentiels. Certains tests comme celui du paludisme sont très largement disponibles à 94,8% des CSB, tandis que d'autres, le test VIH et le test syphilis sont insuffisamment disponibles : pour le test VIH seulement 37% des CSB en dispose et moins de la moitié des CSB sont dotés en test de diagnostic de la syphilis, ce qui limite le dépistage prénatal et le contrôle des IST ainsi que la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

L'absence des bandelettes urinaires dans plus de 80 % des CSB est préoccupante : ces outils peu coûteux sont essentiels pour des diagnostics rapides.

Matériels de diagnostic disponibles dans le CSB

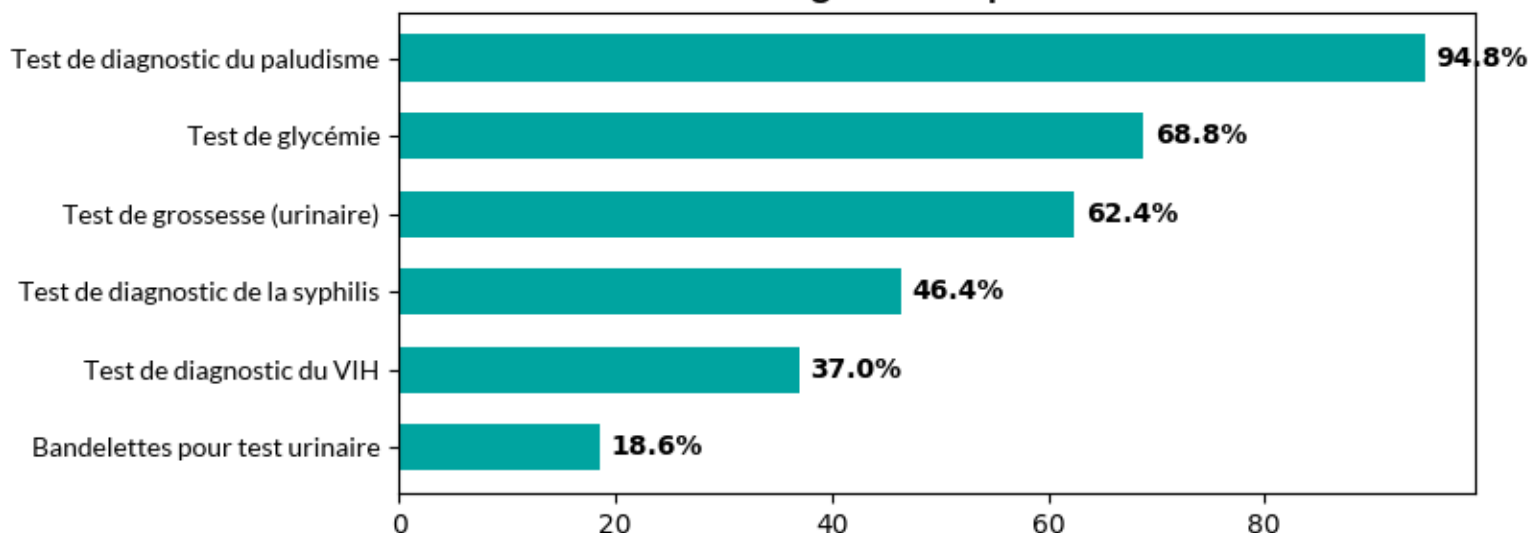


Figure 5: Matériels de diagnostic disponibles dans le CSB

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Les services ou matériels de diagnostic suivants sont-ils disponibles dans le CSB ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.2.2.d. Vaccins disponibles dans le CSB

Tous les vaccins pédiatriques du calendrier vaccinal de routine sont disponibles dans plus de 90 % des CSB, ce qui reflète une bonne performance du Programme Élargi de Vaccination (PEV) à Madagascar.

Le BCG affiche une couverture légèrement inférieure (91,4 %), ce qui pourrait nécessiter une attention particulière pour éviter des ruptures de stock ou des retards de vaccination à la naissance.

Le vaccin contre la COVID-19 reste une exception, très peu accessible au niveau communautaire.

Vaccins disponibles dans le CSB

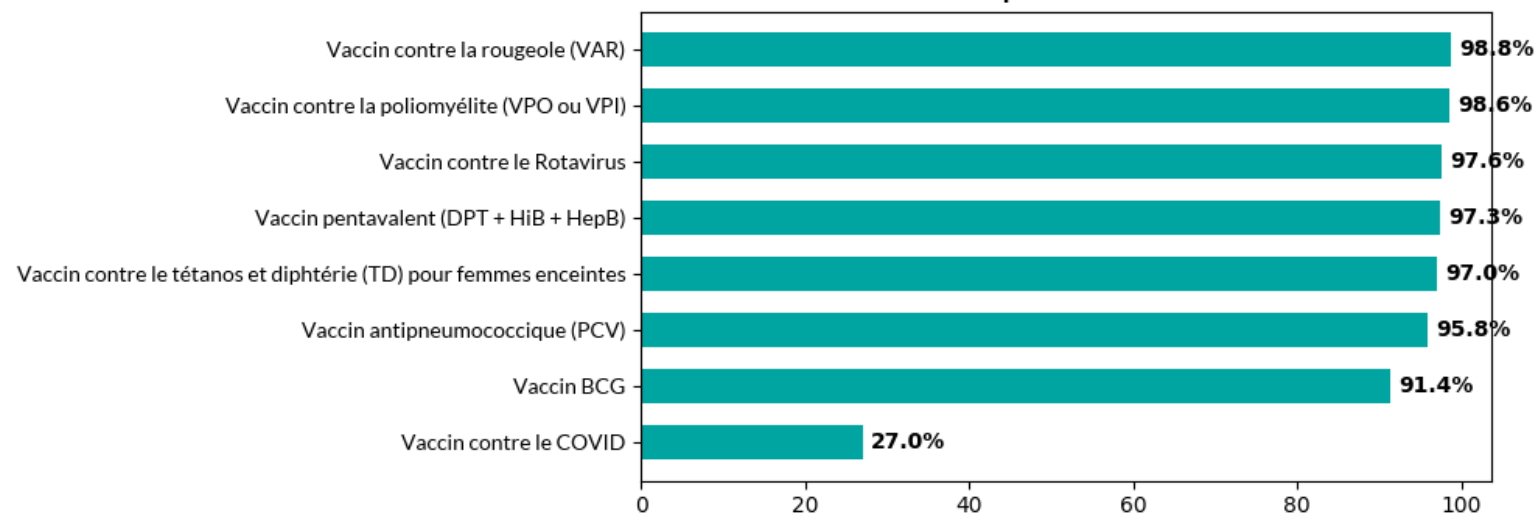


Figure 6: Vaccins disponibles dans le CSB

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Les vaccins suivants sont-ils disponibles dans le CSB ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.2.2.e. Raisons de non-disponibilité des vaccins

Pour le vaccin Pentavalent, la cause la plus marquante de non-disponibilité du vaccin relève de l'impossibilité d'obtenir du stock auprès de la Pha-G-Dis (8 CSB/17 soit 40,1%). Cela suggère une rupture d'approvisionnement au niveau de la Pha-G-Dis, pouvant résulter de mauvaises prévisions, de retards logistiques, ou de dysfonctionnements dans la chaîne de distribution. Les autres causes sont moins fréquentes et constituent des causes ponctuelles ou liées à des contraintes opérationnelles ou climatiques spécifiques à certains CSB.

Concernant le vaccin BCG, sur les 56 CSB concernés par la non-disponibilité de ce vaccin, 20 CSB (31,2%) ont été incapables de se ravitailler auprès de la Pha-G-Dis. Comme pour le pentavalent, cela reflète un problème d'approvisionnement en amont, probablement au niveau du district ou plus haut dans la chaîne logistique. D'autres causes comme l'absence de commande (20,1%) et l'attente de la prochaine date de commande (19,8%) révèlent une faiblesse dans la gestion de stock au niveau des CSB, notamment un manque d'anticipation ou de flexibilité dans les procédures de commande. Les autres causes peuvent être assimilées à des cas isolés ou accidentels qui peuvent relever de problèmes de coordination locale, de maintenance, ou de température.

Dans les deux cas, l'indisponibilité au niveau de la Pha-G-Dis est la principale cause : cela souligne un problème structurel dans la chaîne logistique de vaccins.

Pour le BCG, la gestion des commandes au niveau des CSB (non passation, commande différée) constitue une part importante des défaillances, ce qui suggère la nécessité de renforcer la formation et le suivi des gestionnaires de stock.

Les pannes de réfrigérateurs ou incidents liés à la chaîne du froid (vaccin gelé) restent marginaux, mais rappellent l'importance de la maintenance des équipements.

Causes de non disponibilité du vaccin Pentavalent

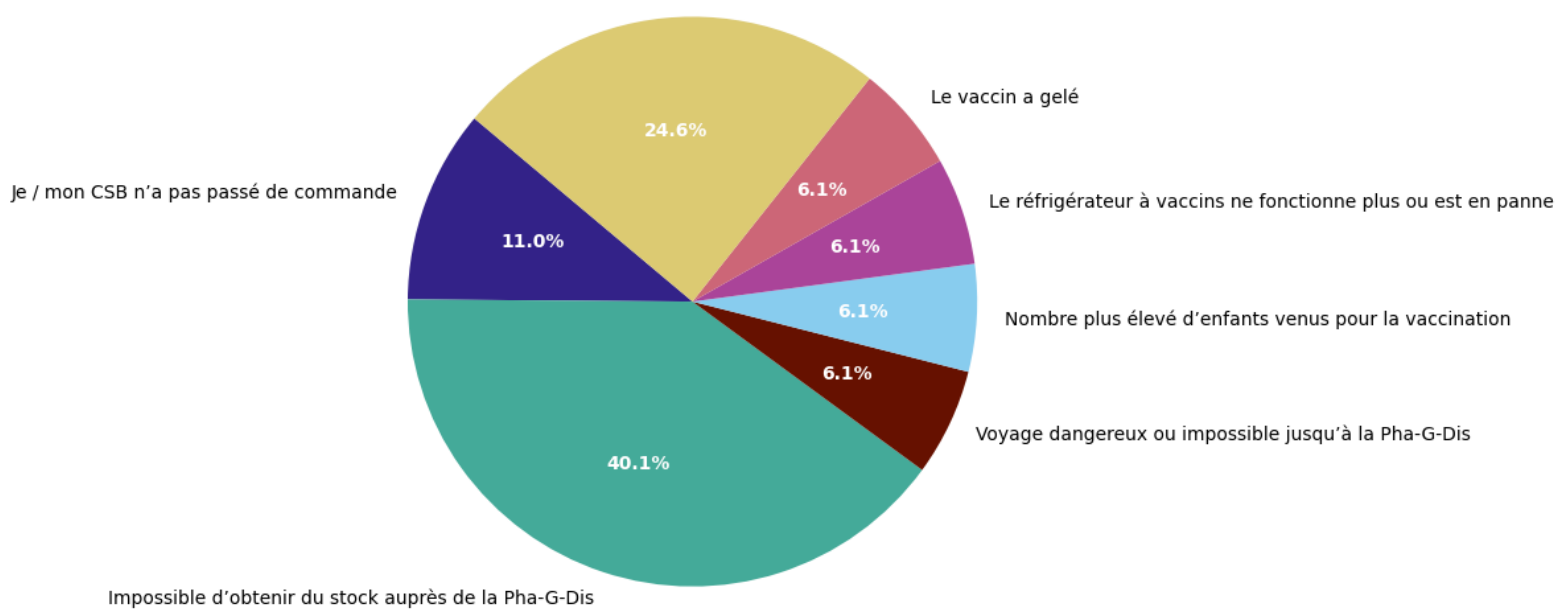


Figure 7: Causes de non disponibilité du vaccin Pentavalent

Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Quelle sont les raisons principales pour lesquelles le *vaccin pentavalent* n'est pas disponible sur place dans ce CSB. * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération.

Causes de non disponibilité du vaccin BCG

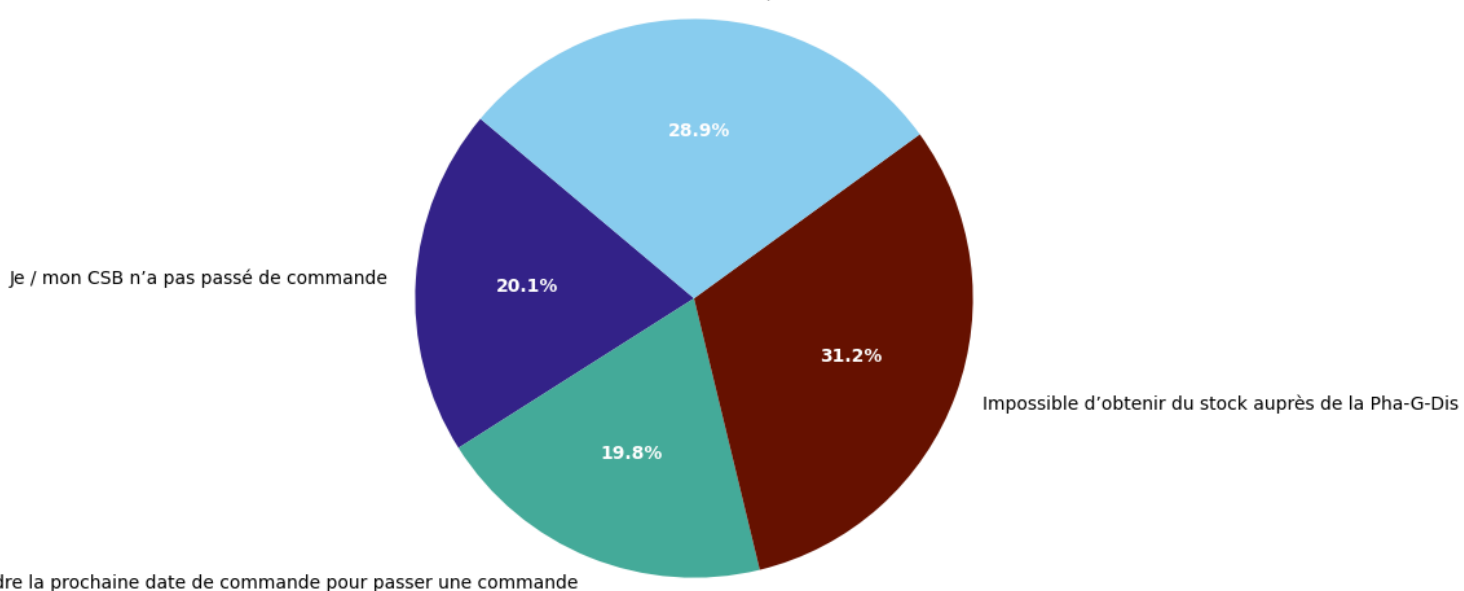


Figure 8: Causes de non disponibilité du vaccin BCG

Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Quelle sont les raisons principales pour lesquelles le *vaccin BCG* n'est pas disponible sur place dans ce CSB ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération.

III.2.2.f. Disponibilité des Équipements de Protection Individuelle (EPI) dans les CSB

Seuls les gants sont disponibles dans plus de 80 % des CSB, ce qui est un strict minimum mais rassurant pour les soins de routine et les gestes à risque. La disponibilité des EPI de protection respiratoire et oculaire est très insuffisante.

Cette situation met potentiellement en danger les agents de santé, surtout en cas d'épidémie ou de soins à risque.

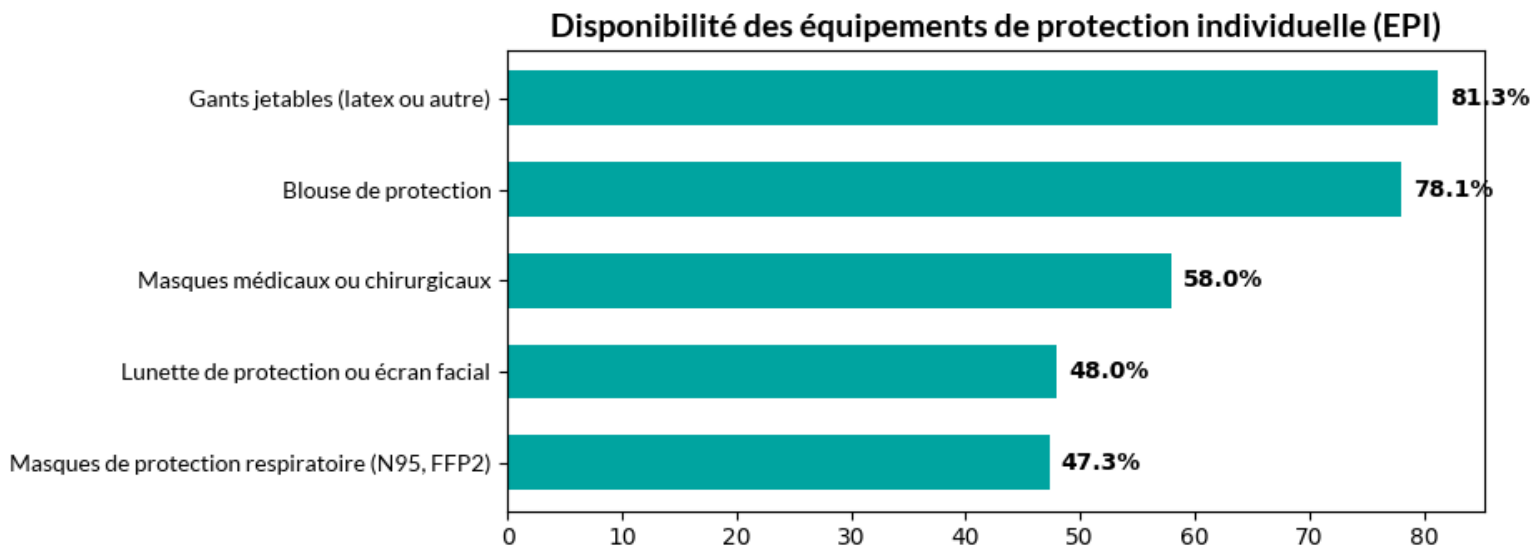


Figure 9: Disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI)

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Les équipements de protection individuelle (EPI) suivants sont-ils disponibles dans le CSB ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.2.2.g. Médicaments essentiels disponibles dans le CSB

Les 3 produits les plus disponibles dans les Centres de Santé de Base (CSB), selon le pourcentage pondéré de disponibilité, sont :

1. **Paracétamol** – 96,8 % des CSB
2. **Amoxicilline (antibiotique oral)** – 95,7 % des CSB
3. **Dexaméthasone ou autres corticostéroïdes (prednisolone)** – 94,6 % des CSB

Les 3 produits les moins disponibles (c'est-à-dire avec les plus faibles taux de disponibilité) dans les CSB sont :

1. **Metformine, insuline injectable ou autre agent hypoglycémique** – 11,9 % de disponibilité
2. **Acide acétylsalicylique (Aspirine)** – 15,3 % de disponibilité
3. **Chlorhexidine** – 16,5 % de disponibilité

Le taux moyen de disponibilité des médicaments essentiels dans les CSB, selon les données du tableau, est d'environ 69,7 %.

Disponibilité des médicaments essentiels dans le CSB

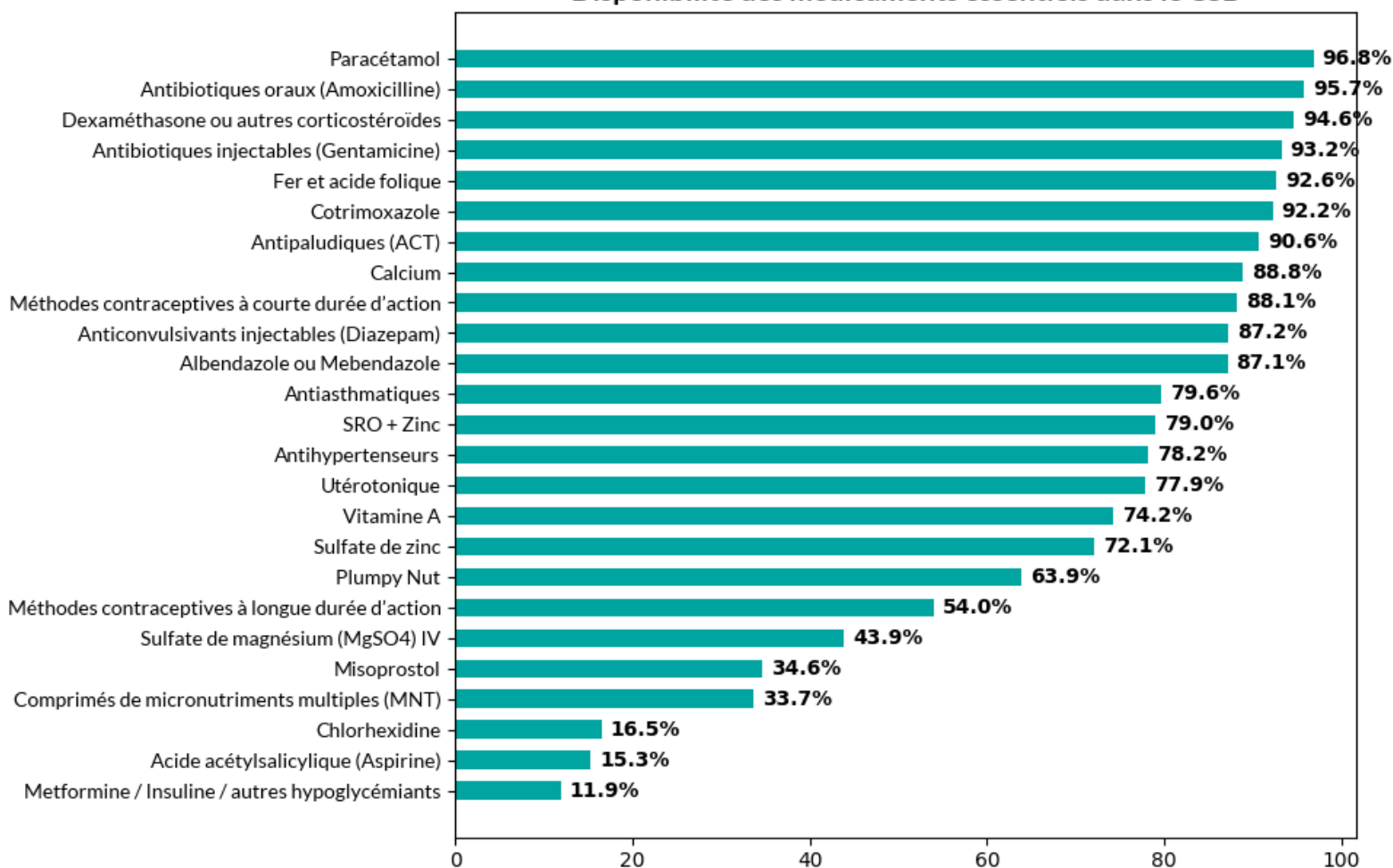


Figure 10: Disponibilité des médicaments essentiels dans le CSB

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Les médicaments essentiels suivants sont-ils disponibles dans le CSB ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.2.2.h. Raisons de non-disponibilité des médicaments essentiels

Pour la Sulfate de magnésium en intraveineuse (N = 362), la cause la plus fréquente de non-disponibilité a été l'impossibilité d'obtenir du stock auprès de la Pha-G-Dis (185 cas /362 soit 46,2%). Cela indique un problème majeur d'approvisionnement au niveau du district, possiblement lié à une rupture de stock centrale ou à des délais logistiques importants. L'absence de commande par le CSB (84 cas soit 21,3%) reflète une faiblesse de gestion au niveau local (oubli, négligence ou désorganisation).

Pour le Plumpy Nut (N = 236), les autres causes suggérant un grand nombre de cas non-classés dans les options proposées arrivent en tête avec 145 cas (61,6%). Une analyse qualitative des réponses est essentielle pour comprendre les véritables obstacles (stock réservé aux cas de malnutrition sévère, erreurs de livraison, etc.). L'impossibilité d'obtenir du stock auprès de la Pha-G-Dis (69 cas soit

25,9%) et l'absence de commande par le CSB (30 cas soit 12,5%) ont été les causes spécifiées les plus fréquentes après les « autres causes ».

Concernant la disponibilité du SRO + Zinc (N = 134), l'impossibilité d'obtenir du stock auprès de la Pha-G-Dis (78 cas soit 53,5%) indique un manque de disponibilité structurel important au niveau district, ce qui compromet la continuité des soins de base, notamment pour la prise en charge des diarrhées infantiles. Deux autres causes liées à la commande : absence de commande (23 cas soit 16,5%) et le retard de commande (22 cas soit 13,6%) révèlent des problèmes organisationnels au sein des CSB (planning, formation, coordination).

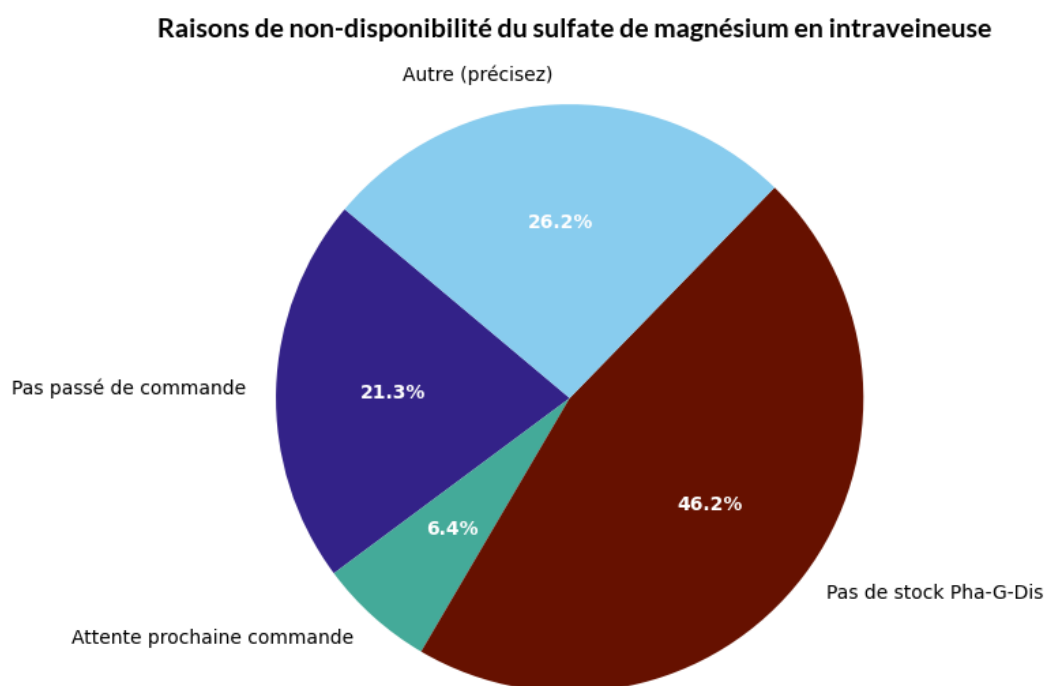


Figure 11: Raisons de non-disponibilité du sulfate de magnésium en intraveineuse

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Quelles sont les raisons principales pour lesquelles le *sulfate de magnésium en intraveineuse* n'est pas disponible sur place dans ce CSB ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération.*

Raisons de non-disponibilité du plumpy nut

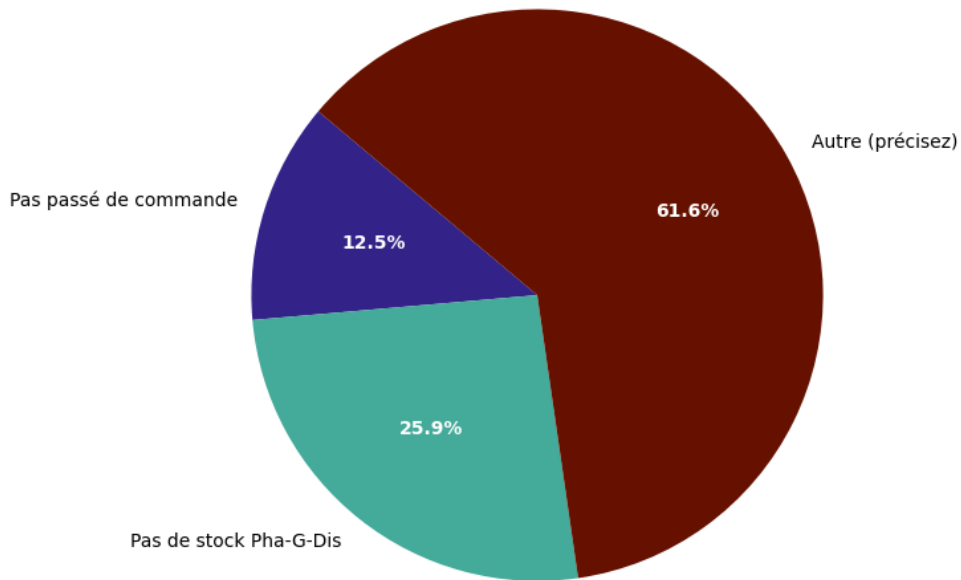


Figure 12: Raisons de non-disponibilité du plumpy nut

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Quelles sont les raisons principales pour lesquelles le *plumpy nut* n'est pas disponible sur place dans ce CSB ? ». * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération.*

Raisons de non-disponibilité des Solutés de réhydratation orale (SRO) et zinc

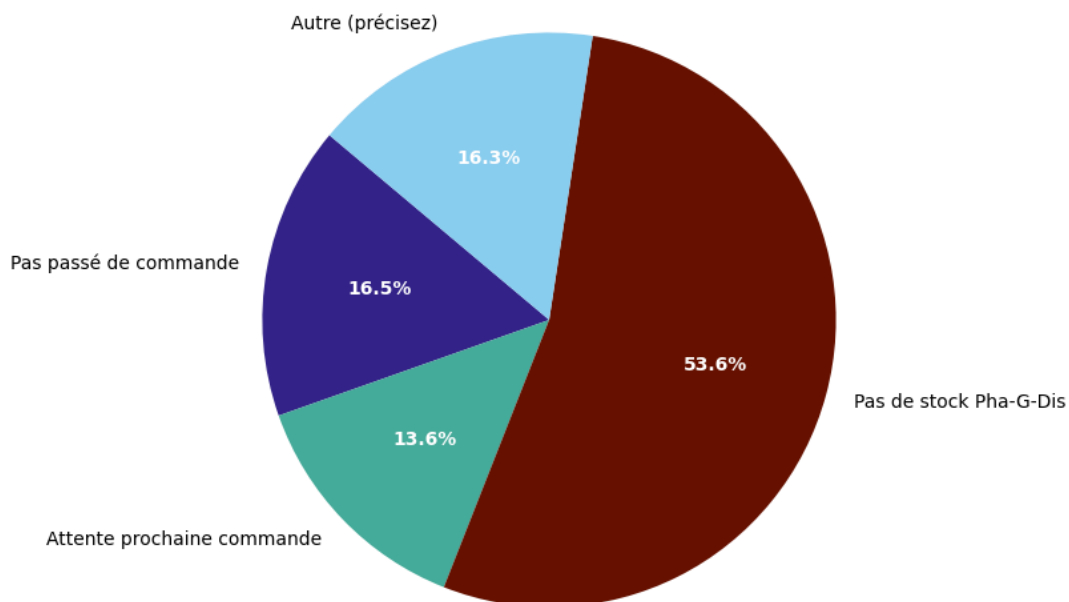


Figure 13: Raisons de non-disponibilité des Solutés de réhydratation orale (SRO) et zinc

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Quelles sont les raisons principales pour lesquelles les *Solutés de réhydratation orale (SRO) et zinc* ne sont pas disponibles sur place dans ce CSB ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération.*

III.2.2.i. Méthodes de contraception à longue durée d'action disponibles dans le CSB2

La question a été posée aux 350 responsables venant de CSB2. Si l'implant a été disponible dans 94,2% des CSB2, le dispositif contraceptif intra-utérin (DCIU) n'est présent que dans 146 sur les 350 soit 40,7% des CSB2.

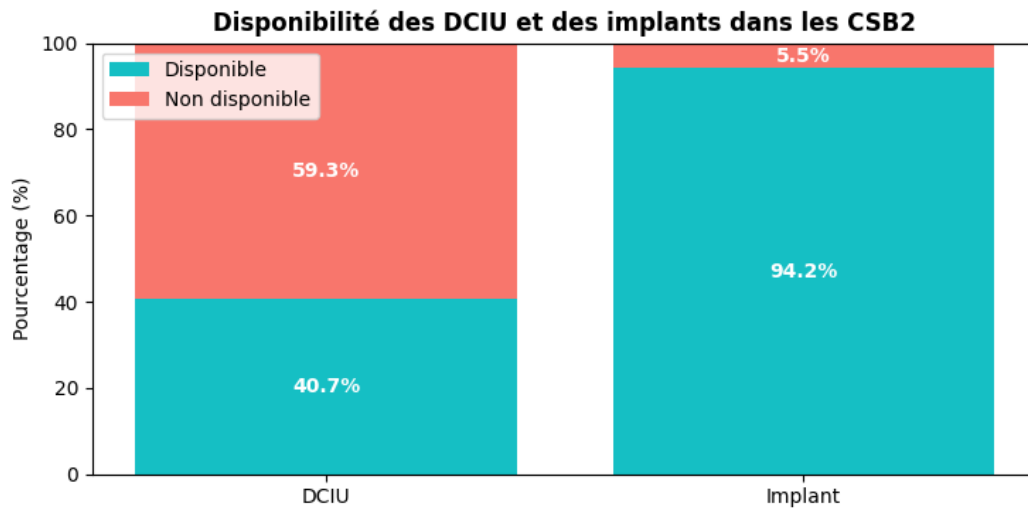


Figure 14: Disponibilité des DCIU et des implants dans les CSB2

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Les méthodes de contraception à longue durée d'action suivantes sont-elles disponibles dans le CSB ? ». * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.2.2.j. Méthodes de contraception à courte durée d'action disponibles dans le CSB

Le contraceptif injectable a été disponible dans 593/651 CSB soit 91,2%. Le préservatif masculin le suit avec une disponibilité dans 502/574 CSB soit 88,2%. La pilule contraceptive d'urgence et le préservatif féminin ferment la marche avec respectivement des taux de disponibilité de 26,3% et 10,3%.

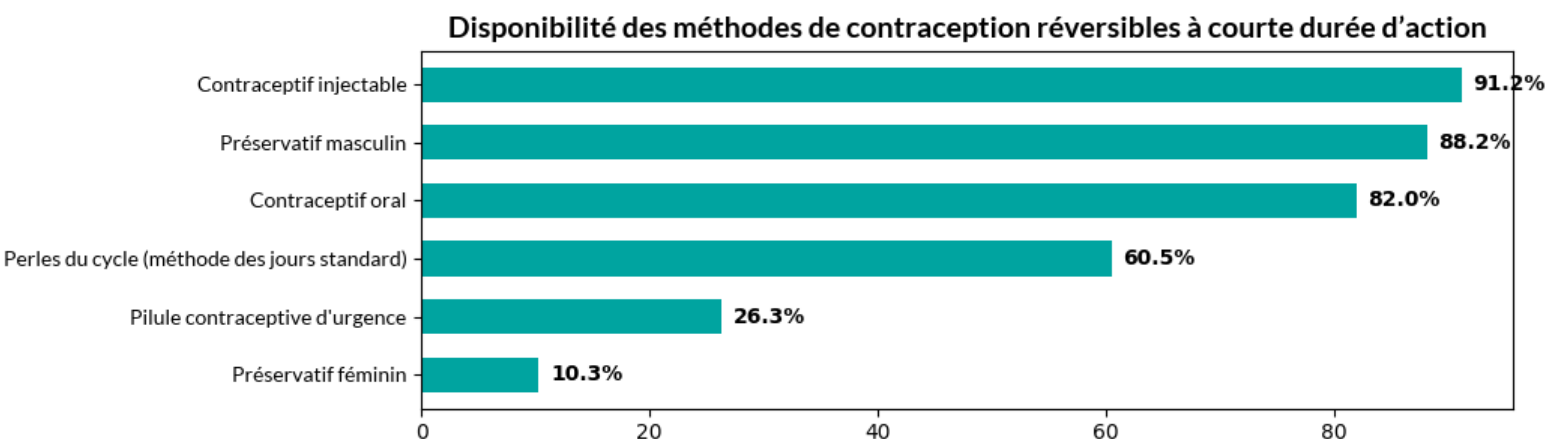


Figure 15: Disponibilité des méthodes de contraception réversibles à courte durée d'action

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Les méthodes de contraception réversibles à courte durée d'action suivantes sont-elles disponibles dans le CSB ? ». * Les proportions rapportées dans la*

figure ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.

III.2.2.k. Raisons de non-disponibilité des contraceptifs injectables

La principale raison de non-disponibilité des contraceptifs injectables a été l'impossibilité d'obtenir du stock auprès de la Pha-G-Dis (36 cas sur 58 soit 57,5%). La deuxième raison a été l'obligation d'attendre la prochaine date de commande (12 cas sur 58 soit 17,7%).

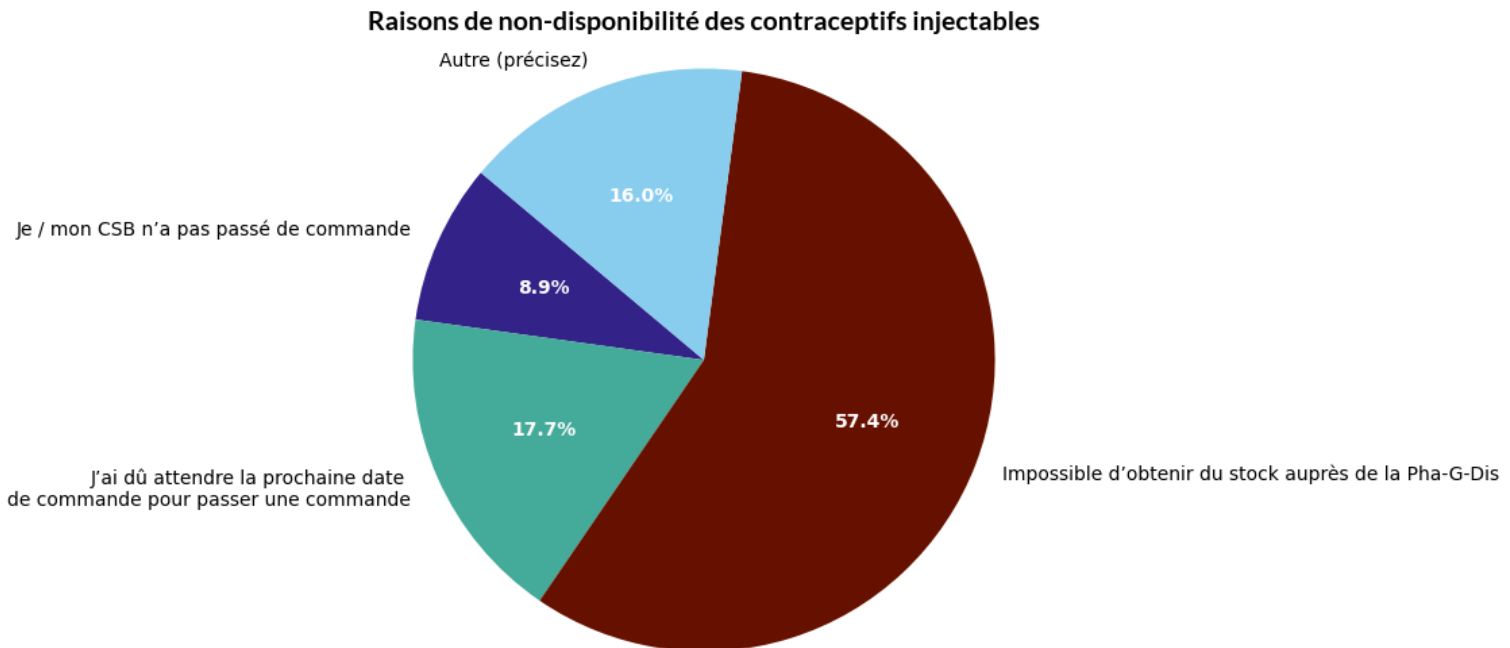


Figure 16: Raisons de non-disponibilité des contraceptifs injectables

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Quelle sont les raisons principales pour lesquelles les *contraceptifs injectables* ne sont pas disponibles sur place dans ce CSB ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération.*

III.2.2.l. Fréquence des ruptures de stock d'intrants

La synthèse de la fréquence des ruptures de stock d'intrants a été mesurée principalement par deux indicateurs : la proportion de CSB **n'ayant jamais connu de rupture** (variable clé pour estimer la disponibilité), ainsi que les **niveaux de rupture fréquente ou permanente** (ruptures ≥ 149 jours/an). Les trois premiers types d'intrants les plus disponibles au niveau des CSB ont été ceux pour les soins d'urgence (86,5%), l'hypertension (82%) et l'asthme (77,2%). Les intrants les moins disponibles sont ceux du programme VIH/Sida (15,6%), ceux utilisés contre le diabète (15,6%), et ceux utilisés pour la lutte contre la tuberculose (15,2%).

Le taux de rupture (≥ 149 jours) reflète la gravité du manque. Les pourcentages les plus élevés ont été observés pour les intrants de la Santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) avec 12,5%, suivis par les intrants pour la prise en charge du diabète (9,5%) et ceux utilisés dans le cadre de la Santé reproductive - planning familial (5,5%).

En bref, les intrants les plus disponibles sont liés aux soins d'urgence, hypertension, asthme et maladies de l'enfant, avec plus de 75% des CSB sans rupture. Les ruptures critiques touchent surtout les intrants pour le diabète, le VIH/SIDA et la tuberculose, où moins de 16% des CSB ont un approvisionnement continu. Pour la santé reproductive et la santé maternelle, les ruptures sont modérées, mais préoccupantes pour environ 1 CSB sur 3.

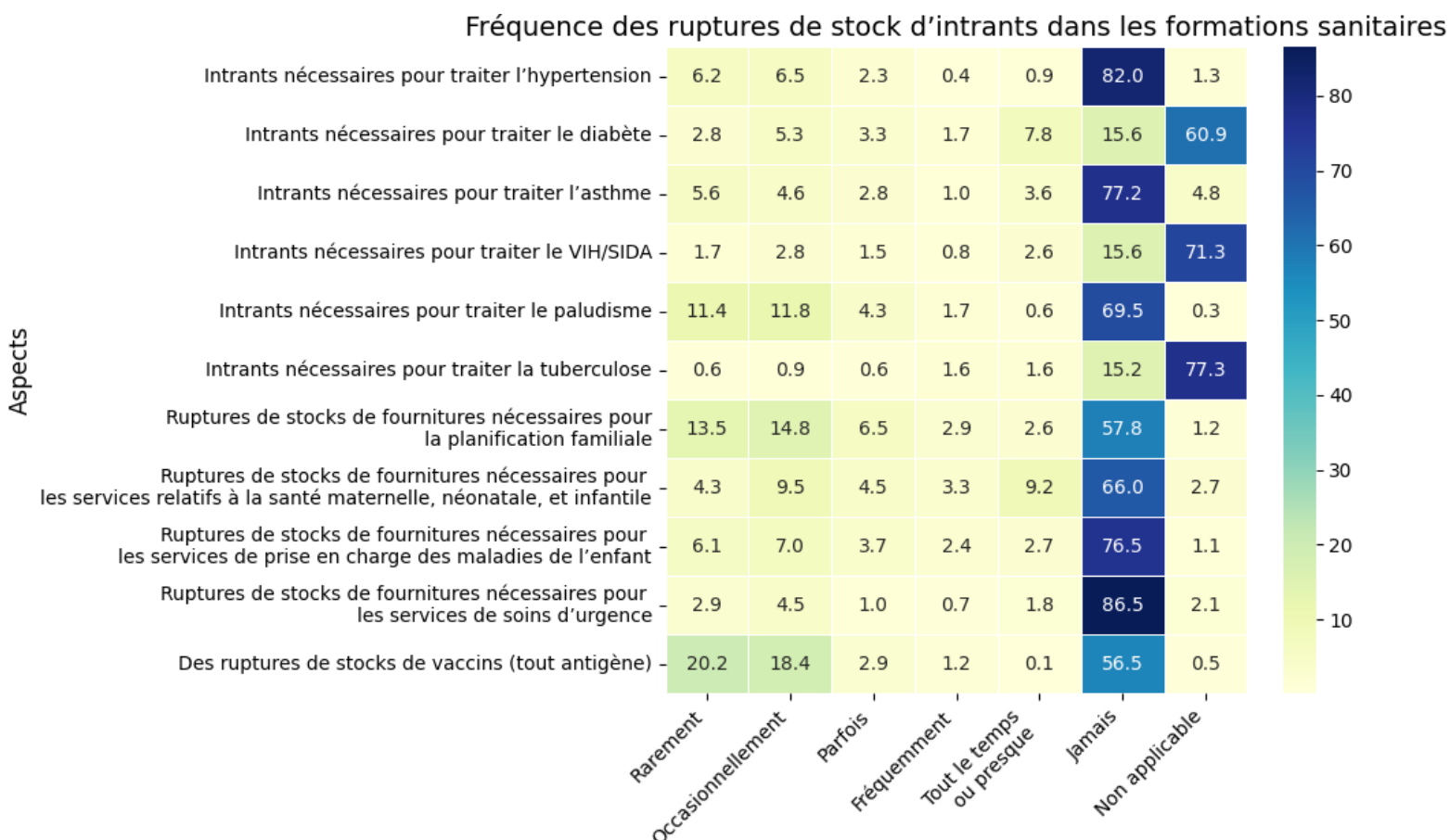


Figure 17: Fréquence des ruptures de stock d'intrants dans les formations sanitaires

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « A quelle fréquence cette formation a-t-elle été confrontée à des ruptures de stock d'intrants cités ci-après ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.2.3. MODULE FINANCEMENT

III.2.3.a. Sources de financement du CSB hors salaires et contributions en nature

Parmi les 443 CSB déclarant recevoir des financements au-delà des seuls salaires et ressources en nature, les principales sources restent étatiques : 64,2 % bénéficient d'un appui du gouvernement central, et 60,1 % de l'administration communale. Cette prépondérance des financements publics reflète une structuration fortement dépendante des ressources étatiques.

En revanche, la participation des acteurs non gouvernementaux demeure marginale : seuls 19,9 % des CSB sont appuyés par des ONG ou organisations confessionnelles, 17,6 % par des

partenaires internationaux hors ONG, et moins de 5 % reçoivent un financement de sources communautaires (4,7 %) ou d'autres sources diverses (4,3 %).

La tendance générale indique donc que, même au sein des CSB disposant d'un financement autre que les ressources de base, la diversité des sources reste très limitée. Les financements sont essentiellement publics et verticaux, avec une implication faible de la société civile, des partenaires techniques ou des initiatives locales.

Cela pose un problème de durabilité et de résilience, car une trop forte dépendance à un petit nombre de bailleurs (principalement gouvernementaux) peut fragiliser la stabilité financière en cas de crise budgétaire, changement politique ou désengagement partiel.

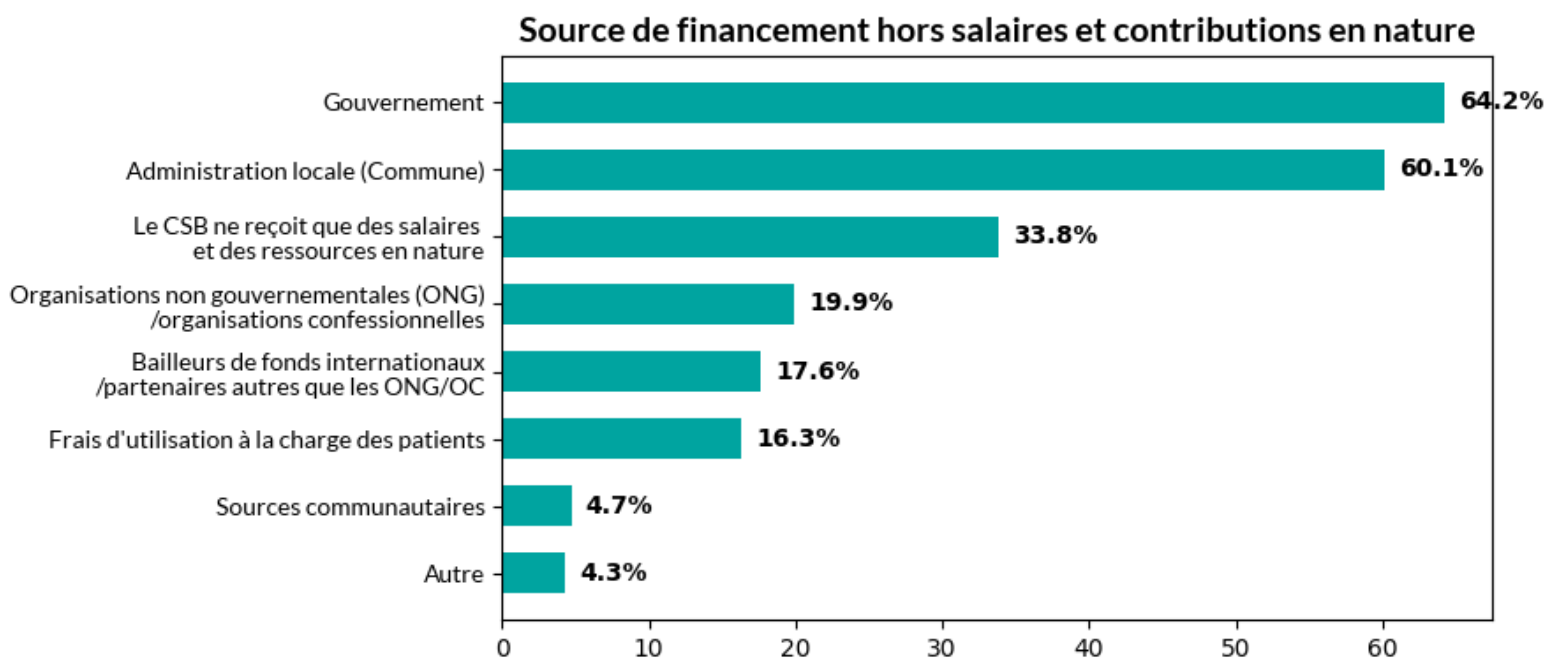


Figure 18: Source de financement hors salaires et contributions en nature

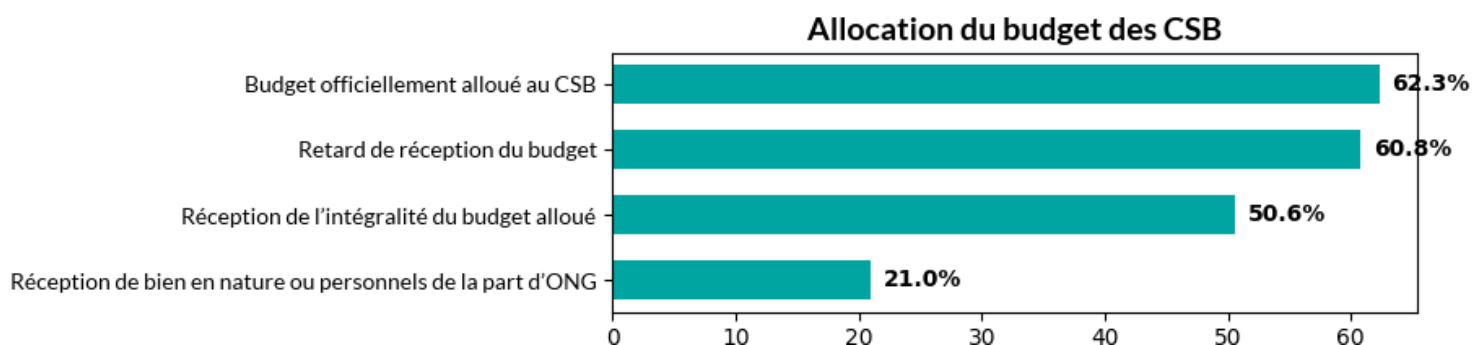
*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « A l'exclusion des salaires et des ressources en nature perçues par le CSB, quelles sont les sources de financement de ce CSB ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.2.3.b. Budget officiel et appuis reçus par les CSB

Parmi les 443 CSB bénéficiant d'un financement autre que salaires et ressources en nature, 62,3 % disposent d'un budget officiel alloué, signe d'un engagement partiel mais significatif de structuration budgétaire au niveau local. Toutefois, l'exécution de ce budget reste problématique : seulement la moitié (50,6 %) déclarent avoir reçu l'intégralité du budget prévu, tandis que 49,1 % signalent une réception partielle.

Pire encore, plus de 60 % des CSB (60,8 %) font état de retards dans la réception du budget au cours des trois derniers mois, ce qui indique des dysfonctionnements persistants dans les circuits de décaissement. Cette irrégularité budgétaire compromet la planification et la continuité des services.

Parallèlement, l'appui externe reste marginal : seuls 21,0 % des CSB ont reçu des biens en nature ou du personnel de la part d'ONG récemment, ce qui reflète un faible niveau de soutien complémentaire extérieur, notamment en logistique ou en ressources humaines.



Ces éléments traduisent une double vulnérabilité structurelle : d'une part, une dépendance à des budgets officiels instables ou mal exécutés, et d'autre part, un manque de renfort de la part des partenaires non gouvernementaux. Ensemble, ces facteurs limitent l'autonomie des CSB et compromettent leur capacité à répondre efficacement aux besoins de santé des communautés.

Figure 19: Allocation du budget des CSB

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « A l'exclusion des salaires et des ressources en nature perçues par la formation, existe-t-il un budget officiel alloué à ce CSB pour l'année financière (État ou Partenaire)? » « Au cours des trois derniers mois de l'année dernière, le CSB a-t-il reçu l'intégralité du budget de dotation CSB qui lui a été alloué ? » « Au cours des trois derniers mois de l'année dernière, le CSB a-t-il subi des retards dans la réception du budget qui lui a été alloué ? » « Au cours des trois derniers mois, ce CSB a-t-il reçu des biens en nature ou du personnel de la part d'une organisation non gouvernementale, d'une organisation confessionnelle, ou d'un autre donateur externe ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.2.3.c. Participation financière des usagers pour les soins

L'analyse révèle que pour la majorité des services de santé de base, moins de 17 % des CSB déclarent faire payer les patients, toutes prestations confondues. Les consultations ambulatoires pour adultes (16,5 %) et les services pour adolescents (14,3 %) sont ceux où la facturation est la plus fréquente, tandis que les services comme la vaccination infantile (12,1 %), les produits contraceptifs (11,9 %), les tests de diagnostic (paludisme, VIH, tuberculose) et les accouchements (12,5 %) sont également concernés, mais à des niveaux légèrement inférieurs.

La tendance dominante est la gratuité, avec des taux de non-facturation très élevés : plus de 80 % des CSB déclarent ne pas faire payer pour chacun de ces services, en particulier pour les soins prénatals (86,6 %), les vaccinations (87,1 %) ou encore les tests rapides du paludisme (87,5 %). Notons cependant une zone d'incertitude pour certains services, notamment le diagnostic de la tuberculose, où 40,2 % des CSB le jugent « non applicable », et seuls 48,2 % déclarent explicitement qu'il est gratuit — un chiffre plus faible que pour les autres services.

Cette situation suggère globalement une adhésion forte à la politique de gratuité des soins essentiels, conformément aux engagements nationaux et internationaux. Toutefois, la persistance de cas de paiement dans tous les types de services, même à faible proportion, interroge sur la régularité

de l'application de cette politique. Cela pourrait être lié à des déficits de financement, des pratiques locales informelles ou une mauvaise compréhension des directives nationales.

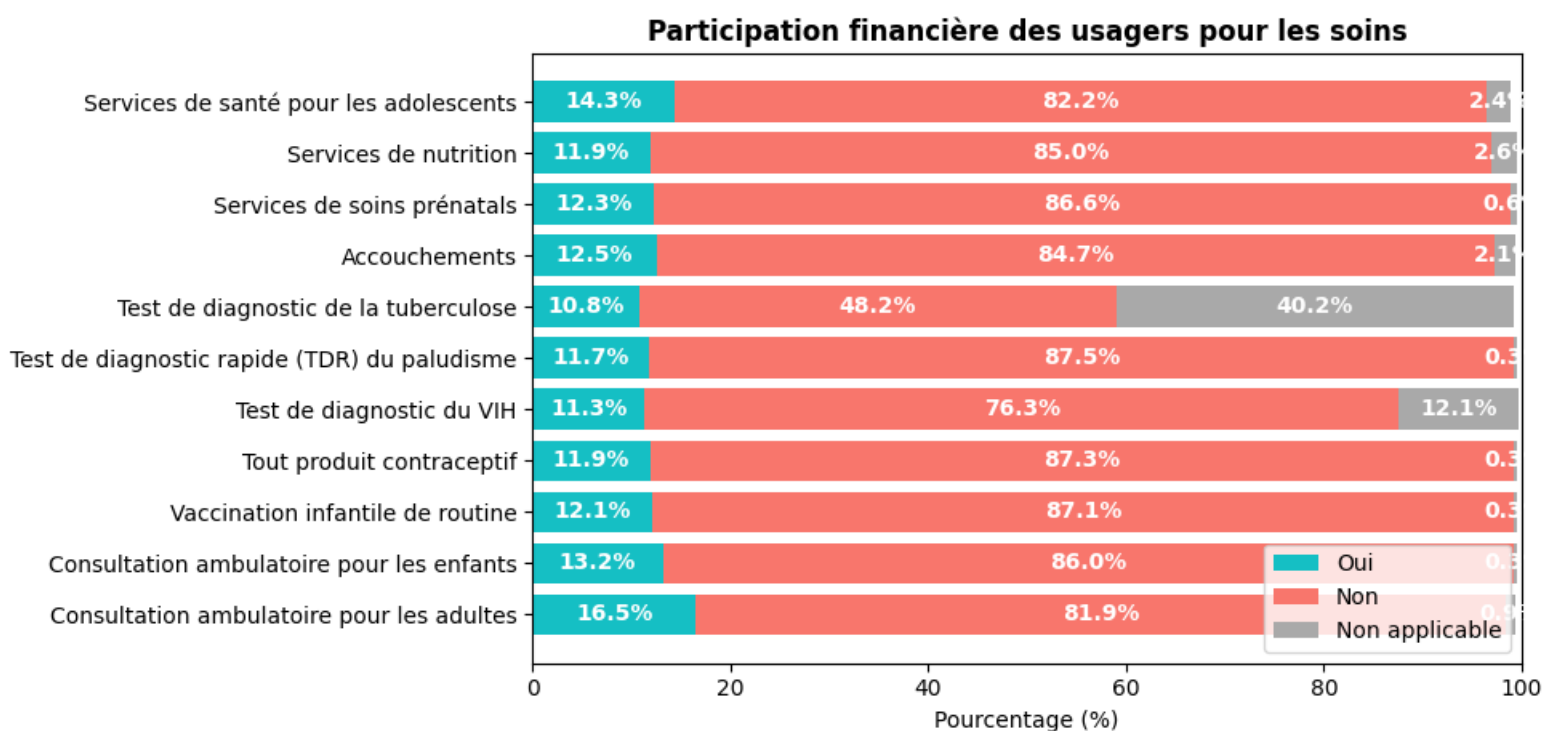


Figure 20: Participation financière des usagers pour les soins

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Veuillez m'indiquer si ce CSB fait payer les patients pour l'un des services suivants ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories*

III.2.3.d. Exemption des frais pour les utilisateurs des services

Parmi les 651 CSB, 607 (93,2 %) déclarent exempter au moins un groupe de patients du paiement de soins, ce qui confirme une mise en œuvre relativement large de la politique de gratuité ciblée. Cependant, l'analyse des groupes spécifiques révèle une application hétérogène et parfois ambiguë des exemptions.

Les groupes les plus souvent exemptés totalement ou partiellement sont :

- Les adolescents (60,0 %)
- Les patients âgés (50,4 %)
- Les indigents (45,7 %)
- Les enfants de moins de 5 ans (41,1 %)
- Les femmes enceintes (39,3 %)

Les patients malades mentaux et ceux vivant avec un handicap bénéficient également d'exemptions dans près de 41 à 44 % des CSB, mais présentent aussi une proportion élevée de réponses « Ne sait pas » (16,2 % pour les malades mentaux, 10,4 % pour les handicapés), ce qui reflète un manque de clarté ou d'information au niveau des prestataires.

Par ailleurs, les patients disposant de "vouchers" restent peu souvent exemptés (25,1 % au total), et plus de 14,9 % des CSB ne savent pas s'ils le sont, ce qui suggère un système encore peu répandu ou mal compris.

Dans l'ensemble, bien que la politique d'exemptions soit engagée dans une majorité d'établissements, son application varie fortement selon les groupes et semble souffrir de lacunes d'interprétation, de mise en œuvre et de communication. Cette situation risque d'engendrer des inégalités d'accès aux soins, particulièrement pour les groupes les plus vulnérables.

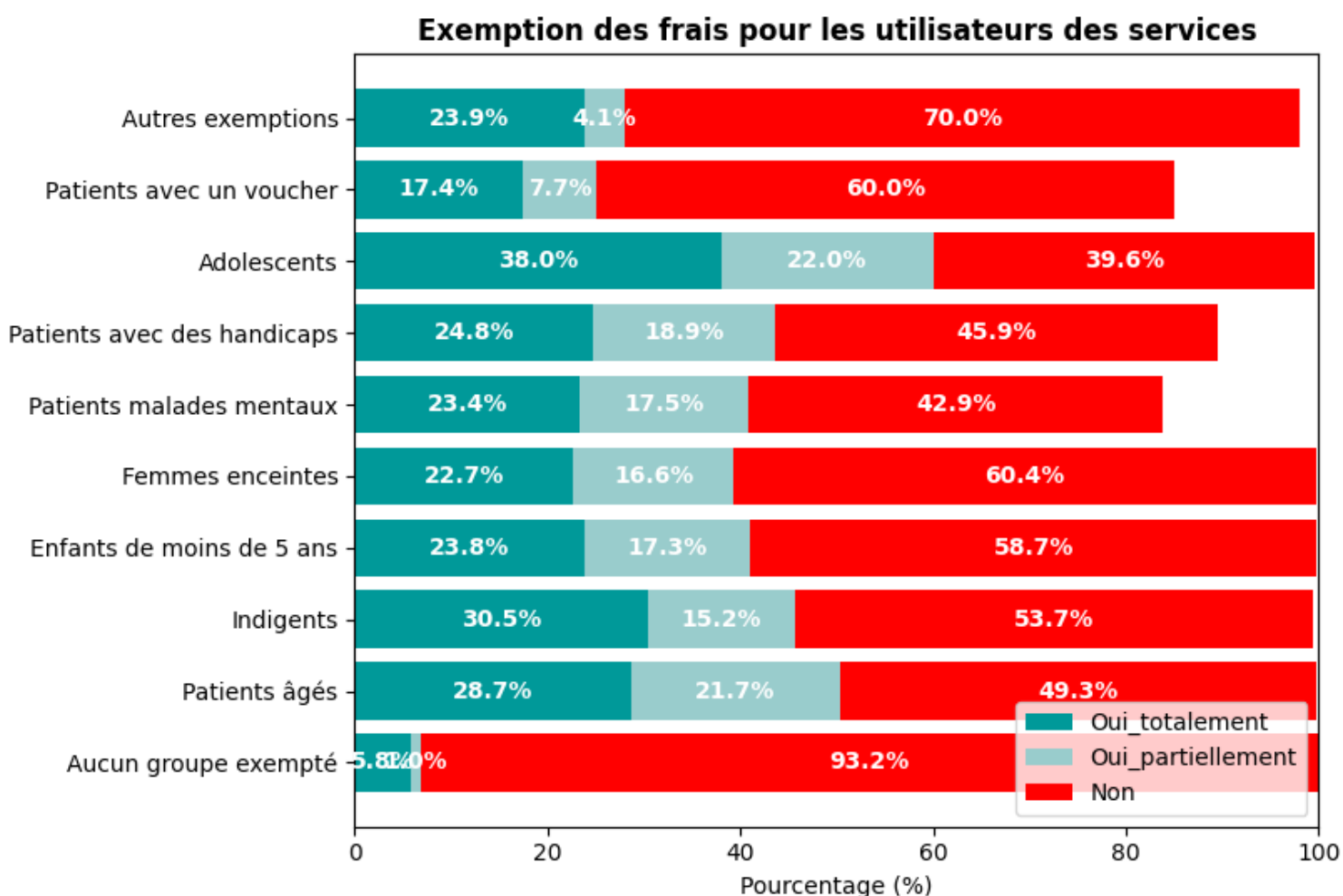


Figure 21: Exemption des frais pour les utilisateurs des services

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « L'un des groupes suivants est-il exempté de payer des frais médicaux ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.2.4. EFFECTIFS ET DOTATION EN PERSONNEL

III.2.4.a. Nombre moyen de prestataires de soins de santé aux CSB

L'analyse des données recueillies auprès de 651 Centres de Santé de Base (CSB) à Madagascar révèle une disponibilité limitée en personnel soignant. En moyenne, chaque CSB compte environ 3,6 prestataires, ce qui demeure relativement bas pour répondre efficacement aux besoins en santé de la population. La présence de médecins est particulièrement faible, avec une moyenne de

seulement 0,3 par centre, ce qui laisse penser que bon nombre d'établissements fonctionnent sans médecin. Ce sont donc principalement les infirmiers et les sages-femmes, présents en moyenne à hauteur de 2,3 par CSB, qui assurent la prise en charge des patients.

Par ailleurs, les agents de santé communautaires représentent un maillon essentiel du système local de soins, avec une moyenne de 16 agents par centre. Toutefois, la forte variation constatée d'un CSB à l'autre indique une distribution inégale sur le territoire. À cela s'ajoute le recours à des bénévoles (environ 2,2 par centre) ainsi qu'à des agents communautaires bénévoles (7 en moyenne), montrant l'implication active des communautés pour pallier le manque de personnel formel. Les écarts notables entre les centres soulignent des déséquilibres marqués dans l'allocation des ressources humaines et dans le fonctionnement global des structures de santé de base.

Tableau 4: Nombres moyens et écart type de prestataires de soins au sein des CSB, par type de CSB

Variables	Total	CSB1	CSB2
	Moyenne (écart type)		
N	651	251	400
Nombre total de prestataires de soins	2,7 (1,9)	4,2 (3,2)	3,6 (2,9)
Nombre de médecins	0,0 (0,1)	0,5 (0,7)	0,3 (0,6)
Nombre de personnel infirmier et de sage-femmes	1,9 (0,8)	2,6 (2,2)	2,3 (1,8)
Nombre total d'agents de santé communautaires	9,6 (9,4)	19,8 (16,7)	16,0 (15,2)
Nombre total de bénévoles			
BENEVOLE	1,5 (1,4)	2,6 (3,2)	2,2 (2,7)
AGENT COMMUNAUTAIRE BENEVOLE	3,9 (7,3)	8,9 (15,0)	7,0 (12,9)

*Note : Le tableau ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Quel est le nombre total de prestataires de soins de santé travaillant dans ce CSB ? » « Combien de médecins travaillent dans ce CSB ? » « Combien de personnel infirmier et de sage-femmes travaillent dans ce CSB ? » « Quel est le nombre total d'agents de santé communautaires qui sont gérés par ce CSB, qui travaillent avec ce CSB, ou qui fournissent des services dans la zone desservie par ce CSB ? ». * Les proportions rapportées dans le tableau ont été obtenues après pondération.*

III.2.4.b. Formations reçues par les prestataires de soins au cours des 2 dernières années

D'après les données, la quasi-totalité des Centres de Santé de Base (CSB) à Madagascar ont organisé, ces deux dernières années, des formations en lien avec la vaccination des enfants. Environ 98 % d'entre eux indiquent que leurs agents de santé ont été formés sur ce sujet, ce qui reflète une volonté claire de renforcer les compétences en matière de vaccination à l'échelle nationale. Ces formations couvrent plusieurs volets essentiels, notamment l'administration des vaccins (94,7 %), la gestion de la chaîne du froid (92,6 %), le suivi et la remontée des données vaccinales (92,2 %), ainsi que la surveillance épidémiologique (91,8 %), traduisant une approche assez complète des aspects pratiques et organisationnels.

Néanmoins, certaines thématiques restent moins bien couvertes. C'est le cas des formations concernant les nouveaux vaccins avant leur déploiement, qui n'ont touché que 64,4 % des centres à travers une formation structurée, tandis que près d'un tiers n'ont reçu aucune préparation. Cette faiblesse pourrait entraver l'introduction efficace de nouveaux produits vaccinaux, en particulier lors de situations sanitaires urgentes. Par ailleurs, la formation sur la sécurité des injections et l'élimination des déchets médicaux est aussi moins répandue (88,1 %), ce qui peut engendrer des risques pour les soignants et les patients. En résumé, bien que les bases de la formation soient largement assurées, certains domaines spécifiques mériteraient d'être davantage renforcés pour garantir une prise en charge vaccinale sûre et complète.

Tableau 5: Formations des prestataires de soins

	Nombre de CSB	Pourcentage
	N	651
Formations des prestataires en service (dernières 2 années)		
Vaccinations infantiles		
Oui	635	(97,6%)
Non	15	(2,3%)
Formations reçues en lien avec la vaccination des enfants (2 dernières années)		
Prestation de services de vaccination		
Oui, formation formelle	615	(94,7%)
Oui, supervision de soutien	5	(0,6%)
Pas de formation	11	(1,6%)
Informations seulement	4	(0,6%)
Gestion/manipulation des vaccins et chaîne du froid		
Oui, formation formelle	601	(92,6%)
Oui, supervision de soutien	9	(1,2%)
Pas de formation	20	(2,9%)
Informations seulement	5	(0,8%)
Rapport de données et suivi de la prestation de services de vaccination		
Oui, formation formelle	598	(92,2%)
Oui, supervision de soutien	9	(1,3%)
Pas de formation	24	(3,5%)
Surveillance et notification des maladies		
Oui, formation formelle	596	(91,8%)
Oui, supervision de soutien	7	(0,9%)
Pas de formation	26	(3,9%)

	Nombre de CSB	Pourcentage
Informations seulement	6	(1,0%)
Sécurité des injections et gestion des déchets		
Oui, formation formelle	572	(88,1%)
Oui, supervision de soutien	7	(0,9%)
Pas de formation	49	(7,5%)
Informations seulement	7	(1,1%)
Formation sur les nouveaux vaccins avant leur introduction		
Oui, formation formelle	418	(64,4%)
Oui, supervision de soutien	8	(1,1%)
Pas de formation	186	(28,7%)
Informations seulement	18	(2,6%)

III.2.5. MODULE VOUCHER ET FBP

III.2.5.a. Mise en œuvre du Système Voucher au sein des CSB

La mise en œuvre du Système Voucher dans les Centres de Santé de Base (CSB) révèle un taux d'adoption majoritaire mais encore perfectible. Sur les 381 CSB interrogés, 67,2 % ont effectivement reçu le lot de démarrage de médicaments, indiquant une diffusion relativement satisfaisante mais laissant tout de même près d'un tiers (30,9 %) sans approvisionnement initial. En parallèle, 69,2 % du personnel a bénéficié d'une formation sur le système, un niveau appréciable, mais 30,4 % des CSB n'ont pas eu de formation, ce qui peut impacter la qualité d'implémentation du dispositif.

Concernant la fonctionnalité actuelle du système, 81,6 % des CSB déclarent que le système Voucher fonctionne actuellement, un indicateur positif qui suggère une implantation largement opérationnelle. Toutefois, 19,1 % de ces CSB ont connu une période d'interruption, ce qui pourrait indiquer des problèmes de durabilité ou de gestion du système. Enfin, seulement 14,1 % des CSB ont signalé un changement dans les cibles du système, ce qui semble démontrer une certaine stabilité dans la stratégie de ciblage depuis la mise en œuvre.

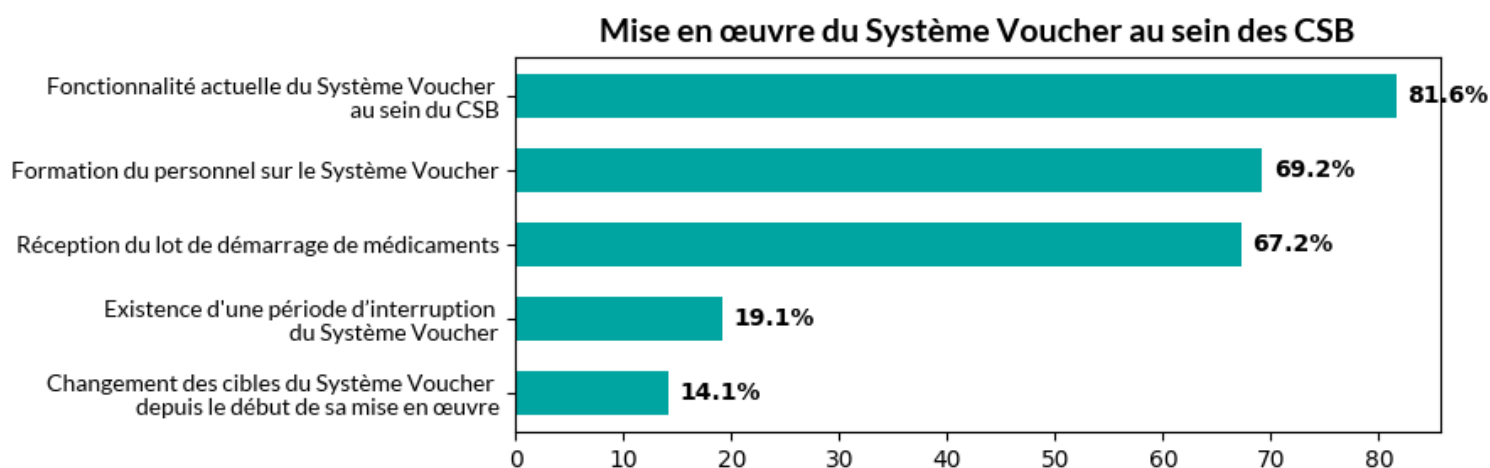


Figure 22: Mise en œuvre du Système Voucher au sein des CSB

Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Est-ce que le lot de démarrage de médicaments pour la prise en charge des cibles du Système Voucher est déjà reçu par le CSB ? » « Est-ce que vous ou votre équipe est déjà formé en Système Voucher ? » « Est-ce que le Système Voucher est actuellement déjà fonctionnel au sein du CSB ? » « Est-ce que le Système Voucher est actuellement déjà fonctionnel au sein du CSB ? » « Est-ce qu'il y a eu une période d'interruption du Système Voucher ? » « Est-ce que les cibles du Système Voucher ont changé depuis le début de la mise en œuvre du programme ? »

** Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.2.5.b. Mise en œuvre du FBP au sein des CSB

L'analyse des données relatives au Financement Basé sur la Performance (FBP) révèle une participation encore limitée des Centres de Santé de Base (CSB) à ce dispositif. Seuls 17 % des CSB déclarent appartenir au groupe des contractants du FBP, tandis que près des trois quarts (71,9 %) ne sont pas impliqués, et 11,1 % ne savent pas s'ils en font partie, ce qui traduit un manque de communication ou de clarté sur le fonctionnement et les bénéficiaires du FBP.

Parmi les CSB contractants (n=70), la quasi-totalité (91,4 %) a été évaluée selon les critères de quantité et de qualité des services, ce qui témoigne d'un processus d'évaluation actif et structuré pour ceux intégrés au programme. Toutefois, seulement 30,6 % de ces CSB ont effectivement reçu un subside, pointant une rupture entre l'évaluation et la récompense financière, ou une possible insuffisance de fonds disponibles. Il est toutefois encourageant de noter que parmi les CSB ayant perçu un subside, 91,6 % l'ont investi dans l'amélioration de la qualité, montrant une utilisation responsable et ciblée des ressources reçues.

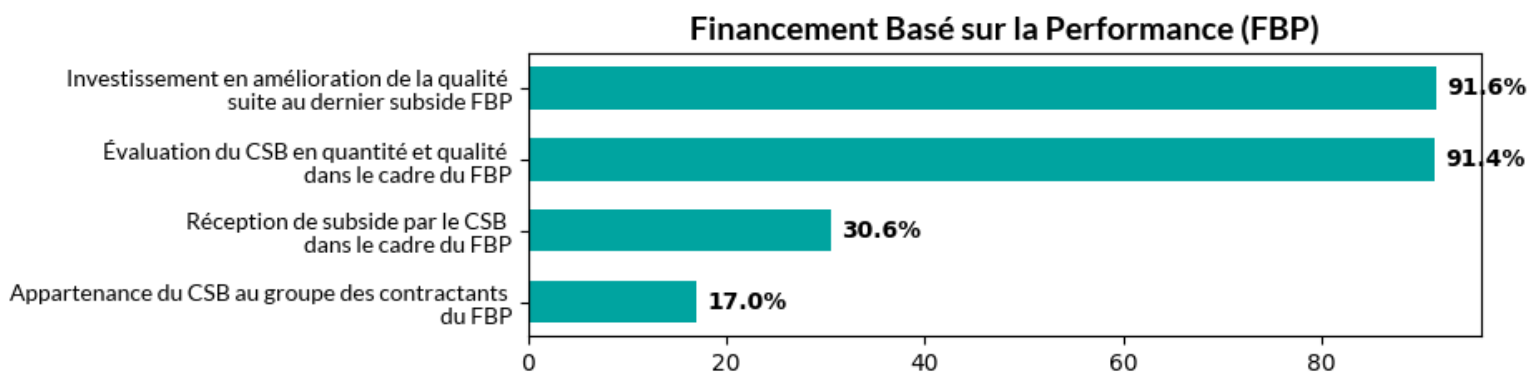


Figure 23: Financement Basé sur la Performance (FBP)

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Ce CSB fait-il partie des contractants du FBP ? » « Le CSB a-t-il été déjà évalué en quantité et qualité dans le cadre du FBP ? » « Le CSB a-t-il déjà reçu un subside dans le cadre du FBP ? » « Pour le dernier subside reçu, y-a-t-il eu un investissement effectué pour l'amélioration de la qualité au niveau du CSB ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération.*

III.3. ANALYSE COMPAREE SELON QUE LES CSB BENEFICIE OU NON LE PROJET PARN

III.3.1. MODULE DÉFIS ET CHOCS RÉCENTS

III.3.1.a. Difficultés rencontrées par les CSB (Zone prioritaire et Non prioritaire PARN)

Les résultats révèlent que les Zones Non Prioritaires sont confrontées à plusieurs difficultés de manière significativement plus marquée que les Zones Prioritaires. Notamment, 38,2 % des zone non prioritaire rapportent des problèmes de supervision communautaire contre seulement 15,4 % en zone prioritaire ($p = <0,001$). De même, le manque d'engagement communautaire est signalé par 22,2 % des zone non prioritaire contre 13,1 % des zone prioritaire ($p = 0,004$). Les suspensions d'activités planifiées concernent 20,2 % des zone non prioritaire contre 14,6 % en zone prioritaire ($p = 0,042$), et les difficultés de transport des patients sont plus fréquentes en zone non prioritaire (61,1 % contre 51,4 %, $p = 0,031$). Enfin, près de la moitié des zone non prioritaire (46,5 %) évoquent d'autres types de difficultés, contre 26,4 % des zone prioritaire ($p = <0,001$).

À l'inverse, une proportion plus élevée de zone prioritaire (24,5 %) signale des difficultés d'approvisionnement au niveau du PhaGDis, contre 16,8 % en zone non prioritaire ($p = 0,024$). Aucune différence significative n'est observée concernant le financement ($p = 0,962$), la disponibilité des intrants médicaux ($p = 0,215$), les ressources humaines ($p = 0,103$), ni l'organisation des réunions de coordination ($p = 0,362$).

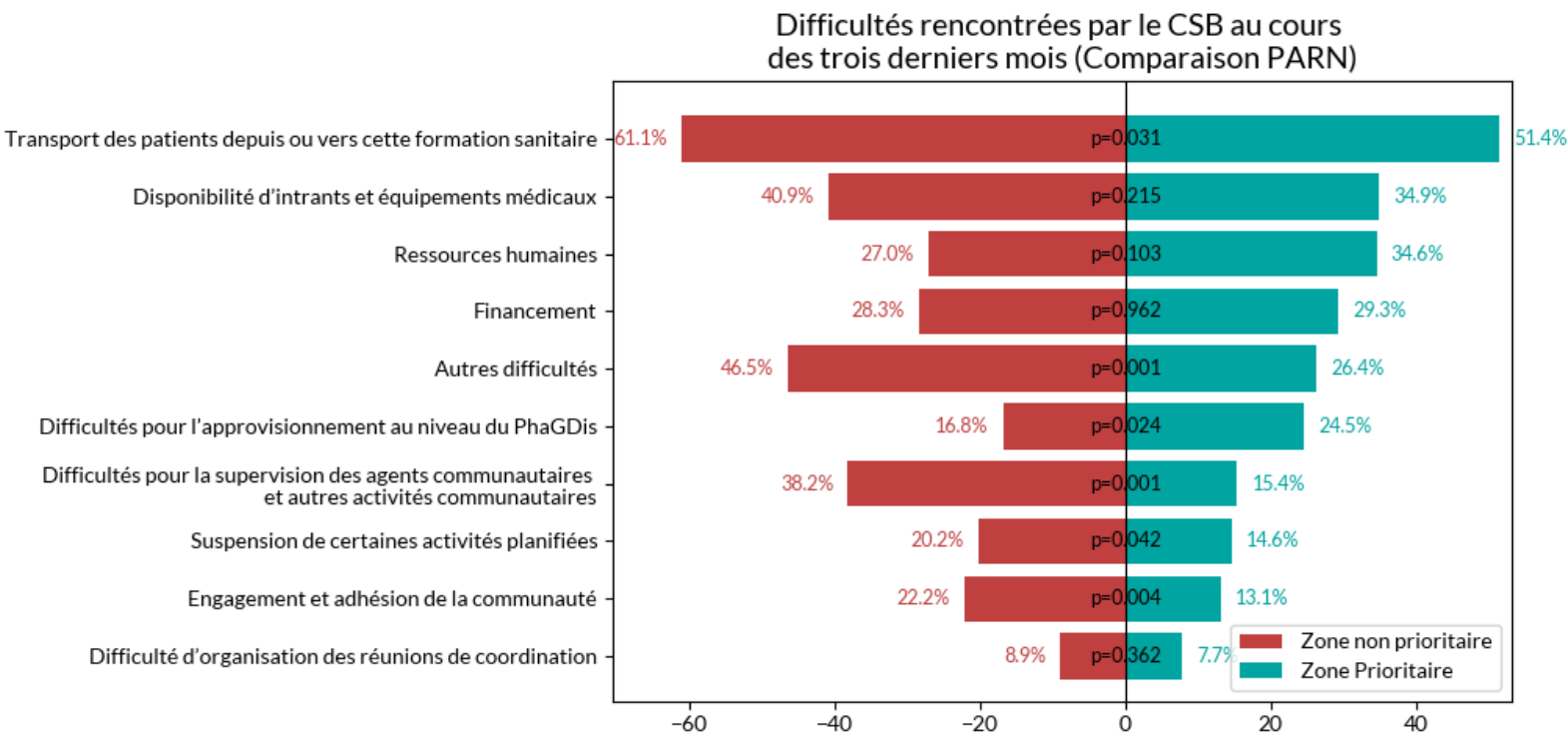


Figure 24: Difficultés rencontrées par le CSB au cours des trois derniers mois (Comparaison PARN)

Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Au cours des trois derniers mois, ce CSB a-t-il rencontré des difficultés dans l'un des domaines suivants ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.

III.3.1.b. Difficultés rencontrées inhabituelles ou plus importantes par les CSB (Zone prioritaire et Non prioritaire PARN)

L'analyse montre plusieurs différences marquées entre les Zones Non Prioritaires et les Zones Prioritaires concernant les difficultés inhabituelles ou plus importantes rencontrées par les CSB. De manière significative, les zones non prioritaires déclarent davantage de difficultés en ressources humaines : 79,4 % contre 53,1 % en zone prioritaire ($p = <0,001$), ainsi que plus de difficultés de supervision communautaire (64,1 % contre 47,6 %, $p = 0,030$). Les zones non prioritaires rencontrent également bien plus de problèmes liés au transport des patients (79,2 % contre 60,6 %, $p = <0,001$).

En revanche, aucune différence significative n'a été observée entre les deux zones en ce qui concerne les difficultés liées au financement ($p = 0,228$), à la disponibilité des intrants et équipements médicaux ($p = 0,881$), à l'approvisionnement au PhaGDis ($p = 0,362$), à la suspension d'activités planifiées ($p = 0,706$), à l'organisation des réunions de coordination ($p = 0,898$), ou encore à l'engagement communautaire ($p = 0,859$).

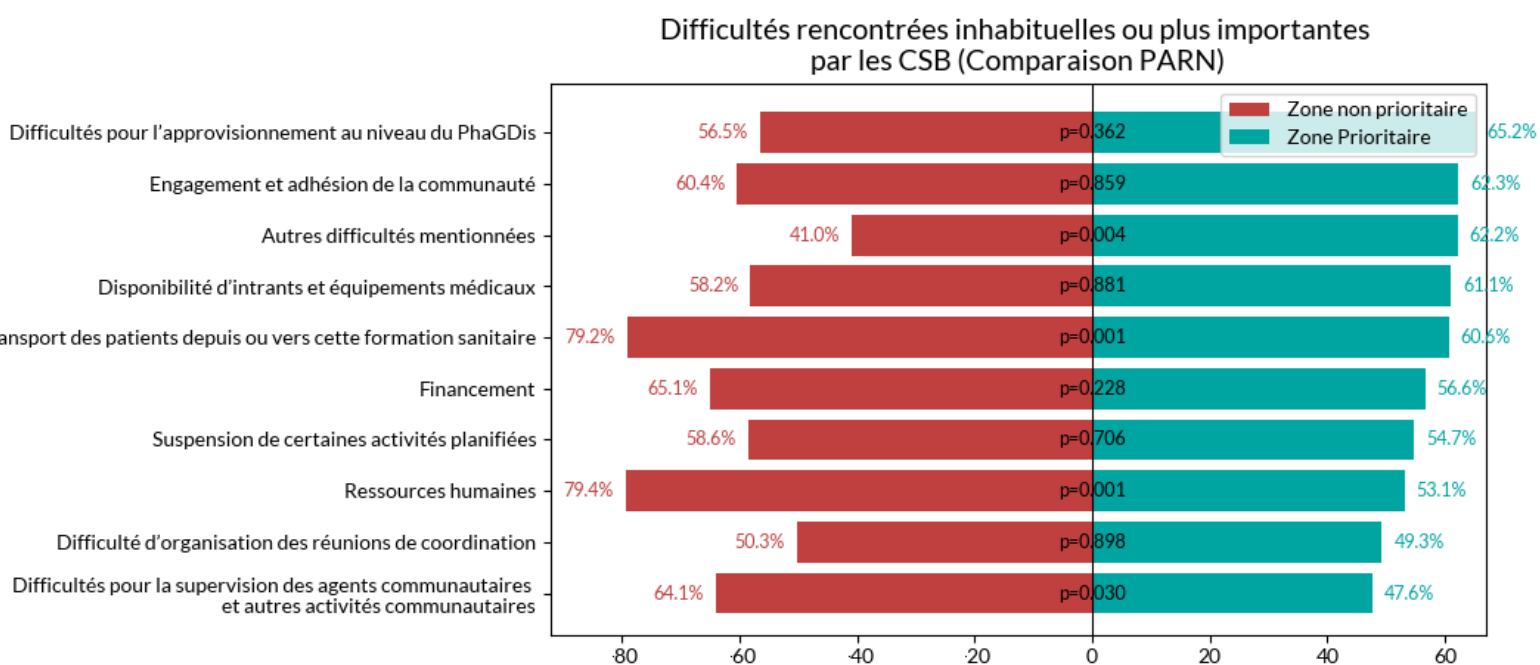


Figure 25: Difficultés rencontrées inhabituelles ou plus importantes par les CSB (Comparaison PARN)

Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « les difficultés rencontrées au cours des trois derniers mois sont-elles inhabituelles ou plus importantes que d'habitude ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération.

III.3.2. MODULE FOURNITURES MÉDICALES

III.3.2.a. Comparaison de la disponibilité des équipements médicaux essentiels les CSB des zones PARN et non PARN

L'examen des proportions montre que certains équipements médicaux essentiels sont globalement bien disponibles dans les zones sanitaires, avec cependant des différences marquées entre les zones non prioritaires et les zones prioritaires.

De manière générale, plusieurs équipements sont très largement disponibles dans les deux types de zones, notamment le thermomètre (84,3 % contre 87,7 %), le stéthoscope (92,6 % contre 91,8 %), la glacière porte-vaccins (99,2 % contre 98,7 %) et le réfrigérateur à contrôle de température (89,2 % contre 92,8 %). Ces taux élevés reflètent un bon niveau d'équipement pour les services de base.

Cependant, des écarts significatifs apparaissent pour plusieurs équipements liés à la santé maternelle, infantile et nutritionnelle :

- La balance pour enfant est présente dans 92,9 % des zones prioritaires contre seulement 69,9 % dans les non prioritaires.
- La toise pour enfant suit une tendance similaire (91,4 % contre 65,0 %), tout comme les rubans MUAC (96,8 % contre 88,3 %).
- Le spéculum est disponible dans 93,4 % des zones prioritaires contre 81,9 % dans les non prioritaires.
- Les kits individuels d'accouchement (KIA) montrent une forte disparité : 64,8 % en zones prioritaires contre seulement 34,2 % ailleurs.
- L'AMIU, outil critique pour les soins post-avortement, est trois fois plus disponible en zone prioritaire (45,2 % contre 13,0 %).
- D'autres équipements tels que le glucomètre (80,7 % contre 69,9 %), l'otoscope (42,9 % contre 28,0 %), la ventouse (44,2 % contre 24,8 %) et le pèse-personne (92,3 % contre 75,2 %) montrent aussi une plus grande disponibilité dans les zones prioritaires.

Inversement, le dispositif pingouin (utilisé pour aspirer les encombrements nasaux du nouveau-né) est davantage présent dans les zones non prioritaires (73,7 % contre 61,3 %), une tendance atypique par rapport aux autres équipements.

Certains équipements, comme le matériel pour frottis cervico-vaginaux (14,2 % contre 8,2 %), bien qu'un peu plus présent en zone prioritaire, restent globalement sous-disponibles dans l'ensemble du système.

Ces tendances sont corroborées par l'analyse statistique : des différences significatives entre les zones prioritaires et non prioritaires sont observées pour la plupart des équipements mentionnés ci-dessus ($p < 0,05$), notamment pour la balance pour enfant, toise, spéculum, KIA, AMIU, ventouse, glucomètre, otoscope, rubans MUAC, pèse-personne, et carte nutritionnelle. À l'inverse, les

équipements de base comme le thermomètre, le stéthoscope ou les dispositifs de chaîne de froid ne montrent pas de différences statistiquement significatives.

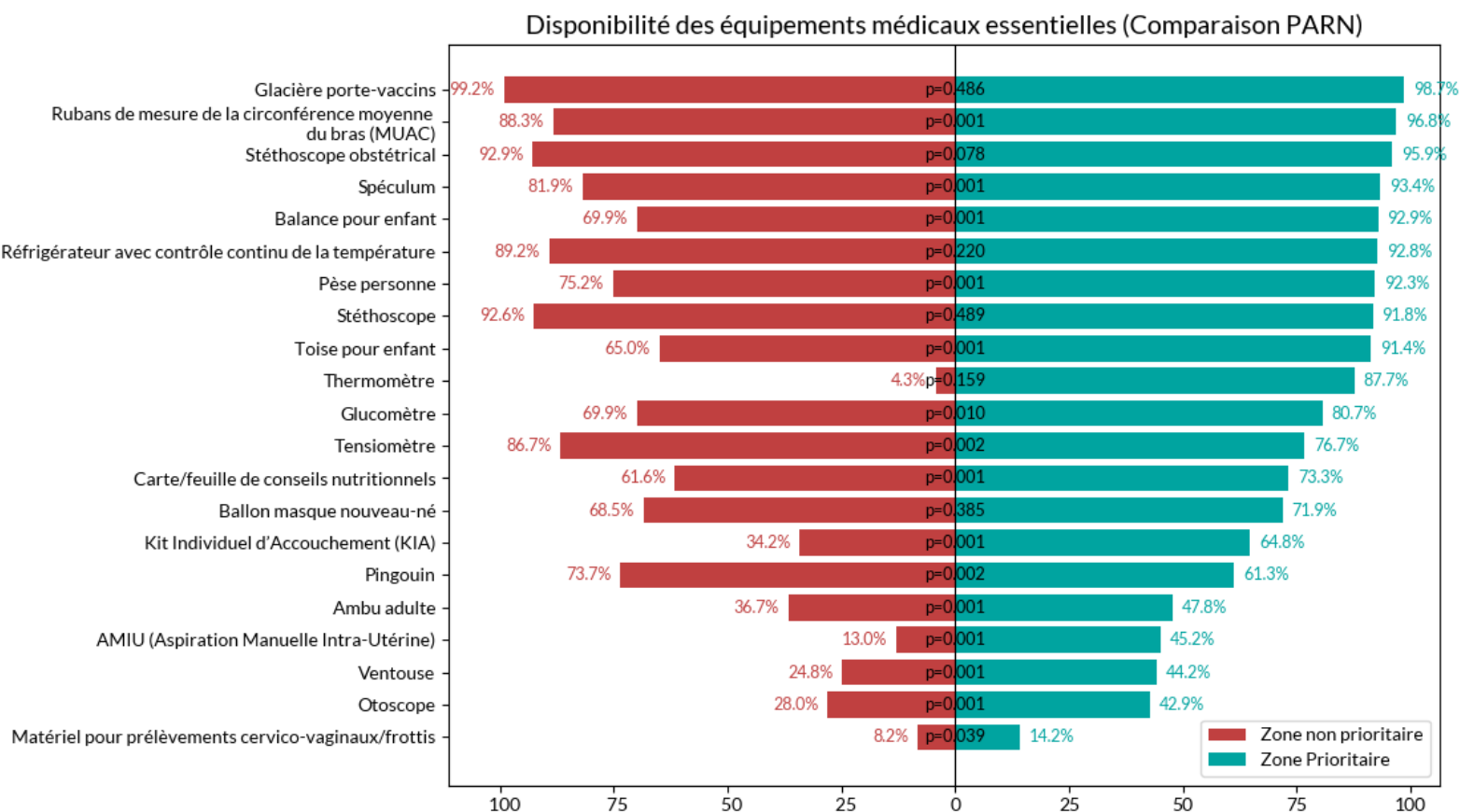


Figure 26: Disponibilité des équipements médicaux essentielles (Comparaison PARN)

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Les équipements médicaux suivants sont-ils actuellement disponibles et fonctionnels au sein du CSB ? » « La température du réfrigérateur à vaccins a-t-elle été en dehors de 2 et 8 degrés Celsius au cours des 7 derniers jours ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.3.2.b. Comparaison de la disponibilité des services ou matériels de diagnostic les CSB des zones PARN et non PARN

L'analyse des proportions de disponibilité des tests diagnostiques révèle des disparités notables entre les zones non prioritaires et les zones prioritaires, bien que certains services soient relativement bien implantés dans l'ensemble des structures de santé.

Plusieurs tests sont bien implantés dans les deux zones. Par exemple, le test de diagnostic du paludisme est disponible dans 96,8 % des zones non prioritaires et 93,5 % des zones prioritaires, et le test VIH l'est dans près de 60 % des établissements dans les deux types de zones. De même, la disponibilité du test de diagnostic de la syphilis reste relativement comparable entre les zones (42,7 % contre 49,0 %).

Cependant, des écarts marqués apparaissent pour certains tests :

- Le test de grossesse est significativement plus présent en zones prioritaires, avec une disponibilité de 75,5 %, contre seulement 43,7 % en zones non prioritaires.
- Le test de glycémie suit une tendance similaire, disponible dans 73,4 % des zones prioritaires contre 62,2 % dans les zones non prioritaires.
- Les bandelettes urinaires, essentielles pour le dépistage des infections urinaires ou de complications pendant la grossesse, sont présentes dans seulement 13,1 % des zones non prioritaires contre 22,5 % en zones prioritaires.

Ces différences sont confirmées par les analyses statistiques : des écarts significatifs sont observés pour les bandelettes urinaires ($p = 0,003$), le test de glycémie ($p = 0,035$), et surtout pour le test de grossesse ($p < 0,001$). En revanche, les différences observées pour les tests du paludisme, du VIH et de la syphilis ne sont pas statistiquement significatives ($p > 0,05$), ce qui suggère une répartition relativement homogène de ces tests dans les deux types de zones.

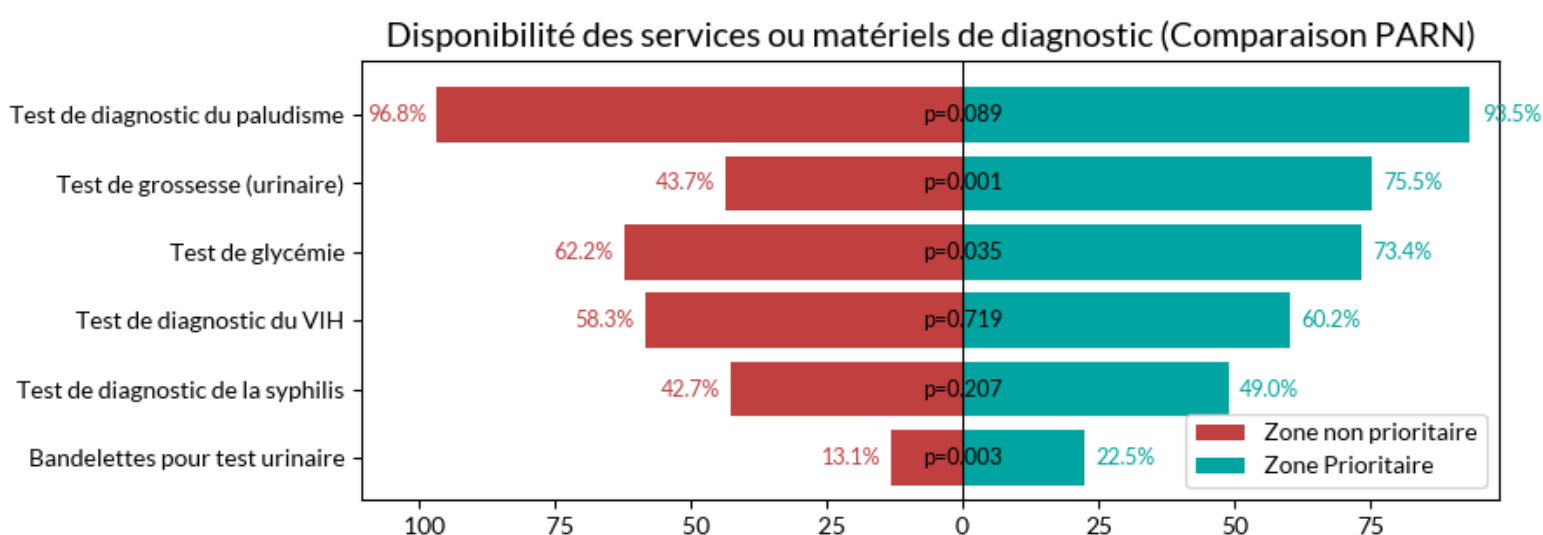


Figure 27: Disponibilité des services ou matériels de diagnostic (Comparaison PARN)

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Les services ou matériels de diagnostic suivants sont-ils disponibles dans le CSB ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.3.2.c. Comparaison de la disponibilité des vaccins dans les CSB des zones PARN et non PARN

L'analyse des proportions révèle une excellente disponibilité des vaccins de routine dans les Centres de Santé de Base (CSB), avec peu de disparités significatives entre les zones non prioritaires et les zones prioritaires.

Les vaccins les plus largement disponibles dans l'ensemble des zones sont :

- Vaccin contre la rougeole (VAR) : présent dans 98,2 % des CSB en zones non prioritaires et 99,2 % en zones prioritaires.

- Vaccin contre la poliomyélite (VPO/VPI) : disponible dans 98,5 % et 98,6 % des CSB respectivement.
- Vaccin antipneumococcique (PCV) : présent dans plus de 95 % des CSB de chaque zone.
- Vaccin contre le tétanos et la diphtérie (TD) : administré aux femmes enceintes dans 96,7 % des CSB non prioritaires et 97,2 % des prioritaires.
- Vaccin contre le rotavirus et vaccin pentavalent (DTC-Hib-HepB) : également disponibles à plus de 96 %.

La disponibilité du vaccin BCG est également très élevée, avec plus de 91 % dans les deux types de zones.

En revanche, la disponibilité du vaccin contre la COVID-19 reste faible, avec seulement 30,2 % des CSB non prioritaires et 24,8 % des zones prioritaires qui le proposent.

Lorsque l'on intègre les analyses statistiques, on observe qu'il n'y a qu'un seul vaccin pour lequel la différence de disponibilité entre les zones est significative : le vaccin pentavalent, légèrement plus disponible en zone non prioritaire (98,9 % contre 96,2 %, $p = 0,043$). Pour tous les autres vaccins, les différences entre zones ne sont pas statistiquement significatives ($p > 0,05$), ce qui confirme une répartition équitable sur l'ensemble du territoire.

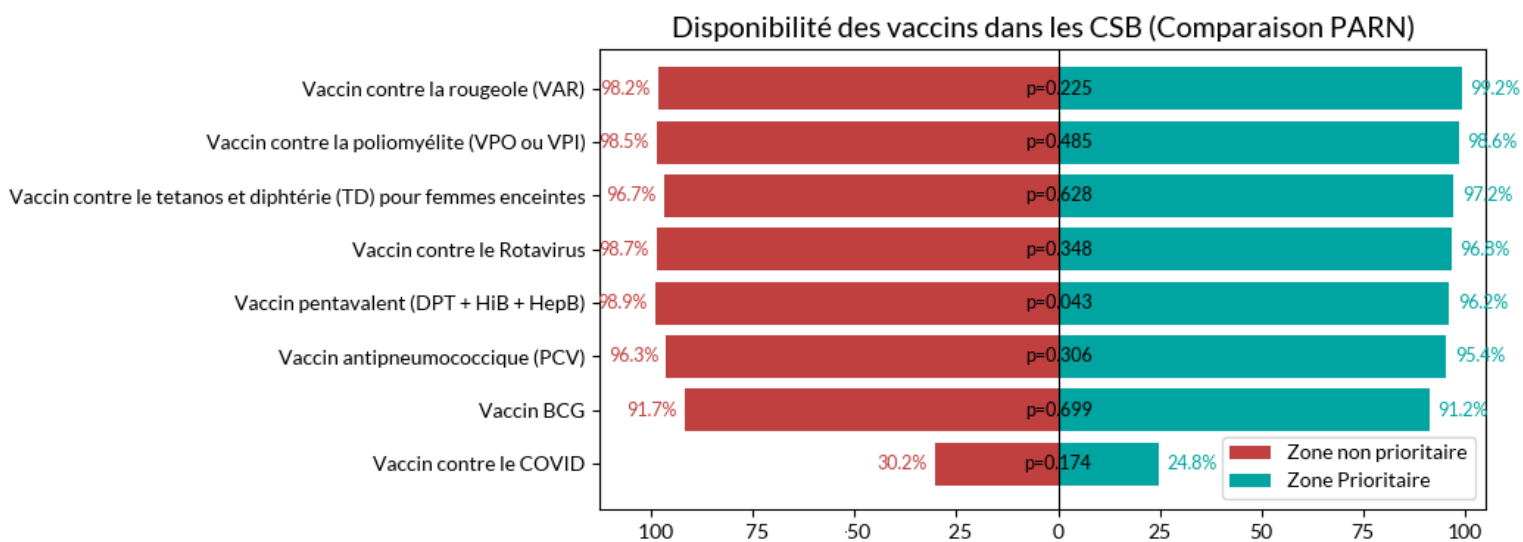


Figure 28: Disponibilité des vaccins dans les CSB (Comparaison PARN)

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Les vaccins suivants sont-ils disponibles dans le CSB ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.3.2.d. Comparaison de la disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI) les CSB des zones PARN et non PARN

L'évaluation de la disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI) dans les Centres de Santé de Base (CSB) met en évidence une situation contrastée, marquée par des taux de disponibilité modérés à élevés selon le type d'équipement, mais sans disparités significatives entre zones non prioritaires et zones prioritaires.

Dans l'ensemble, les équipements les plus disponibles sont les gants jetables, présents dans 80,1 % des CSB non prioritaires et 82,2 % des zones prioritaires, ce qui représente 81,3 % au total. De même, la blouse de protection est relativement bien implantée (78,1 % au total), bien que légèrement plus disponible dans les zones non prioritaires (81,5 % contre 75,8 %).

Les masques médicaux ou chirurgicaux affichent une disponibilité moyenne dans les deux types de zones (environ 58 %), et les lunettes de protection ou écrans faciaux sont disponibles dans près de la moitié des CSB (44,4 % en zone non prioritaire et 50,6 % en zone prioritaire). Les masques de protection respiratoire de type N95 ou FFP sont également disponibles dans moins de la moitié des CSB, avec une couverture totale de 47,3 %.

Sur le plan statistique, aucune des différences observées entre zones n'est significative (toutes les p-valeurs > 0,05), ce qui indique une répartition relativement homogène des EPI entre zones prioritaires et non prioritaires. Toutefois, cette homogénéité ne masque pas une insuffisance globale de certains équipements essentiels, notamment les masques de protection respiratoire et les lunettes/visières, qui devraient être disponibles de façon universelle pour garantir la sécurité du personnel soignant, notamment en contexte épidémique.

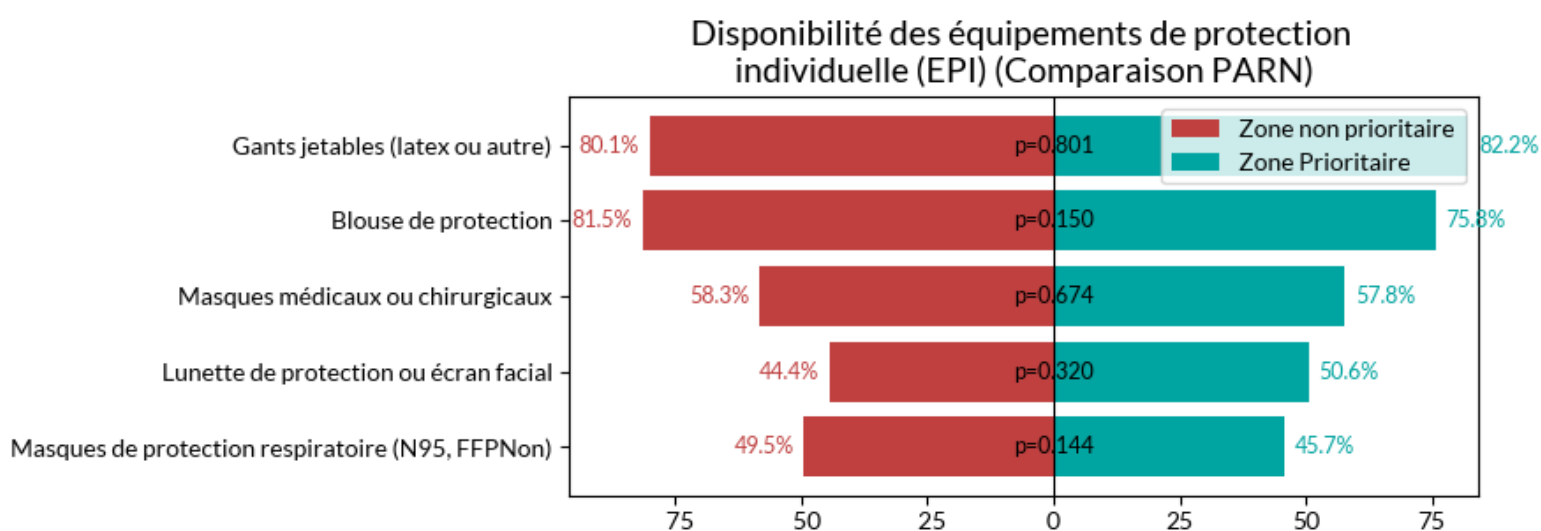


Figure 29: Disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI) (Comparaison PARN)

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Les équipements de protection individuelle (EPI) suivants sont-ils disponibles dans le CSB ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.3.2.e. Comparaison de la disponibilité des médicaments essentiels dans les CSB des zones PARN et non PARN

Dans les zones prioritaires (PARN), plusieurs médicaments essentiels présentent une disponibilité significativement plus élevée, confirmée par des tests statistiques ($p < 0,05$). C'est

notamment le cas de la vitamine A, disponible dans 87,2 % des CSB contre 55,5 % en zones non prioritaires ($p = <0,001$), du Plumpy Nut (83,7 % contre 35,7 %, $p = <0,001$) et de l'albendazole ou mébendazole (92,2 % contre 79,8 %, $p = <0,001$). On observe également une meilleure disponibilité du calcium (92,1 % contre 84,1 %, $p = 0,005$) et des agents hypoglycémisants (metformine, insuline, etc.), présents dans 14,7 % des CSB PARN contre 8,0 % en zones non prioritaires ($p = 0,028$). Ces résultats suggèrent une priorisation réussie de certains intrants nutritionnels et pour la santé maternelle dans les zones PARN, probablement soutenue par des programmes spécifiques et des appuis ciblés. Cela témoigne d'un bon alignement entre les besoins de santé prioritaires et l'approvisionnement de certains produits dans ces zones.

En revanche, plusieurs médicaments couramment utilisés présentent une meilleure disponibilité dans les zones non prioritaires, avec des différences statistiquement significatives. C'est le cas de la gentamicine injectable, disponible dans 97,8 % des CSB non PARN contre 90,1 % dans les zones PARN ($p = <0,001$), des antihypertenseurs (83,0 % contre 74,8 %, $p = 0,013$), du cotrimoxazole (94,9 % contre 90,2 %, $p = 0,005$) et du paracétamol (98,4 % contre 95,7 %, $p = 0,024$). Cette situation pourrait refléter une gestion logistique plus fluide ou une pression moindre sur les stocks dans ces zones. Elle peut également indiquer que certaines zones PARN, bien que ciblées comme prioritaires, rencontrent encore des défis structurels ou de gestion des approvisionnements, particulièrement pour les médicaments de base utilisés dans les soins quotidiens et les maladies chroniques. Ces disparités méritent une attention particulière pour assurer une couverture équitable des soins essentiels.

Disponibilité des médicaments essentiels dans les CSB (Comparaison PARN)

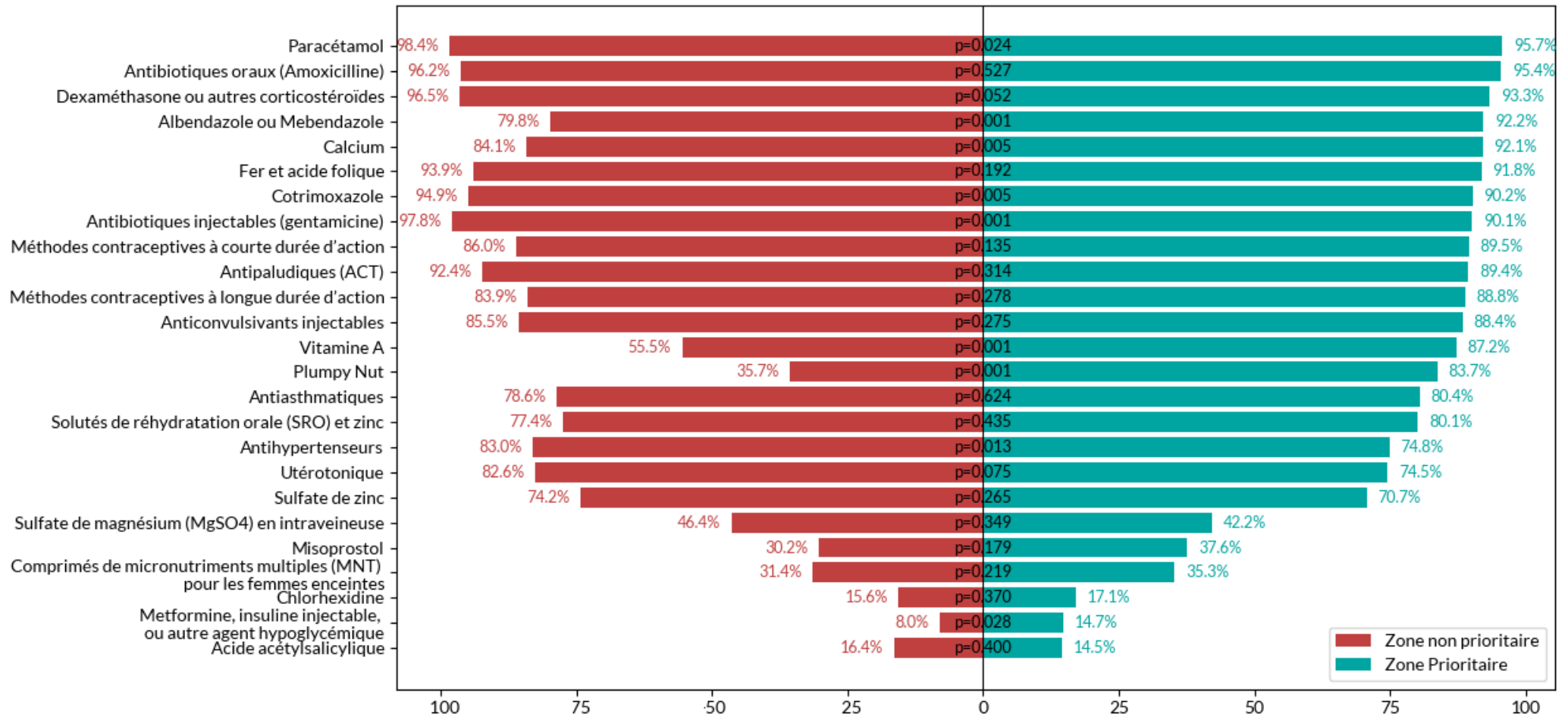


Figure 30: Disponibilité des médicaments essentiels dans les CSB (Comparaison PARN)

Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Les médicaments essentiels suivants sont-ils disponibles dans le CSB ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.

III.3.2.f. Comparaison de la disponibilité des méthodes de contraception à longue durée d'action dans les CSB des zones PARN et non PARN

L'analyse de la disponibilité des méthodes de contraception à longue durée d'action entre les zones prioritaires PARN et non prioritaires révèle que les écarts observés ne sont pas statistiquement significatifs ($p > 0,05$), suggérant une accessibilité globalement comparable entre les deux zones. Concernant les dispositifs contraceptifs intra-utérins (DCIU), la disponibilité est légèrement plus élevée dans les zones non prioritaires (44,4 %) que dans les zones prioritaires (38,5 %), mais cette différence reste modeste et non significative ($p = 0,313$). Cela montre que l'accès aux DCIU demeure globalement faible et relativement uniforme, quel que soit le type de zone.

En ce qui concerne les implants contraceptifs, leur disponibilité est très élevée dans les deux groupes : 94,3 % en zones prioritaires contre 93,9 % en zones non prioritaires. La différence observée est minime, avec une valeur p de 0,687, confirmant l'absence de disparité significative. Ces résultats traduisent un bon niveau d'approvisionnement et de couverture en implants, indépendamment du statut prioritaire des zones, ce qui reflète une stratégie nationale de distribution probablement bien harmonisée pour cette méthode spécifique.

Tableau 6: Disponibilité des méthodes de contraception à longue durée d'action (Comparaison PARN)

	Zone non Prioritaire		Zone Prioritaire		Total		p-value
	N	133	N	217	N	350	
Dispositif contraceptif intra-utérin (DCIU)							0,313
Disponible	60	(44,4%)	86	(38,5%)	146	(40,7%)	
Non disponible	73	(55,6%)	131	(61,5%)	204	(59,3%)	
Implant							0,687
Disponible	125	(93,9%)	205	(94,3%)	330	(94,2%)	
Non disponible	8	(6,1%)	11	(5,2%)	19	(5,5%)	

*Note : Le tableau ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Les méthodes de contraception à longue durée d'action suivantes sont-elles disponibles dans le CSB ? ». * Les proportions rapportées dans le tableau ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.3.2.g. Comparaison de la disponibilité des méthodes de contraception réversibles à courte durée d'action dans les CSB des zones PARN et non PARN

Parmi les méthodes de contraception réversibles à courte durée d'action, deux présentent des différences statistiquement significatives entre les zones prioritaires (PARN) et non prioritaires. D'une part, la disponibilité des contraceptifs oraux est significativement plus élevée dans les zones prioritaires, atteignant 85,8 % contre 76,3 % en zones non prioritaires ($p = 0,009$). Ce résultat suggère

un effort spécifique d'approvisionnement ou une meilleure intégration de cette méthode dans les programmes de planification familiale dans les zones PARN.

En revanche, la méthode du collier (perles du cycle) est significativement moins disponible dans les zones prioritaires, avec seulement 54,5 % des CSB approvisionnés, contre 69,4 % en zones non prioritaires ($p = 0,001$). Cette disparité peut refléter une moindre promotion des méthodes naturelles dans les zones prioritaires, potentiellement au profit des méthodes hormonales ou injectables plus fortement recommandées dans les contextes à forte fécondité. Elle peut également indiquer une différence de perception ou d'adhésion des prestataires et des usagers selon le type de zone.

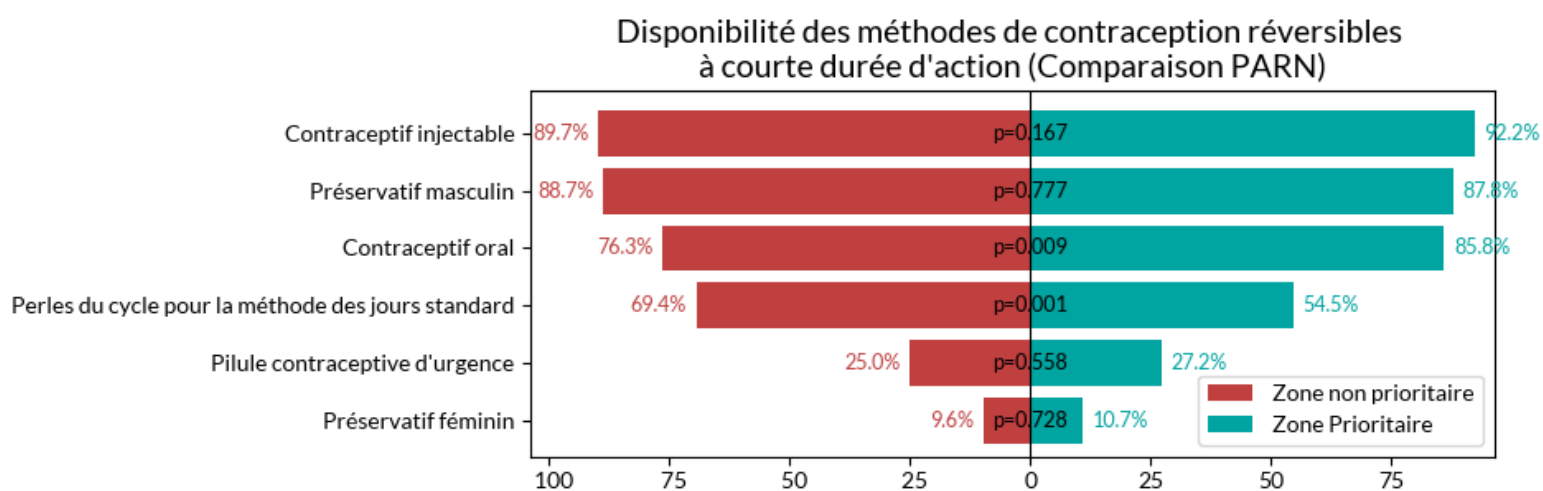


Figure 31: Disponibilité des méthodes de contraception réversibles à courte durée d'action (Comparaison PARN)

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Les méthodes de contraception réversibles à courte durée d'action suivantes sont-elles disponibles dans le CSB ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.3.2.h. Comparaison des raisons de non-disponibilité des intrants dans les CSB des zones PARN et non PARN

Bien que le nombre de cas soit très faible (17 CSB au total) et que la différence ne soit pas statistiquement significative ($p = 0,461$), il est intéressant de noter que dans les zones non prioritaires, l'indisponibilité du vaccin pentavalent est quasiment exclusivement liée à une rupture de stock au SDSP (72,1 %). À l'inverse, dans les zones prioritaires, les causes sont plus variées, suggérant une plus grande vulnérabilité du système logistique local, combinant retards de commande, pannes de réfrigérateur ou mauvaises prévisions.

Par ailleurs, même si les différences observées ne sont pas significatives ($p = 0,268$), la répartition des causes de non disponibilité du vaccin BCG révèle une tendance contrastée. Les zones non prioritaires semblent plus dépendantes de la disponibilité centrale auprès du SDSP. En revanche,

dans les zones prioritaires, les causes sont plus souvent internes ou organisationnelles (commande non effectuée, mauvaise anticipation des dates), traduisant possiblement des failles dans la gestion locale des stocks ou dans l'organisation des circuits logistiques.

Bien que les différences ne soient pas significatives au plan statistique, les résultats suggèrent des profils différents de causes de non disponibilité : les zones non prioritaires sont plus affectées par des ruptures d'approvisionnement centralisé, tandis que les zones PARN subissent une diversité de facteurs logistiques ou de gestion locale, qui pourraient être atténués par un accompagnement renforcé dans la planification et le suivi des stocks.

Tableau 7: Raisons principales de non disponibilité des vaccins (Comparaison PARN)

	Zone non Prioritaire		Zone Prioritaire		Total		p-value
Vaccin pentavalent							0,461
	N	3	N	14	N	17	
Je ne sais pas	0	0%	1	(5,5%)	1	(4,6%)	
Autre (précisez)	0	0%	3	(18,6%)	3	(15,7%)	
Je / mon CSB n'a pas passé de commande	0	0%	2	(13,0%)	2	(11,0%)	
J'ai dû attendre la prochaine date de commande pour passer une commande	1	(27,9%)	0	0%	1	(4,3%)	
Impossible d'obtenir du stock auprès du SDSP	2	(72,1%)	6	(34,3%)	8	(40,1%)	
Voyage dangereux ou impossible jusqu'au SDSP	0	0%	1	(7,2%)	1	(6,1%)	
Nombre plus élevé d'enfants venus pour la vaccination, par rapport aux prévisions des besoins	0	0%	1	(7,2%)	1	(6,1%)	
Le réfrigérateur à vaccins ne fonctionne plus ou est en panne	0	0%	1	(7,2%)	1	(6,1%)	
Le vaccin a gelé	0	0%	1	(7,2%)	1	(6,1%)	
Vaccin BCG							0,268
	N	23	N	33	N	56	
Je ne sais pas	0	0%	1	(2,6%)	1	(1,5%)	
Autre (précisez)	4	(11,1%)	7	(19,2%)	11	(15,9%)	
Je / mon CSB n'a pas passé de commande	4	(18,3%)	7	(21,3%)	11	(20,1%)	
La date de distribution prévue des produits était hier ou aujourd'hui	0	0%	2	(6,1%)	2	(3,6%)	
J'ai dû attendre la prochaine date de commande pour passer une commande	3	(12,2%)	9	(25,1%)	12	(19,8%)	
Le stock que j'ai reçu était expiré ou endommagé	1	(4,2%)	1	(2,6%)	2	(3,3%)	
Impossible d'obtenir du stock auprès du SDSP	13	(50,6%)	7	(17,7%)	20	(31,2%)	
Nous avons dû transférer du stock à une autre formation sanitaire	1	(3,6%)	0	0%	1	(1,5%)	
Le réfrigérateur à vaccins ne fonctionne plus ou est en panne	0	0%	1	(3,4%)	1	(2,0%)	
Le vaccin a gelé	0	0%	1	(1,9%)	1	(1,1%)	

Note : Le tableau ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Quelle sont les raisons principales pour lesquelles le *vaccin pentavalent* n'est pas disponible sur place dans ce CSB ? » « Quelle sont les raisons principales

pour lesquelles le *vaccin BCG* n'est pas disponible sur place dans ce CSB ? » * Les proportions rapportées dans le tableau ont été obtenues après pondération.

L'analyse comparative des raisons de non disponibilité des intrants entre les zones prioritaires (PARN) et non prioritaires révèle plusieurs différences notables, particulièrement pour le sulfate de magnésium intraveineux et le Plumpy Nut, comme en témoigne la significativité statistique des *p-values* associées (respectivement $p = 0,020$ et $p = 0,013$).

Pour le sulfate de magnésium ($p = 0,020$), son indisponibilité est majoritairement attribuée à l'impossibilité de s'approvisionner auprès de la Pha-G-Dis, tant dans les zones non prioritaires (53,7 %) que dans les zones PARN (41,4 %). Cependant, cette cause est significativement plus fréquente dans les zones non prioritaires. En revanche, certains obstacles administratifs ou de gestion interne sont davantage rapportés dans les zones prioritaires :

- L'attente de la prochaine date de commande est citée par 8,6 % des répondants en zone PARN contre 2,8 % en zone non prioritaire.
- L'ignorance du calendrier de commande est également plus marquée en zone PARN (2,7 % contre 0 %).

Ces écarts suggèrent que les structures PARN rencontrent davantage de contraintes organisationnelles, tandis que les non-PARN souffrent principalement de ruptures d'approvisionnement central.

Plumpy Nut ($p = 0,013$)

Concernant les raisons de non-disponibilité du Plumpy Nut ($p=0,013$), des motifs non précisés (« Autre ») dans les deux types de zones, bien que ce soit significativement plus fréquent en zone non prioritaire (52,7 %) qu'en zone PARN (35,5 %) ont été évoquées. Par ailleurs, certains obstacles logistiques ou qualité du stock sont davantage observés dans les zones PARN :

- 6,4 % des structures PARN rapportent avoir reçu un stock expiré ou endommagé, contre seulement 0,9 % dans les zones non prioritaires.
- L'attente de la prochaine date de commande est également plus fréquemment mentionnée en PARN (2,9 % contre 0,6 %).

Cela indique des vulnérabilités spécifiques dans la chaîne de distribution vers les zones prioritaires, possiblement en lien avec une demande accrue ou une gestion logistique plus complexe.

Pour les solutés de réhydratation orale et le zinc (SRO + Zinc), aucune différence statistiquement significative n'est observée entre les deux zones ($p = 0,194$). Dans l'ensemble, la principale cause de non disponibilité reste l'impossibilité d'obtenir du stock auprès de la Pha-G-Dis, de manière équivalente dans les deux zones (54,1 % en zone non PARN et 53,0 % en zone PARN). Toutefois, quelques tendances peuvent être notées sans atteindre le seuil de significativité :

- Une proportion plus élevée de structures non prioritaires n'a pas passé de commande (25,1 % contre 9,9 %).
- À l'inverse, les structures PARN évoquent plus fréquemment l'attente d'une nouvelle fenêtre de commande (17,6 % contre 8,5 %).

En résumé, les différences significatives entre zones prioritaires et non prioritaires concernent surtout les motifs de non disponibilité du sulfate de magnésium et du Plumpy Nut. Tandis que les zones non prioritaires semblent davantage touchées par des ruptures au niveau de la chaîne

d'approvisionnement centrale, les zones prioritaires font face à des contraintes internes telles que des problèmes de calendrier, des délais de commande ou des stocks de qualité insuffisante. Ces constats soulignent la nécessité d'ajuster les stratégies de gestion logistique en fonction des spécificités locales des zones.

**Tableau 8: Raisons principales de non disponibilité des médicaments essentiels
(Comparaison PARN)**

	Zone non Prioritaire		Zone Prioritaire		Total		p-value
Sulfate de magnésium en intraveineuse	N	143	N	219	N	362	0,020
Je ne sais pas	1	(0,8%)	3	(1,2%)	4	(1,0%)	
Autre (précisez)	22	(13,0%)	47	(19,8%)	69	(17,2%)	
Je / mon CSB n'a pas passé de commande	35	(23,3%)	49	(19,9%)	84	(21,3%)	
Je n'étais pas au courant du processus ou du calendrier de commande	0	0%	7	(2,7%)	7	(1,7%)	
J'ai dû attendre la prochaine date de commande pour passer une commande	5	(2,8%)	23	(8,6%)	28	(6,4%)	
Le stock que j'ai reçu était expiré ou endommagé	8	(3,9%)	9	(4,0%)	17	(4,0%)	
Impossible d'obtenir du stock auprès de la Pha-G-Dis	82	(53,7%)	103	(41,4%)	185	(46,2%)	
Je n'ai pas trouvé de transport jusqu'à la Pha-G-Dis pour récupérer ma commande	2	(1,3%)	1	(0,5%)	3	(0,8%)	
Voyage dangereux ou impossible jusqu'à la Pha-G-Dis	0	0%	2	(0,8%)	2	(0,5%)	
La demande pour ce produit a été exceptionnellement élevée	0	0%	2	(0,9%)	2	(0,6%)	
Nous avons dû transférer du stock à une autre formation sanitaire	2	(1,1%)	0	0%	2	(0,4%)	
Plumpy nut	N	180	N	56	N	236	0,013
Je ne sais pas	6	(2,9%)	1	(1,6%)	7	(2,5%)	
Autre (précisez)	99	(52,7%)	24	(35,5%)	123	(47,5%)	
Je / mon CSB n'a pas passé de commande	19	(10,8%)	11	(16,6%)	30	(12,5%)	
Je n'étais pas au courant du processus ou du calendrier de commande	2	(1,3%)	2	(3,2%)	4	(1,9%)	
J'ai dû attendre la prochaine date de commande pour passer une commande	1	(0,6%)	2	(2,9%)	3	(1,3%)	
Le stock que j'ai reçu était expiré ou endommagé	2	(0,9%)	4	(6,4%)	6	(2,6%)	
Impossible d'obtenir du stock auprès de la Pha-G-Dis	51	(26,3%)	18	(24,9%)	69	(25,9%)	
Je n'ai pas trouvé de transport jusqu'à la Pha-G-Dis pour récupérer ma commande	0	0%	1	(1,6%)	1	(0,5%)	
Voyage dangereux ou impossible jusqu'à la Pha-G-Dis	0	0%	2	(2,7%)	2	(0,8%)	
La demande pour ce produit a été exceptionnellement élevée	1	(0,6%)	0	0%	1	(0,4%)	

	Zone non Prioritaire		Zone Prioritaire		Total		p-value
Nous avons dû transférer du stock à une autre formation sanitaire	8	(3,9%)	3	(4,6%)	11	(4,1%)	0,194
Solutés de réhydratation orale (SRO) et zinc	N	58	N	76	N	134	
Je ne sais pas	1	(1,9%)	0	0%	1	(0,8%)	
Autre (précisez)	4	(6,5%)	10	(13,9%)	14	(10,7%)	
Je / mon CSB n'a pas passé de commande	15	(25,1%)	8	(9,9%)	23	(16,5%)	
La date de distribution prévue des produits était hier ou aujourd'hui	0	0%	1	(0,9%)	1	(0,5%)	
Je n'étais pas au courant du processus ou du calendrier de commande	1	(1,2%)	0	0%	1	(0,5%)	
J'ai dû attendre la prochaine date de commande pour passer une commande	6	(8,5%)	16	(17,6%)	22	(13,6%)	
Le stock que j'ai reçu était expiré ou endommagé	1	(1,3%)	2	(2,4%)	3	(1,9%)	
Impossible d'obtenir du stock auprès de la Pha-G-Dis	34	(54,1%)	44	(53,0%)	78	(53,5%)	
Voyage dangereux ou impossible jusqu'à la Pha-G-Dis	0	0%	1	(0,8%)	1	(0,5%)	
Nous avons dû transférer du stock à une autre formation sanitaire	1	(1,4%)	1	(1,4%)	2	(1,4%)	

*Note : Le tableau ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Quelles sont les raisons principales pour lesquelles le *sulfate de magnésium en intraveineuse* n'est pas disponible sur place dans ce CSB ? » « Quelles sont les raisons principales pour lesquelles le *plumpy nut* n'est pas disponible sur place dans ce CSB ? » « Quelles sont les raisons principales pour lesquelles les *Solutés de réhydratation orale (SRO) et zinc* ne sont pas disponibles sur place dans ce CSB ? » * Les proportions rapportées dans le tableau ont été obtenues après pondération.*

L'analyse des motifs de non disponibilité des contraceptifs injectables entre les zones prioritaires (PARN) et non prioritaires révèle des écarts statistiquement significatifs ($p = 0,007$), indiquant des dynamiques de rupture distinctes selon le type de zone.

La principale cause mentionnée par les CSB non prioritaires est l'impossibilité de s'approvisionner auprès de la Pha-G-Dis, citée par près de 80 % des répondants (79,7 %), contre 38,2 % en zone prioritaire. Cette différence nette suggère des difficultés structurelles d'approvisionnement plus marquées dans les zones non prioritaires, probablement liées à la logistique ou à l'accessibilité.

En revanche, les structures situées en zones PARN rapportent davantage des causes liées à la gestion des commandes :

- 27,5 % des CSB PARN indiquent avoir dû attendre la prochaine date de commande, contre seulement 6,4 % en zone non prioritaire ;
- 12,8 % des CSB PARN n'ont pas passé de commande, contre 4,3 % en zone non prioritaire ;
- De plus, 21,5 % des CSB PARN mentionnent une autre raison non précisée, soit plus du double de la proportion observée en zone non prioritaire (9,6 %).

Ces résultats traduisent une différence d'ordre opérationnel : les zones non prioritaires souffrent principalement de ruptures au niveau central, tandis que les zones prioritaires font face à des difficultés d'anticipation ou de respect des procédures de commande, malgré leur statut prioritaire.

Cette situation appelle des interventions différenciées selon le type de zone pour améliorer la disponibilité des contraceptifs injectables.

Tableau 9: Raisons principales de non disponibilité des contraceptifs injectables (Comparaison PARN)

	Zone non Prioritaire		Zone Prioritaire		Total		p-value
Contraceptifs injectables	N	29	N	29	N	58	0,007
Autre (précisez)	3	9,60%	6	21,50%	9	16,00%	
Je / mon CSB n'a pas passé de commande	1	4,30%	4	12,80%	5	8,90%	
J'ai dû attendre la prochaine date de commande pour passer une commande	2	6,40%	10	27,50%	12	17,70%	
Impossible d'obtenir du stock auprès de la PhaGDis	24	79,70%	12	38,20%	36	57,50%	

*Note : Le tableau ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Quelle sont les raisons principales pour lesquelles les *contraceptifs injectables* ne sont pas disponibles sur place dans ce CSB ? » * Les proportions rapportées dans le tableau ont été obtenues après pondération.*

III.3.2.i. Comparaison de la fréquence des ruptures de stock d'intrants dans les CSB des zones PARN et non PARN

Parmi les catégories d'intrants examinées, deux présentent des différences statistiquement significatives ($p < 0,05$) entre les zones prioritaires (PARN) et non prioritaires. Tout d'abord, les intrants nécessaires au traitement du diabète sont plus fréquemment en rupture dans les zones PARN, avec un cumul de 20,1 % de CSB rapportant des ruptures dépassant 77 jours par an, contre 19,3 % en zones non prioritaires. Bien que l'écart semble modeste, il est statistiquement significatif ($p = 0,008$), indiquant une vulnérabilité accrue dans les zones prioritaires face à la disponibilité des traitements antidiabétiques. Cette situation est préoccupante dans un contexte où les maladies chroniques comme le diabète tendent à progresser dans les zones défavorisées.

À l'inverse, pour les intrants nécessaires aux services de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), les ruptures de longue durée sont significativement plus fréquentes dans les zones non prioritaires, où 22,8 % des CSB rapportent des ruptures supérieures à 77 jours (dont 14,6 % dépassant 258 jours), contre seulement 14,3 % dans les zones PARN ($p = 0,006$). Parallèlement, 70,7 % des CSB en zones PARN déclarent n'avoir jamais connu de rupture, contre 59,3 % en zones non prioritaires. Ces résultats traduisent probablement un effort ciblé dans les zones prioritaires pour garantir la continuité des soins essentiels aux mères et aux enfants, malgré les défis structurels.

Parmi les intrants analysés, la **disponibilité des médicaments nécessaires au traitement du paludisme** présente une **tendance à la différence significative** entre les zones PARN et non PARN

($p = 0,055$). Les ruptures prolongées (≥ 149 jours/an) concernent 3,5 % des CSB dans les zones prioritaires contre 1,8 % dans les zones non prioritaires. Par ailleurs, seuls 66,0 % des CSB en zones prioritaires rapportent **n'avoir jamais connu de rupture**, contre 74,5 % en zones non prioritaires. Cette situation, bien que **non statistiquement significative au seuil de 5 %**, suggère une **tendance préoccupante dans les zones PARN**, où la lutte contre le paludisme demeure un enjeu prioritaire de santé publique. Elle pourrait indiquer des difficultés d'approvisionnement ou une pression accrue sur les stocks liée à une charge de morbidité plus élevée dans ces zones.

De manière similaire, les **fournitures nécessaires à la prise en charge des maladies de l'enfant** montrent également des **disparités modérées**, avec une **valeur p de 0,098**, ce qui ne permet pas de conclure à une différence statistiquement significative. Cependant, les ruptures prolongées (≥ 149 jours) concernent 9,4 % des CSB en zones prioritaires contre 7,8 % en zones non prioritaires, tandis que 76,5 % des CSB en zones non PARN déclarent **n'avoir jamais connu de rupture**, contre 75,3 % en zones PARN. Ces écarts sont faibles mais pourraient traduire des défis persistants, comme dans le cas du paludisme, dans l'assurance continue des intrants pédiatriques dans les zones prioritaires. Cela mérite un suivi renforcé, notamment si ces écarts venaient à se creuser avec le temps ou à affecter les résultats sanitaires.

Tableau 10: Fréquence des ruptures de stock des intrants (Comparaison PARN)

	Zone non Prioritaire		Zone Prioritaire		Total		p-value
	N	270	N	381	N	651	
Intrants nécessaires pour traiter l'hypertension							0,540
Rarement (3 à 21 jours dans l'année)	14	(5,5%)	27	(6,6%)	41	(6,2%)	
Occasionnellement (22 à 76 jours dans l'année)	19	(7,2%)	23	(6,0%)	42	(6,5%)	
Parfois (77 à 148 jours dans l'année)	4	(1,9%)	10	(2,6%)	14	(2,3%)	
Fréquemment (149 à 258 jours dans l'année)	0	0%	3	(0,8%)	3	(0,4%)	
Tout le temps ou presque (plus de 258 jours dans l'année)	2	(0,9%)	4	(0,9%)	6	(0,9%)	
Jamais	225	(82,1%)	310	(81,9%)	535	(82,0%)	
Non applicable	5	(2,1%)	3	(0,8%)	8	(1,3%)	
Intrants nécessaires pour traiter le diabète							0,008
Rarement (3 à 21 jours dans l'année)	3	(0,8%)	17	(4,1%)	20	(2,8%)	
Occasionnellement (22 à 76 jours dans l'année)	13	(4,7%)	22	(5,8%)	35	(5,3%)	
Parfois (77 à 148 jours dans l'année)	14	(5,8%)	6	(1,6%)	20	(3,3%)	
Fréquemment (149 à 258 jours dans l'année)	4	(1,5%)	7	(1,9%)	11	(1,7%)	
Tout le temps ou presque (plus de 258 jours dans l'année)	15	(6,6%)	32	(8,6%)	47	(7,8%)	
Jamais	38	(14,3%)	59	(16,6%)	97	(15,6%)	
Non applicable	179	(64,9%)	224	(58,1%)	403	(60,9%)	
Intrants nécessaires pour traiter l'asthme							0,304
Rarement (3 à 21 jours dans l'année)	19	(7,7%)	15	(4,1%)	34	(5,6%)	
Occasionnellement (22 à 76 jours dans l'année)	11	(4,1%)	19	(5,0%)	30	(4,6%)	
Parfois (77 à 148 jours dans l'année)	8	(2,8%)	11	(2,8%)	19	(2,8%)	
Fréquemment (149 à 258 jours dans l'année)	2	(0,8%)	4	(1,2%)	6	(1,0%)	

	Zone non Prioritaire		Zone Prioritaire		Total		p-value
Tout le temps ou presque (plus de 258 jours dans l'année)	7	(3,0%)	16	(4,0%)	23	(3,6%)	
Jamais	206	(75,4%)	300	(78,5%)	506	(77,2%)	
Non applicable	17	(6,2%)	14	(3,8%)	31	(4,8%)	
Intrants nécessaires pour traiter le VIH/SIDA							0,607
Rarement (3 à 21 jours dans l'année)	3	(1,2%)	9	(2,1%)	12	(1,7%)	
Occasionnellement (22 à 76 jours dans l'année)	6	(2,2%)	12	(3,2%)	18	(2,8%)	
Parfois (77 à 148 jours dans l'année)	4	(1,7%)	6	(1,3%)	10	(1,5%)	
Fréquemment (149 à 258 jours dans l'année)	2	(0,7%)	3	(0,9%)	5	(0,8%)	
Tout le temps ou presque (plus de 258 jours dans l'année)	8	(3,2%)	8	(2,2%)	16	(2,6%)	
Jamais	38	(14,3%)	62	(16,4%)	100	(15,6%)	
Non applicable	202	(74,0%)	263	(69,5%)	465	(71,3%)	
Intrants nécessaires pour traiter le paludisme							0,055
Rarement (3 à 21 jours dans l'année)	22	(7,5%)	54	(14,2%)	76	(11,4%)	
Occasionnellement (22 à 76 jours dans l'année)	31	(10,9%)	50	(12,4%)	81	(11,8%)	
Parfois (77 à 148 jours dans l'année)	12	(4,6%)	16	(4,1%)	28	(4,3%)	
Fréquemment (149 à 258 jours dans l'année)	2	(1,0%)	9	(2,2%)	11	(1,7%)	
Tout le temps ou presque (plus de 258 jours dans l'année)	2	(0,8%)	2	(0,5%)	4	(0,6%)	
Jamais	199	(74,5%)	248	(66,0%)	447	(69,5%)	
Non applicable	2	(0,8%)	0	0%	2	(0,3%)	
Intrants nécessaires pour traiter la tuberculose							0,517
Rarement (3 à 21 jours dans l'année)	2	(0,8%)	2	(0,4%)	4	(0,6%)	
Occasionnellement (22 à 76 jours dans l'année)	4	(1,5%)	2	(0,5%)	6	(0,9%)	
Parfois (77 à 148 jours dans l'année)	2	(0,7%)	2	(0,5%)	4	(0,6%)	
Tout le temps ou presque (plus de 258 jours dans l'année)	2	(0,8%)	8	(2,1%)	10	(1,6%)	
Jamais	36	(13,2%)	64	(16,5%)	100	(15,2%)	
Non applicable	213	(78,9%)	287	(76,2%)	500	(77,3%)	
Ruptures de stocks de fournitures nécessaires pour les services relatifs à la santé reproductive							0,131
Rarement (3 à 21 jours dans l'année)	35	(12,9%)	54	(13,8%)	89	(13,5%)	
Occasionnellement (22 à 76 jours dans l'année)	40	(15,8%)	53	(14,1%)	93	(14,8%)	
Parfois (77 à 148 jours dans l'année)	22	(8,1%)	20	(5,3%)	42	(6,5%)	
Fréquemment (149 à 258 jours dans l'année)	13	(4,5%)	7	(1,7%)	20	(2,9%)	
Tout le temps ou presque (plus de 258 jours dans l'année)	9	(3,9%)	6	(1,7%)	15	(2,6%)	

	Zone non Prioritaire		Zone Prioritaire		Total		p-value	
Jamais	147	(53,2%)	233	(61,0%)	380	(57,8%)	0,006	
Non applicable	3	(1,2%)	4	(1,1%)	7	(1,2%)		
Ruptures de stocks de fournitures nécessaires pour les services relatifs à la santé maternelle, néonatale, et infantile								
Rarement (3 à 21 jours dans l'année)	12	(4,4%)	18	(4,2%)	30	(4,3%)		
Occasionnellement (22 à 76 jours dans l'année)	31	(11,2%)	30	(8,2%)	61	(9,5%)		
Parfois (77 à 148 jours dans l'année)	11	(4,2%)	18	(4,6%)	29	(4,5%)		
Fréquemment (149 à 258 jours dans l'année)	11	(4,0%)	11	(2,8%)	22	(3,3%)		
Tout le temps ou presque (plus de 258 jours dans l'année)	38	(14,6%)	22	(5,5%)	60	(9,2%)		
Jamais	160	(59,3%)	268	(70,7%)	428	(66,0%)	0,098	
Non applicable	7	(2,3%)	11	(3,0%)	18	(2,7%)		
Ruptures de stocks de fournitures nécessaires pour les services de prise en charge des maladies de l'enfant								
Rarement (3 à 21 jours dans l'année)	12	(4,6%)	29	(7,2%)	41	(6,1%)		
Occasionnellement (22 à 76 jours dans l'année)	19	(6,9%)	28	(7,2%)	47	(7,0%)		
Parfois (77 à 148 jours dans l'année)	8	(2,7%)	17	(4,4%)	25	(3,7%)		
Fréquemment (149 à 258 jours dans l'année)	5	(1,9%)	10	(2,7%)	15	(2,4%)		
Tout le temps ou presque (plus de 258 jours dans l'année)	10	(3,2%)	9	(2,3%)	19	(2,7%)		
Jamais	210	(78,3%)	285	(75,3%)	495	(76,5%)	0,299	
Non applicable	6	(2,4%)	1	(0,2%)	7	(1,1%)		
Ruptures de stocks de fournitures nécessaires pour les services de soins d'urgence								
Rarement (3 à 21 jours dans l'année)	8	(3,0%)	12	(2,9%)	20	(2,9%)		
Occasionnellement (22 à 76 jours dans l'année)	13	(4,7%)	17	(4,4%)	30	(4,5%)		
Parfois (77 à 148 jours dans l'année)	4	(1,4%)	3	(0,8%)	7	(1,0%)		
Fréquemment (149 à 258 jours dans l'année)	4	(1,8%)	0	0%	4	(0,7%)		
Tout le temps ou presque (plus de 258 jours dans l'année)	6	(2,5%)	5	(1,2%)	11	(1,8%)		
Jamais	227	(83,6%)	336	(88,5%)	563	(86,5%)	0,117	
Non applicable	6	(2,3%)	7	(1,9%)	13	(2,1%)		
Des ruptures de stocks de vaccins								
Rarement (3 à 21 jours dans l'année)	58	(21,8%)	74	(19,0%)	132	(20,2%)		
Occasionnellement (22 à 76 jours dans l'année)	39	(14,3%)	83	(21,2%)	122	(18,4%)		
Parfois (77 à 148 jours dans l'année)	7	(2,8%)	12	(3,0%)	19	(2,9%)		
Fréquemment (149 à 258 jours dans l'année)	1	(0,3%)	7	(1,9%)	8	(1,2%)		
Tout le temps ou presque (plus de 258 jours dans l'année)	0	0%	1	(0,2%)	1	(0,1%)		

	Zone non Prioritaire		Zone Prioritaire		Total	p-value
Jamais	163	(59,9%)	202	(54,1%)	365	(56,5%)
Non applicable	1	(0,3%)	2	(0,6%)	3	(0,5%)

*Note : Le tableau ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « A quelle fréquence cette formation a-t-elle été confrontée à des ruptures de stock d'intrants cités ci-après ? » * Les proportions rapportées dans le tableau ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.3.3. MODULE FINANCEMENT

III.3.3.a. Sources de financement du CSB hors salaires et contributions en nature (Zone prioritaire et Non prioritaire PARN)

L'analyse comparative des zones prioritaires et non prioritaires met en évidence des disparités significatives dans les sources de financement des Centres de Santé de Base (CSB), à l'exclusion des salaires et des ressources en nature.

Tout d'abord, 45,3 % des CSB en zone prioritaire déclarent ne recevoir que les ressources de base, contre 17,4 % en zone non prioritaire. Cette différence est hautement significative (P-value < 0,001), ce qui signifie qu'il y a moins d'une chance sur mille que cet écart soit dû au hasard. Autrement dit, les CSB en zone prioritaire sont statistiquement plus exposés à un financement insuffisant.

Ce constat est renforcé par les données relatives au financement du gouvernement central, qui soutient 49,0 % des CSB en zone prioritaire contre 78,7 % en zone non prioritaire (P-value < 0,001). Ici encore, la différence est statistiquement très significative, indiquant que les zones non prioritaires sont nettement mieux servies par les ressources nationales. Cette situation est paradoxale, car les zones prioritaires, désignées comme telles en raison de leur vulnérabilité, devraient bénéficier d'une attention renforcée.

En revanche, les collectivités locales (communes) semblent jouer un rôle plus actif dans les zones prioritaires : 65,6 % des CSB y reçoivent un appui, contre 54,9 % en zone non prioritaire, une différence également significative (P-value = 0,024). Bien que moins marquée, cette différence suggère que les communes des zones prioritaires tentent de compenser la faiblesse du financement central.

Un autre point critique concerne les frais directs supportés par les patients. Dans les zones prioritaires, 21,5 % des CSB imposent des paiements, contre 11,3 % dans les zones non prioritaires, avec une P-value de 0,002. Cette différence, statistiquement significative, indique que les CSB en

zone prioritaire sont plus enclins à faire payer les usagers, ce qui constitue une barrière potentielle à l'accès aux soins, notamment pour les plus vulnérables.

En revanche, pour d'autres sources de financement comme les ONG/organisations confessionnelles, les bailleurs internationaux autres qu'ONG, les sources communautaires ou encore les autres appuis divers, aucune différence significative n'a été observée entre les deux types de zones (P-values > 0,05). Cela signifie que les écarts constatés peuvent être dus au hasard et ne traduisent pas une tendance structurelle. Dans l'ensemble, ces sources restent faiblement mobilisées dans les deux contextes.

En résumé, les résultats statistiques montrent que :

- Les CSB en zone prioritaire sont significativement plus exposés au sous-financement,
- Ils bénéficient moins du financement central, mais davantage du soutien communal,
- Et recourent plus fréquemment aux paiements des patients,
- Tandis que les autres sources de financement restent marginales et comparables dans les deux zones.

Ces constats, soutenus par des P-values inférieures à 0,05 pour plusieurs variables clés, appellent à une réorientation plus équitable des ressources, afin de corriger les déséquilibres territoriaux et renforcer l'accès aux soins dans les zones prioritaires.

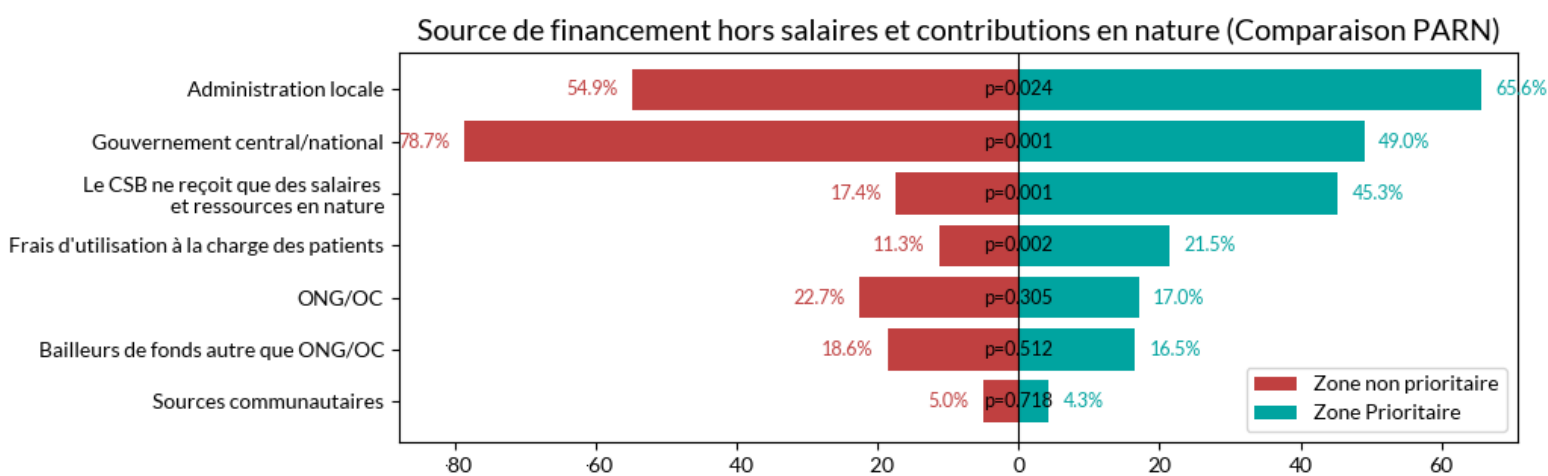


Figure 32: Source de financement hors salaires et contributions en nature (Comparaison PARN)

Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « A l'exclusion des salaires et des ressources en nature perçues par le CSB, quelles sont les sources de financement de ce CSB ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.

III.3.3.b. Budget officiel et appuis reçus par les CSB (Zone prioritaire et Non prioritaire PARN)

L'analyse du budget alloué aux Centres de Santé de Base (CSB) met en lumière une différence significative entre les zones prioritaires et non prioritaires, en termes d'accès à un budget officiel. En effet, 69,4 % des CSB en zone non prioritaire disposent d'un budget formel contre 54,9 % en zone prioritaire. La P-value associée (0,002) indique que cette différence **est** hautement significative sur le plan statistique : il est donc très improbable que cet écart soit dû au hasard. Cette situation confirme que les zones prioritaires sont structurellement moins bien dotées financièrement, malgré leur statut de vulnérabilité.

En revanche, concernant la réception de l'intégralité du budget alloué durant les trois derniers mois, les résultats ne montrent aucune différence statistiquement significative entre les deux zones (P-value = 0,165). Si 54,1 % des CSB en zone prioritaire ont reçu l'intégralité de leur budget contre 48,0 % en zone non prioritaire, cette variation peut être attribuée au hasard. Cela suggère que, lorsqu'un budget est alloué, la probabilité qu'il soit entièrement perçu est comparable dans les deux types de zones.

Il en est de même pour les retards de réception du budget. Bien que les CSB en zone prioritaire soient légèrement plus touchés (65,1 % contre 57,5 % en zone non prioritaire), cette différence n'est pas statistiquement significative (P-value = 0,511). Cela signifie que les problèmes de délais budgétaires sont omniprésents, quels que soient le niveau de priorité de la zone.

Enfin, la réception de biens en nature ou de personnels de la part des ONG au cours des trois derniers mois ne varie pas significativement entre les deux zones (P-value = 0,590). Les proportions restent faibles : 22,8 % des CSB en zone non prioritaire et 19,8 % en zone prioritaire ont reçu un tel appui. Cette absence de différence, combinée à un taux globalement bas, témoigne d'un manque d'implication ou d'accès limité aux soutiens extérieurs, quel que soit le contexte local.

En résumé, l'analyse statistique met en évidence que :

Les CSB en zone prioritaire sont significativement moins nombreux à disposer d'un budget officiel, ce qui renforce leur vulnérabilité (P = 0,002).

En revanche, une fois un budget alloué, la probabilité qu'il soit reçu intégralement ou avec retard est similaire entre zones.

Les appuis des ONG restent faibles et équivalents dans les deux zones, sans impact différencié selon le niveau de priorité.

Ces résultats soulignent l'urgence d'améliorer l'allocation budgétaire aux CSB des zones prioritaires, tout en renforçant les mécanismes de suivi et les partenariats externes dans l'ensemble des zones.

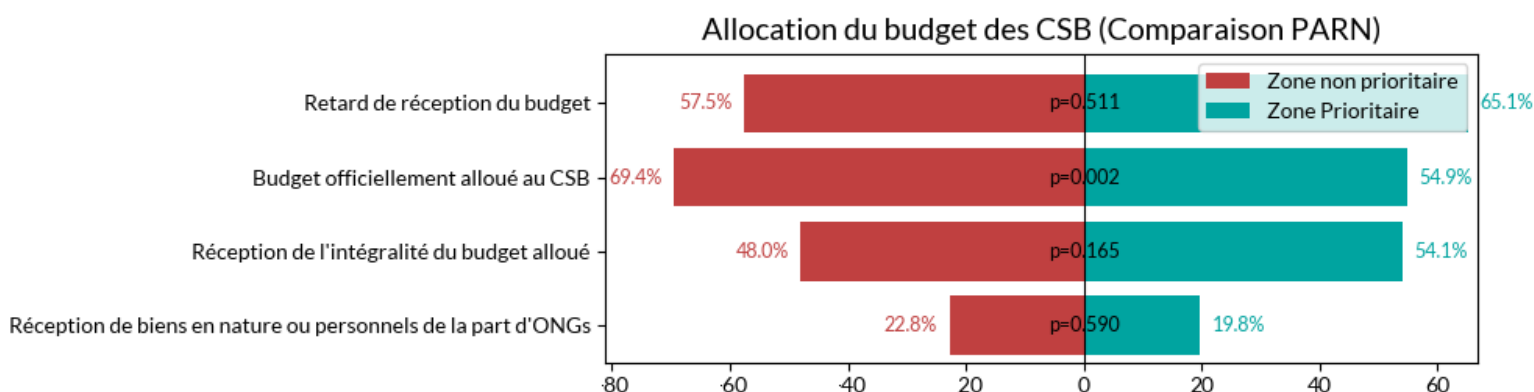


Figure 33: Allocation du budget des CSB (Comparaison PARN)

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « A l'exclusion des salaires et des ressources en nature perçues par la formation, existe-t-il un budget officiel alloué à ce CSB pour l'année financière (État ou Partenaire)? » « Au cours des trois derniers mois de l'année dernière, le CSB a-t-il reçu l'intégralité du budget de dotation CSB qui lui a été alloué ? » « Au cours des trois derniers mois de l'année dernière, le CSB a-t-il subi des retards dans la réception du budget qui lui a été alloué ? » « Au cours des trois derniers mois, ce CSB a-t-il reçu des biens en nature ou du personnel de la part d'une organisation non gouvernementale, d'une organisation confessionnelle, ou d'un autre donateur externe ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.3.3.c. Participation financière des usagers pour les soins (Zone prioritaire et Non prioritaire PARN)

L'analyse comparative met en évidence une différence systématique et statistiquement significative entre les zones prioritaires et non prioritaires en matière de facturation des soins par les CSB. Pour l'ensemble des services analysés - consultations adultes et enfants, vaccination infantile, contraception, tests de diagnostic (VIH, paludisme, tuberculose), accouchements, soins prénatals, nutrition et santé des adolescents - la proportion de CSB en zone prioritaire appliquant des frais varie de 18 à 25 %, contre moins de 4 % en zone non prioritaire.

Toutes les P-values associées à ces comparaisons sont inférieures ou égales à 0,001, ce qui signifie que la probabilité que ces écarts soient dus au hasard est inférieure à un pour mille. Autrement dit, les différences observées sont hautement significatives et traduisent une réalité structurelle : les usagers des zones prioritaires sont beaucoup plus exposés aux paiements directs pour des services pourtant censés être gratuits selon les politiques nationales.

Cette situation est particulièrement préoccupante, car elle crée une barrière financière majeure à l'accès aux soins dans les zones les plus vulnérables, allant à l'encontre des principes d'équité du

système de santé. La gratuité théorique ne semble pas appliquée dans la pratique dans une proportion importante des CSB situés en zone prioritaire.

Face à cela, il est essentiel de renforcer le respect des directives de gratuité dans les zones prioritaires, d'encadrer les pratiques de facturation à tous les niveaux, et de mieux informer les prestataires et les populations sur les services exemptés. Enfin, un système de suivi et de redevabilité, intégrant les communautés, doit être mis en place pour garantir une mise en œuvre effective des politiques de gratuité.

Tableau 11: Participation financière des usagers pour les soins (Comparaison PARN)

	Zone non Prioritaire		Zone Prioritaire		Totale		P-value
	N	270	N	381	N	651	
Services de consultation ambulatoire pour les adultes							<0,001
Oui	9	(3.6%)	92	(25.6%)	101	(16.5%)	
Non	256	(94.4%)	284	(73.1%)	540	(81.9%)	
Non Applicable	3	(1.1%)	3	(0.8%)	6	(0.9%)	
Services de consultation ambulatoire pour les enfants							<0,001
Oui	6	(2.5%)	71	(20.6%)	77	(13.2%)	
Non	260	(95.8%)	309	(79.1%)	569	(86.0%)	
Non Applicable	2	(0.8%)	0	0%	2	(0.3%)	
Toute vaccination infantile de routine							<0,001
Oui	3	(1.2%)	67	(19.7%)	70	(12.1%)	
Non	264	(97.6%)	312	(79.8%)	576	(87.1%)	
Non Applicable	1	(0.3%)	1	(0.2%)	2	(0.3%)	
Tout produit contraceptif							<0,001
Oui	2	(0.9%)	67	(19.7%)	69	(11.9%)	
Non	265	(97.9%)	312	(79.8%)	577	(87.3%)	
Non Applicable	1	(0.3%)	1	(0.2%)	2	(0.3%)	
Test de diagnostic du VIH							<0,001
Oui	1	(0.4%)	64	(19.0%)	65	(11.3%)	
Non	231	(84.8%)	273	(70.3%)	504	(76.3%)	
Non Applicable	37	(14.3%)	43	(10.5%)	80	(12.1%)	
Test de diagnostic du paludisme							<0,001
Oui	1	(0.4%)	67	(19.7%)	68	(11.7%)	
Non	265	(98.0%)	313	(80.1%)	578	(87.5%)	
Non Applicable	2	(0.7%)	0	0%	2	(0.3%)	
Test de diagnostic de la tuberculose							<0,001
Oui	0	0%	62	(18.3%)	62	(10.8%)	
Non	113	(40.8%)	211	(53.3%)	324	(48.2%)	
Non Applicable	155	(58.3%)	105	(27.6%)	260	(40.2%)	
Accouchements							<0,001
Oui	5	(2.2%)	67	(19.6%)	72	(12.5%)	
Non	257	(94.8%)	304	(77.7%)	561	(84.7%)	
Non Applicable	6	(2.1%)	8	(2.1%)	14	(2.1%)	
Services de soins prénatals							<0,001
Oui	3	(1.2%)	68	(20.0%)	71	(12.3%)	

	Zone non Prioritaire		Zone Prioritaire		Totale		P-value
Non	263	(97.0%)	310	(79.3%)	573	(86.6%)	
Non Applicable	2	(0.8%)	2	(0.5%)	4	(0.6%)	
Services de nutrition							<0,001
Oui	2	(0.8%)	67	(19.7%)	69	(11.9%)	
Non	249	(92.7%)	311	(79.5%)	560	(85.0%)	
Non Applicable	17	(5.6%)	2	(0.6%)	19	(2.6%)	
Services de santé pour les adolescents							<0,001
Oui	3	(1.0%)	84	(23.6%)	87	(14.3%)	
Non	255	(94.4%)	287	(73.6%)	542	(82.2%)	
Non Applicable	10	(3.7%)	6	(1.6%)	16	(2.4%)	

*Note : Le tableau ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Veuillez m'indiquer si ce CSB fait payer les patients pour l'un des services suivants ? » * Les proportions rapportées dans le tableau ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.3.3.d. Exemption des frais pour les utilisateurs des services (Zone prioritaire et Non prioritaire PARN)

L'analyse des exemptions de paiement dans les CSB montre qu'à l'échelle nationale, **la quasi-totalité des formations sanitaires (93,2 %) exemptent au moins un groupe de patients**, sans différence significative entre zones prioritaires et non prioritaires (P-value = 0,847). Toutefois, lorsqu'on examine les groupes spécifiques bénéficiaires de ces exemptions, **des écarts profonds et statistiquement très significatifs** apparaissent entre les deux types de zones (P-values = < 0,001 pour tous les groupes).

Dans l'ensemble, les **CSB en zone prioritaire sont plus nombreux à appliquer des exemptions totales**, en particulier pour les adolescents (51,6 % vs 18,7 %), les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans, les personnes handicapées ou les patients souffrant de troubles mentaux. À l'inverse, les **CSB en zone non prioritaire privilégient plus souvent des exemptions partielles**, voire l'absence d'exemption dans certains cas. Ce contraste suggère une **volonté accrue d'alléger les charges financières dans les zones les plus vulnérables**, mais révèle aussi une **hétérogénéité des pratiques** qui peut nuire à l'universalité de l'accès.

Le cas des **patients avec vouchers** est révélateur d'un dispositif encore **mal maîtrisé**, en particulier en zone non prioritaire, où près d'un quart des CSB déclarent ne pas savoir si ces patients sont exemptés.

En résumé, ces résultats montrent que, malgré un engagement général envers la gratuité ciblée, **l'application effective varie fortement selon les zones et les groupes concernés**, mettant en évidence des **pratiques peu harmonisées**. Les écarts observés, tous **hautement significatifs (P < 0,001)**, appellent une réponse systémique.

Pour renforcer l'équité d'accès, il est essentiel de :

- **Harmoniser les directives nationales sur les groupes exemptés,**
- **Former les prestataires à leur mise en œuvre concrète,**
- **Et instaurer un suivi rigoureux et régulier,** notamment dans les zones où la connaissance ou l'application des dispositifs reste lacunaire.

**Tableau 12: Exemption des frais pour les utilisateurs des services
(Comparaison PARN)**

	Zone non Prioritaire		Zone Prioritaire		Totale		P-value
Aucun groupe exempté							0,847
	N	270	N	381	N	651	
Non	250	(93.3%)	357	(93.2%)	607	(93.2%)	
Oui totalement	17	(5.6%)	20	(5.9%)	37	(5.8%)	
Oui partiellement	3	(1.1%)	4	(0.9%)	7	(1.0%)	
Patients âgés							<0,001
	N	250	N	357	N	607	
Non	121	(50.6%)	175	(48.4%)	296	(49.3%)	
Oui totalement	60	(21.3%)	125	(33.8%)	185	(28.7%)	
Oui partiellement	69	(28.1%)	55	(17.1%)	124	(21.7%)	
Indigents							<0,001
	N	250	N	357	N	607	
Non	114	(48.5%)	209	(57.3%)	323	(53.7%)	
Oui totalement	86	(30.9%)	109	(30.2%)	195	(30.5%)	
Oui partiellement	50	(20.6%)	35	(11.5%)	85	(15.2%)	
Enfants de moins de 5 ans							<0,001
	N	250	N	357	N	607	
Non	112	(46.2%)	244	(67.5%)	356	(58.7%)	
Oui totalement	59	(21.3%)	91	(25.6%)	150	(23.8%)	
Oui partiellement	79	(32.5%)	21	(6.8%)	100	(17.3%)	
Ne sait pas	0	0%	1	(0.2%)	1	(0.1%)	
Femmes enceintes							<0,001
	N	250	N	357	N	607	
Non	122	(50.3%)	244	(67.4%)	366	(60.4%)	
Oui totalement	52	(18.2%)	92	(25.8%)	144	(22.7%)	
Oui partiellement	75	(31.1%)	20	(6.5%)	95	(16.6%)	
Patients malades mentaux							<0,001
	N	250	N	357	N	607	
Non	118	(48.8%)	141	(38.8%)	259	(42.9%)	
Oui totalement	43	(14.5%)	106	(29.6%)	149	(23.4%)	
Oui partiellement	57	(23.8%)	41	(13.1%)	98	(17.5%)	
Patients avec des handicaps							<0,001
	N	250	N	357	N	607	
Non	116	(48.3%)	160	(44.2%)	276	(45.9%)	
Oui totalement	50	(17.4%)	108	(29.9%)	158	(24.8%)	
Oui partiellement	64	(26.5%)	43	(13.6%)	107	(18.9%)	
Adolescents							<0,001

	Zone non Prioritaire		Zone Prioritaire		Totale		P-value
	N		N		N		
		250		357		607	
Non	132	(52.5%)	109	(30.6%)	241	(39.6%)	
Oui totalement	48	(18.7%)	190	(51.6%)	238	(38.0%)	
Oui partiellement	69	(28.4%)	57	(17.5%)	126	(22.0%)	
Patients avec un voucher							<0,001
	N	250	N	357	N	607	
Non	135	(56.8%)	223	(62.2%)	358	(60.0%)	
Oui totalement	16	(5.1%)	88	(26.0%)	104	(17.4%)	
Oui partiellement	32	(13.6%)	12	(3.6%)	44	(7.7%)	

Note : Le tableau ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « L'un des groupes suivants est-il exempté de payer des frais médicaux ? » * Les proportions rapportées dans le tableau ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.

III.3.4. MODULE EFFECTIFS ET DOTATION PERSONNEL

III.3.4.a. Nombre moyen de prestataires de soins de santé aux CSB (Zone prioritaire et Non prioritaire PARN)

Le tableau comparatif met en évidence des variations dans la composition du personnel de santé au sein des Centres de Santé de Base (CSB) selon qu'ils se situent en zone prioritaire ou non prioritaire. Bien que le nombre moyen de prestataires de soins, de médecins, ainsi que de personnel infirmier et de sage-femmes soit légèrement plus élevé dans les zones prioritaires, ces écarts ne présentent pas de signification statistique ($p > 0,05$). En revanche, une différence significative est observée concernant le recours aux bénévoles : les CSB situés en zone non prioritaire mobilisent en moyenne 70,6 % de bénévoles de plus que ceux en zone prioritaire (2,9 contre 1,7), différence hautement significative ($p < 0,001$). À l'inverse, les agents communautaires bénévoles sont plus présents dans les zones prioritaires, avec une moyenne de 8,1 contre 5,5, soit une augmentation de 47,3 %, différence également significative ($p = 0,012$). Quant au nombre total d'agents de santé communautaires, bien qu'il soit en moyenne plus élevé dans les zones prioritaires (17,1 contre 14,4), la différence n'est pas statistiquement significative ($p = 0,096$). Ces résultats suggèrent des dynamiques distinctes dans l'organisation du soutien communautaire entre les deux types de zones.

Tableau 13: Nombres moyens de prestataires de soins au sein des CSB selon la zone (Comparaison PARN)

	Zone non prioritaire		Zone prioritaire		Totale		p-value
	N		N		N		
		270		381		651	
Nombre total de prestataires de soins	3,8	(3,2)	3,5	(2,6)	3,6	(2,9)	0,226
Nombre de médecins	0,3	(0,6)	0,4	(0,7)	0,3	(0,6)	0,372
Nombre de personnel infirmier et de sage-femmes	2,2	(1,7)	2,4	(1,9)	2,3	(1,8)	0,245
Nombre total d'agents de santé communautaires	14,4	(13,7)	17,1	(16,1)	16,0	(15,2)	0,096
Nombre total de bénévoles							

BENEVOLE	2,9	(3,8)	1,7	(1,3)	2,2	(2,7)	<0,001
AGENT COMMUNAUTAIRE							
BENEVOLE	5,5	(7,8)	8,1	(15,3)	7,0	(12,9)	0,012

*Note : Le tableau ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Quel est le nombre total de prestataires de soins de santé travaillant dans ce CSB ? » « Combien de médecins travaillent dans ce CSB ? » « Combien de personnel infirmier et de sage-femmes travaillent dans ce CSB ? » « Quel est le nombre total d'agents de santé communautaires qui sont gérés par ce CSB, qui travaillent avec ce CSB, ou qui fournissent des services dans la zone desservie par ce CSB ? ». * Les proportions rapportées dans le tableau ont été obtenues après pondération.*

III.3.4.b. Formations reçues par les prestataires de soins au cours des 2 dernières années (Zone prioritaire et Non prioritaire PARN)

L'analyse des données portant sur la formation des prestataires de soins au sein des CSB met en évidence un accès globalement élevé à des formations sur poste, tant en zone prioritaire que non prioritaire, notamment pour les vaccinations infantiles, la prestation de services, la gestion de la chaîne du froid, le suivi de la prestation de services, la surveillance des maladies et la sécurité des injections. Dans la majorité des domaines évalués, les taux de formation formelle sont supérieurs à 90 %, sans différence statistiquement significative entre les deux zones ($p > 0,05$), ce qui témoigne d'un effort uniforme de renforcement des capacités dans le pays. Toutefois, des disparités notables apparaissent en ce qui concerne la **formation sur les nouveaux vaccins avant leur introduction**, où les zones non prioritaires affichent un taux de formation formelle nettement plus élevé (76,3 % contre 58,7 %), soit un écart relatif de 30 %, différence hautement significative ($p < 0,001$). Cette situation pourrait refléter une inégalité d'accès à l'information ou aux initiatives de formation en amont de l'introduction de nouveaux vaccins dans les zones prioritaires. De manière générale, bien que les taux de formation soient élevés et homogènes sur la plupart des thèmes, cette différence significative concernant les nouveaux vaccins souligne la nécessité de renforcer les stratégies de diffusion des formations, en particulier dans les zones jugées prioritaires.

Tableau 14: Formations reçues par les prestataires de service de vaccination au cours des 2 dernières années selon la zone

	Zone non Prioritaire		Zone Prioritaire		Totale		p-value	
Formations des prestataires en service (dernières 2 années)								
Vaccinations infantiles								0,645
	N	270	N	381	N	651		
Oui	263	(97,4%)	372	(97,7%)	635	(97,6%)		
Non	7	(2,6%)	8	(2,1%)	15	(2,3%)		
Formations reçues en lien avec la vaccination des enfants (2 dernières années)								
Prestation de services de vaccination								0,300
	N	263	N	372	N	635		
Oui, formation formelle	256	(97,8%)	359	(96,6%)	615	(97,1%)		
Oui, supervision de soutien	3	(0,7%)	2	(0,6%)	5	(0,6%)		
Pas de formation	4	(1,4%)	7	(1,8%)	11	(1,7%)		

	Zone non Prioritaire		Zone Prioritaire		Totale		p-value
Informations seulement	0	0%	4	(1,1%)	4	(0,6%)	
Gestion/manipulation des vaccins et chaîne du froid							0,101
	N	263	N	372	N	635	
Oui, formation formelle	255	(97,5%)	346	(93,1%)	601	(94,9%)	
Oui, supervision de soutien	2	(0,5%)	7	(1,8%)	9	(1,3%)	
Pas de formation	6	(2,0%)	14	(3,7%)	20	(3,0%)	
Informations seulement	0	0%	5	(1,3%)	5	(0,8%)	
Rapport de données et suivi de la prestation de services de vaccination							0,642
	N	263	N	372	N	635	
Oui, formation formelle	250	(95,9%)	348	(93,5%)	598	(94,5%)	
Oui, supervision de soutien	2	(0,5%)	7	(1,9%)	9	(1,3%)	
Pas de formation	9	(3,1%)	15	(3,9%)	24	(3,6%)	
Informations seulement	2	(0,6%)	2	(0,6%)	4	(0,6%)	
Surveillance et notification des maladies							0,229
	N	263	N	372	N	635	
Oui, formation formelle	252	(96,3%)	344	(92,5%)	596	(94,1%)	
Oui, supervision de soutien	1	(0,2%)	6	(1,5%)	7	(1,0%)	
Pas de formation	9	(3,2%)	17	(4,5%)	26	(4,0%)	
Informations seulement	1	(0,3%)	5	(1,5%)	6	(1,0%)	
Sécurité des injections et gestion des déchets							0,243
	N	263	N	372	N	635	
Oui, formation formelle	244	(93,5%)	328	(88,1%)	572	(90,3%)	
Oui, supervision de soutien	3	(0,9%)	4	(1,0%)	7	(0,9%)	
Pas de formation	14	(5,0%)	35	(9,5%)	49	(7,6%)	
Informations seulement	2	(0,7%)	5	(1,4%)	7	(1,1%)	
Formation sur les nouveaux vaccins avant leur introduction							<0,001
	N	263	N	372	N	635	
Oui, formation formelle	198	(76,3%)	220	(58,7%)	418	(66,0%)	
Oui, supervision de soutien	4	(1,4%)	4	(1,0%)	8	(1,2%)	
Pas de formation	53	(19,1%)	133	(36,5%)	186	(29,4%)	
Informations seulement	5	(2,0%)	13	(3,2%)	18	(2,7%)	

Note : Le tableau ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Au cours des 2 dernières années, les prestataires de soins de santé de ce CSB ont-ils reçu une formation sur poste pour les services suivants ? » « Avez-vous, ou l'un des prestataires de services de vaccination, reçu une formation au cours des deux dernières années dans l'un des domaines suivants liés à la vaccination des enfants ? » * Les proportions rapportées dans le tableau ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.

III.4. ANALYSE COMPARATIVE DES BLOCS SIMILAIRES DU TOUR 1, TOUR 2 ET DU TOUR 3

III.4.1. MODULE FOURNITURES MÉDICALES

III.4.1.a. Comparaison de la disponibilité des équipements médicaux essentiels dans les CSB aux tours 1, 2 et 3

De manière générale, il n'y a pas de différences notables au cours des 3 tours sur la disponibilité des équipements de base qui sont bien présents dans la majorité des CSB. En revanche, la disponibilité des Réfrigérateur fonctionnel avec une capacité de stockage suffisant et contrôle continu de la température semble s'être améliorée d'une manière significative au cours du tour 3, et il en est de même pour les glucomètres dont la disponibilité a vu une hausse significative par rapport au tour 2. Les Kits Individuels d'Accouchement (KIA) ont vu une légère baisse et les AMIU (Aspiration Manuelle Intra-Utérine) une légère hausse en matière de disponibilité au cours du tour 3

Tableau 15: Comparaison (R1, R2 et R3) sur la disponibilité des équipements médicaux essentielles

	Round						p-value
	R1		R2		R3		
	N	656	N	646	N	651	
Thermomètre							0,423
Oui	551	(83,7%)	556	(86,1%)	562	(86,3%)	
Non	105	(16,3%)	90	(13,9%)	89	(13,7%)	
Balance pour enfant							0,652
Oui	543	(83,5%)	545	(84,7%)	538	(83,4%)	
Non	113	(16,5%)	101	(15,3%)	113	(16,6%)	
Toise pour enfant							0,073
Oui	492	(77,3%)	516	(81,2%)	515	(80,6%)	
Non	164	(22,7%)	130	(18,8%)	136	(19,4%)	
Tensiomètre							0,001
Oui	474	(72,3%)	482	(74,6%)	527	(80,8%)	
Non	182	(27,7%)	164	(25,4%)	124	(19,2%)	
Spéculum							0,687
Oui	571	(87,8%)	563	(87,5%)	573	(88,6%)	
Non	84	(12,1%)	83	(12,5%)	78	(11,4%)	
Matériel pour prélèvements cervico-vaginaux/frottis							0,364
Oui	73	(11,3%)	79	(12,9%)	75	(11,7%)	
Non	580	(88,3%)	561	(86,1%)	575	(88,2%)	
Réfrigérateur fonctionnel avec une capacité de stockage suffisant et contrôle continu de la température							<0,001
Oui	535	(81,4%)	514	(78,8%)	594	(91,3%)	
Non	121	(18,6%)	132	(21,2%)	57	(8,7%)	
Glacière porte-vaccins							0,452
Oui	651	(99,3%)	643	(99,5%)	644	(98,9%)	
Non	5	(0,7%)	3	(0,5%)	7	(1,1%)	
Rubans de mesure de la circonférence moyenne du bras (MUAC)							0,332

	R1		Round		R3		p-value
			R2				
Oui	596	(91,4%)	594	(92,5%)	606	(93,3%)	
Non	60	(8,6%)	52	(7,5%)	45	(6,7%)	
Carte/feuille de conseils nutritionnels							0,195
Oui	458	(70,2%)	451	(70,1%)	443	(68,5%)	
Non	191	(28,8%)	192	(29,3%)	207	(31,4%)	
Kit Individuel d'Accouchement (KIA)							0,001
Oui			395	(61,5%)	341	(52,2%)	
Non			248	(38,0%)	310	(47,8%)	
Glucomètre							<0,001
Oui			272	(43,1%)	496	(76,3%)	
Non			374	(56,9%)	155	(23,7%)	
Otoscope							0,811
Oui			236	(36,6%)	242	(36,7%)	
Non			410	(63,4%)	409	(63,3%)	
AMIU (Aspiration Manuelle Intra-Utérine)							0,037
Oui			184	(28,7%)	211	(31,9%)	
Non			455	(70,2%)	439	(67,9%)	
Ventouse							0,332
Oui			232	(37,0%)	227	(36,2%)	
Non			412	(62,7%)	424	(63,8%)	
Pingouin							0,459
Oui			410	(64,2%)	426	(66,4%)	
Non			236	(35,8%)	225	(33,6%)	
Ballon masque nouveau-né							0,470
Oui			460	(72,2%)	451	(70,5%)	
Non			186	(27,8%)	199	(29,3%)	
Ambu adulte							0,520
Oui			269	(41,8%)	279	(43,2%)	
Non			368	(56,6%)	367	(55,8%)	
Stéthoscope							0,661
Oui			588	(91,2%)	597	(92,2%)	
Non			58	(8,8%)	54	(7,8%)	
Stéthoscope obstétrical							0,419
Oui			602	(93,6%)	615	(94,7%)	
Non			43	(6,3%)	36	(5,3%)	
Pèse personne							0,524
Oui			542	(84,0%)	554	(85,2%)	
Non			103	(15,9%)	97	(14,8%)	

*Note : Le tableau ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Les équipements médicaux suivants sont-ils actuellement disponibles et fonctionnels au sein du CSB ? » « La température du réfrigérateur à vaccins a-t-elle été en dehors de 2 et 8 degrés Celsius au cours des 7 derniers jours ? » * Les proportions rapportées dans le tableau ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.4.1.b. Comparaison de la disponibilité des services ou matériels de diagnostic les CSB aux tours 1, 2 et 3

La disponibilité des tests du paludisme est restée largement disponibles à plus de 90% des CSB au cours des 3 tours. Une légère hausse de disponibilité des test VIH, syphilis et urinaire est constatée au cours du tour 3. Et une hausse nette et significative de la disponibilité des tests de glycémie est constaté au cours du tour 3 par rapport à la proportion basse au cours des tours précédents.

Tableau 16: Comparaison (R1, R2 et R3) sur la disponibilité des services ou matériels de diagnostic

	Round						p-value
	R1		R2		R3		
	N	656	N	646	N	651	
Bandelettes pour test urinaire							0,160
Oui	126	(19,9%)	115	(18,5%)	116	(18,6%)	
Non	527	(79,6%)	531	(81,5%)	535	(81,4%)	
Test de glycémie							<0,001
Oui	128	(19,3%)	221	(35,1%)	446	(68,8%)	
Non	527	(80,6%)	424	(64,8%)	204	(31,1%)	
Test de diagnostic du paludisme							0,016
Oui	626	(95,0%)	632	(98,0%)	618	(94,8%)	
Non	30	(5,0%)	14	(2,0%)	33	(5,2%)	
Test de diagnostic du VIH							0,090
Oui	360	(53,9%)	339	(51,3%)	237	(59,5%)	
Non	296	(46,1%)	307	(48,7%)	162	(40,3%)	
Test de grossesse (urinaire)							0,035
Oui	367	(56,3%)	351	(55,0%)	403	(62,4%)	
Non	288	(43,5%)	295	(45,0%)	248	(37,6%)	
Test de diagnostic de la syphilis							0,461
Oui	315	(47,4%)	281	(42,1%)	298	(46,4%)	
Non	341	(52,6%)	364	(57,7%)	352	(53,4%)	

*Note : Le tableau ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Les services ou matériels de diagnostic suivants sont-ils disponibles dans le CSB ? » * Les proportions rapportées dans le tableau ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.4.1.c. Comparaison de la disponibilité des vaccins dans les CSB aux tours 1, 2 et 3

Tous les vaccins pédiatriques du calendrier vaccinal de routine sont disponibles d'une manière stable à plus de 90 % des CSB au cours des 3 tours d'enquête.

Bien que le BCG affiche une couverture légèrement inférieure (91,4 %), la disponibilité du vaccin a vu une augmentation significative durant le tour 3 quand cette dernière a diminué au cours du tour 2.

Le vaccin contre la COVID-19 a vu une diminution nette significative perpétuelle du tour 1 au tour 3 allant jusqu'à une disponibilité à 27% des CSB.

Tableau 17: Comparaison (R1, R2 et R3) sur la disponibilité des vaccins dans les CSB

	Round						p-value
	R1		R2		R3		
	N	656	N	646	N	651	
Vaccin contre la rougeole (VAR)							0,446
Oui	642	(97,8%)	635	(98,3%)	643	(98,8%)	
Non	14	(2,2%)	11	(1,7%)	8	(1,2%)	
Vaccin contre la poliomyélite (VPO ou VPI)							0,331
Oui	646	(98,5%)	630	(97,6%)	641	(98,6%)	
Non	10	(1,5%)	16	(2,4%)	9	(1,3%)	
Vaccin antipneumococcique (PCV)							0,128
Oui	638	(97,3%)	630	(97,5%)	623	(95,8%)	
Non	18	(2,7%)	16	(2,5%)	28	(4,2%)	
Vaccin contre le tétanos et diphtérie (TD) pour femmes enceintes							0,402
Oui	642	(97,9%)	624	(96,8%)	633	(97,0%)	
Non	14	(2,1%)	22	(3,2%)	17	(2,9%)	
Vaccin contre le Rotavirus							0,084
Oui	641	(97,7%)	618	(95,7%)	635	(97,6%)	
Non	15	(2,3%)	28	(4,3%)	15	(2,3%)	
Vaccin contre le COVID							<0,001
Oui	567	(86,1%)	276	(41,7%)	175	(27,0%)	
Non	89	(13,9%)	370	(58,3%)	475	(72,8%)	
Vaccin pentavalent (DPT + HiB + HepB)							0,002
Oui	613	(93,8%)	608	(94,5%)	634	(97,3%)	
Non	43	(6,2%)	38	(5,5%)	17	(2,7%)	
Vaccin BCG							<0,001
Oui	623	(95,1%)	533	(82,7%)	594	(91,4%)	
Non	33	(4,9%)	113	(17,3%)	56	(8,4%)	

*Note : Le tableau ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Les vaccins suivants sont-ils disponibles dans le CSB ? » * Les proportions rapportées dans le tableau ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.4.1.d. Comparaison de la disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI) les CSB aux tours 1, 2 et 3

La disponibilité des masques de protection respiratoire est passée de 60% au cours du tour 1 à 47% au cours du tour 3, cette baisse de disponibilité est statistiquement significative.

Pour les masques médicaux ou chirurgicaux, la disponibilité a vu une hausse à 72,8% au cours du tour 2 pour baisser significativement jusqu'à 58% au cours du tour 3. Il en est de même pour les Blouses de protection dont la disponibilité a baissé du tour 1 au tour 3 allant de 87,3% à 78,1%, cette baisse est statistiquement significative.

Tableau 18: Comparaison (R1, R2 et R3) sur la disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI)

	R1		Round R2		R3		p-value
	N	656	N	646	N	651	
Masques de protection respiratoire (N95, FFPNon)							<0,001
Oui	391	(60,3%)	269	(41,1%)	309	(47,3%)	
Non	260	(39,0%)	375	(58,6%)	340	(52,4%)	
Masques médicaux ou chirurgicaux							<0,001
Oui	430	(65,2%)	474	(72,8%)	381	(58,0%)	
Non	225	(34,6%)	172	(27,2%)	269	(41,8%)	
Gants jetables (latex ou autre)							0,047
Oui	557	(85,8%)	515	(79,4%)	531	(81,3%)	
Non	99	(14,2%)	131	(20,6%)	120	(18,7%)	
Blouse de protection							<0,001
Oui	569	(87,3%)	528	(81,7%)	505	(78,1%)	
Non	87	(12,7%)	118	(18,3%)	146	(21,9%)	
Lunette de protection ou écran facial							0,148
Oui	349	(53,3%)	320	(49,2%)	312	(48,0%)	
Non	304	(46,2%)	326	(50,8%)	337	(51,7%)	

*Note : Le tableau ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Les équipements de protection individuelle (EPI) suivants sont-ils disponibles dans le CSB ? » * Les proportions rapportées dans le tableau ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.4.1.e. Comparaison de la disponibilité des médicaments essentiels dans les CSB aux tours 1, 2 et 3

Les variations les plus marquées concernent plusieurs médicaments avec des différences statistiquement significatives. La disponibilité du sulfate de zinc chute fortement de 83,7 % au tour 1 à 71,2 % au tour 2, puis reste à 72,1 % au tour 3 ($p < 0,001$). Les utérotoniques suivent la même tendance, passant de 85,0 % à 77,9 % ($p < 0,001$). La baisse est encore plus prononcée pour la chlorhexidine (31,4 % → 25,0 % → 16,5 %, $p < 0,001$) et le misoprostol (54,8 % → 50,5 % → 34,6 %, $p < 0,001$).

En revanche, certaines disponibilités augmentent nettement, comme les méthodes contraceptives à longue durée d'action (73,3 % → 75,6 % → 86,9 %, $p < 0,001$) et les traitements contre le diabète (metformine, insuline injectable ou autres agents hypoglycémiques) qui passent de 6,8 % à 11,9 % ($p < 0,001$).

Les variations observées pour les autres médicaments ne sont pas statistiquement significatives.

Tableau 19: Comparaison (R1, R2 et R3) de la disponibilité des médicaments essentiels dans les CSB

	R1		Round R2		R3		p-value
	N	656	N	646	N	651	
Sulfate de zinc							<0,001
Oui	547	(83,7%)	460	(71,2%)	467	(72,1%)	
Non	109	(16,3%)	186	(28,8%)	184	(27,9%)	
Utérotonique							<0,001
Oui	556	(85,0%)	570	(88,2%)	508	(77,9%)	
Non	99	(14,8%)	76	(11,8%)	142	(21,9%)	
Fer et acide folique							0,001
Oui	611	(93,2%)	568	(88,4%)	602	(92,6%)	
Non	45	(6,8%)	78	(11,6%)	49	(7,4%)	
Chlorhexidine							<0,001
Oui	204	(31,4%)	159	(25,0%)	109	(16,5%)	
Non	452	(68,6%)	485	(74,7%)	542	(83,5%)	
Méthodes contraceptives à longue durée d'action							<0,001
Oui	483	(73,3%)	495	(75,6%)	350	(86,9%)	
Non	172	(26,5%)	149	(24,0%)	50	(13,1%)	
Méthodes contraceptives à courte durée d'action							0,048
Oui	596	(90,5%)	599	(92,2%)	574	(88,1%)	
Non	59	(9,3%)	46	(7,7%)	77	(11,9%)	
Metformine, insuline injectable, ou autre agent hypoglycémique							<0,001
Oui	45	(6,8%)	36	(5,6%)	77	(11,9%)	
Non	607	(92,6%)	609	(94,2%)	574	(88,1%)	
Antihypertenseurs							<0,001
Oui	578	(88,0%)	558	(85,8%)	509	(78,2%)	
Non	77	(11,9%)	88	(14,2%)	142	(21,8%)	
Antipaludiques (ACT)							<0,001
Oui	625	(95,2%)	626	(97,0%)	589	(90,6%)	
Non	31	(4,8%)	20	(3,0%)	62	(9,4%)	
Antiasthmatiques							0,075
Oui	492	(74,9%)	479	(73,7%)	521	(79,6%)	
Non	163	(24,9%)	167	(26,3%)	129	(20,2%)	
Vitamine A							0,001
Oui	452	(70,2%)	411	(64,3%)	475	(74,2%)	
Non	204	(29,8%)	235	(35,7%)	176	(25,8%)	
Misoprostol							<0,001
Oui	357	(54,8%)	322	(50,5%)	226	(34,6%)	
Non	298	(45,1%)	321	(49,2%)	424	(65,2%)	
Anticonvulsivants injectables							0,016
Oui	553	(84,2%)	526	(81,5%)	568	(87,2%)	
Non	103	(15,8%)	120	(18,5%)	83	(12,8%)	
Dexaméthasone ou autres corticostéroïdes							0,737
Oui	626	(95,6%)	611	(94,6%)	616	(94,6%)	
Non	30	(4,4%)	35	(5,4%)	35	(5,4%)	

	R1		Round R2		R3		p-value
Acide acétylsalicylique							0,203
Oui	98	(15,4%)	96	(15,4%)	97	(15,3%)	
Non	555	(84,2%)	550	(84,6%)	554	(84,7%)	
Calcium							<0,001
Oui	556	(84,6%)	599	(92,7%)	581	(88,8%)	
Non	100	(15,4%)	47	(7,3%)	70	(11,2%)	
Sulfate de magnésium (MgSO4) en intraveineuse							<0,001
Oui	342	(52,7%)	254	(39,4%)	288	(43,9%)	
Non	312	(47,0%)	390	(60,3%)	362	(55,9%)	

*Note : Le tableau ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Les médicaments essentiels suivants sont-ils disponibles dans le CSB ? » * Les proportions rapportées dans le tableau ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.4.1.f. Comparaison de la disponibilité des méthodes de contraception à longue durée d'action dans les CSB aux tours 1, 2 et 3

Les comparaisons suivantes ont été réalisées à partir des données des premier et deuxième tours obtenus dans les CSB2 pour être en conformité avec ceux du troisième tour qui ont été exécutés sur les CSB2. La disponibilité des DCIU a été de 46,0% au cours du premier tour et de 44,0% au cours du deuxième tour. Cette disponibilité a encore baissé au cours de ce troisième tour (40,7%). Dans tous les cas, elle n'est pas satisfaisante car les chiffres enregistrés au cours de ces trois tours n'ont jamais dépassé les 50%.

Tableau 20: Comparaison (R1, R2, R3) sur la disponibilité des méthodes de contraception à longue durée d'action

	R1		Round R2		R3		P-value
	N	296	N	320	N	350	
Dispositif contraceptif intra-utérin (DCIU)							0,508
Oui	140	(46,0%)	143	(44,0%)	146	(40,7%)	
Non	155	(53,7%)	176	(55,7%)	204	(59,3%)	
Implant							0,073
Oui	276	(93,4%)	286	(89,0%)	330	(94,2%)	
Non	20	(6,6%)	34	(11,0%)	19	(5,5%)	

*Note : Le tableau ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Les méthodes de contraception à longue durée d'action suivantes sont-elles disponibles dans le CSB ? ». * Les proportions rapportées dans le tableau ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.4.1.g. Comparaison de la disponibilité des méthodes de contraception réversibles à courte durée d'action dans les CSB aux tours 1, 2 et 3

Les méthodes classiques comme les contraceptifs injectables et les préservatifs masculins restent largement disponibles, avec des signes d'amélioration. Les injectables affichent une disponibilité très élevée sur l'ensemble des trois tours (>90 %), avec une légère hausse entre le tour 1 (95,5 %) et le tour 2 (96,9 %), suivie d'une baisse au tour 3 (91,2 %), variation statistiquement significative ($p < 0,001$). Les préservatifs masculins, eux, montrent une progression continue de 75,8 % au tour 1 à 83,9 % au tour 2 puis 88,2 % au tour 3 ($p < 0,001$), traduisant des efforts réussis d'accessibilité et de promotion, y compris pour la prévention des IST.

En revanche, les contraceptifs oraux connaissent une baisse marquée entre le tour 1 (89,9 %) et le tour 2 (79,0 %), avant une légère remontée au tour 3 (82,0 %) ($p < 0,001$), sans toutefois retrouver le niveau initial, ce qui peut refléter des tensions d'approvisionnement ou des choix logistiques différents.

Dans l'ensemble, la tendance générale montre une offre contraceptive globalement stable, avec des variations statistiquement significatives surtout pour les méthodes majeures (injectables, oraux, préservatifs masculins), alors que les méthodes alternatives restent faiblement disponibles et ne présentent pas d'évolution significative.

Tableau 21: Comparaison (R1, R2 et R3) sur la disponibilité des méthodes de contraception réversibles à courte durée d'action

	Round						p-value
	R1		R2		R3		
	N	596	N	599	N	574	
Contraceptif oral							<0,001
Oui	536	(89,9%)	475	(79,0%)	472	(82,0%)	
Non	60	(10,1%)	124	(21,0%)	102	(18,0%)	
Préservatif masculin							<0,001
Oui	452	(75,8%)	500	(83,9%)	502	(88,2%)	
Non	144	(24,2%)	99	(16,1%)	72	(11,8%)	
Préservatif féminin							0,357
Oui	57	(9,3%)	47	(7,8%)	60	(10,3%)	
Non	539	(90,7%)	551	(92,0%)	514	(89,7%)	
Pilule contraceptive d'urgence							0,276
Oui	182	(30,1%)	170	(28,6%)	151	(26,3%)	
Non	414	(69,9%)	429	(71,4%)	423	(73,7%)	
Perles du cycle pour la méthode des jours standard							0,465
Oui	339	(56,7%)	371	(61,3%)	350	(60,5%)	
Non	256	(43,1%)	227	(38,5%)	223	(39,3%)	
Contraceptif injectable					N	651	<0,001

Oui	571	(95,5%)	582	(96,9%)	593	(91,2%)
Non	25	(4,5%)	17	(3,1%)	58	(8,8%)

*Note : Le tableau ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Les méthodes de contraception réversibles à courte durée d'action suivantes sont-elles disponibles dans le CSB ? » * Les proportions rapportées dans le tableau ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.4.1.h. Comparaison de la fréquence des ruptures de stock d'intrants dans les CSB aux tours 1, 2 et 3

Le tableau qui suit montre la situation sur les ruptures de stocks des intrants entre les trois tours successifs d'évaluation.

Quatre points majeurs sont à relever :

- Améliorations claires pour les intrants liés aux soins d'urgence, à l'asthme, à l'hypertension, et aux maladies de l'enfant.
- Situation stable ou légèrement fluctuante pour les vaccins et la santé reproductive.
- Dégradation préoccupante pour les intrants du diabète, VIH/Sida, tuberculose, avec des ruptures fréquentes et prolongées.
- Les ruptures occasionnelles ou prolongées restent importantes pour la santé maternelle et néonatale malgré une amélioration globale.

Tableau 22: Interpretation du tableau de comparaison des situations de rupture de stock des intrants entre le tour 1, le tour 2 et le tour 3

Thème	Round 1	Round 2	Round 3	Évolution observée
Ruptures globales (tous intrants)	Globalement peu fréquentes ; entre 42,1 % et 70,1 % des CSB n'ont jamais ou rarement de ruptures selon les services.	Ruptures rares pour la majorité des intrants, mais des cas non négligeables de ruptures occasionnelles signalés pour la santé reproductive et maternelle.	La disponibilité reste bonne pour certains intrants (>75 % sans rupture), mais plusieurs catégories enregistrent des ruptures prolongées (≥149 jours) pour une part significative.	Stabilité globale, mais persistance de ruptures prolongées sur des intrants critiques.
Vaccins	70,1 % des CSB rapportent des ruptures inexistantes ou rares.	50,9 % des CSB n'ont jamais connu de rupture, mais 25,8 % signalent des ruptures rares.	56,5 % des CSB sans rupture ; ruptures prolongées très rares (1,3 %) — situation assez stable.	Légère dégradation entre R1 et R2, stabilisation à R3.
Intrants pour la santé reproductive (PF)	16,9 % des CSB connaissent des ruptures fréquentes ou constantes.	45 % des CSB n'ont jamais eu de rupture, mais 20,1 % signalent des ruptures occasionnelles.	57,8 % n'ont pas eu de rupture ; 12 % connaissent des ruptures modérées à sévères.	Amélioration entre R1 et R3, mais les ruptures restent préoccupantes dans 1 CSB sur 4.
Intrants pour la santé maternelle et néonatale	Moins affectés au R1 selon les données disponibles.	60,8 % des CSB sans rupture, mais 9,6 % connaissent des ruptures occasionnelles.	66,0 % des CSB sans rupture ; mais 12,5 % ont connu des ruptures	Progression en couverture, mais apparition de

			prolongées (≥ 149 jours).	ruptures longues à surveiller.
Hypertension / Diabète	Non mentionné spécifiquement.	Très bonne disponibilité : 72,6 % (HTA) et 78,7 % (Diabète) sans rupture.	Disponibilité élevée (82 % HTA), mais pour le diabète : seulement 15,6 % sans rupture, avec 9,5 % de ruptures prolongées.	Forte dégradation de l'approvisionnement en intrants pour le diabète.
Tuberculose / VIH	Non documenté dans le Tour 1.	Non précisé.	Très faible disponibilité : 15,2 % (TB) et 15,6 % (VIH) de CSB sans rupture. Ruptures longues fréquentes.	Situation alarmante au Tour 3 pour ces pathologies.
Soins d'urgence / maladies de l'enfant	42,1 % des CSB n'ont jamais ou rarement de ruptures pour ces intrants.	Non précisé.	Meilleure situation : 86,5 % des CSB sans rupture pour soins d'urgence ; 76,5 % pour maladies de l'enfant.	Amélioration très nette sur ces catégories.

Tableau 23: Comparaison (R1, R2 et R3) sur la fréquence des ruptures de stock des intrants

	Round						p-value
	R1		R2		R3		
	N	656	N	646	N	651	
Ruptures de stocks de fournitures nécessaires pour les services relatifs à la santé reproductive							<0,001
Rarement	249	(37,5%)	117	(18,4%)	89	(13,5%)	
Occasionnellement	84	(13,0%)	127	(20,1%)	93	(14,8%)	
Parfois	119	(18,6%)	76	(12,6%)	42	(6,5%)	
Fréquemment	91	(14,9%)	14	(2,2%)	20	(2,9%)	
Tout le temps ou presque	13	(2,0%)	5	(0,7%)	15	(2,6%)	
Jamais	96	(13,4%)	299	(45,0%)	380	(57,8%)	
Non applicable	2	(0,2%)	8	(1,0%)	7	(1,2%)	
Ruptures de stocks de fournitures nécessaires pour les services relatifs à la santé maternelle, néonatale, et infantile							<0,001
Rarement	267	(40,6%)	41	(6,6%)	30	(4,3%)	
Occasionnellement	61	(9,5%)	61	(9,6%)	61	(9,5%)	
Parfois	92	(13,8%)	47	(7,4%)	29	(4,5%)	
Fréquemment	61	(9,6%)	32	(5,1%)	22	(3,3%)	
Tout le temps ou presque	6	(0,9%)	52	(7,5%)	60	(9,2%)	
Jamais	150	(22,6%)	394	(60,8%)	428	(66,0%)	
Non applicable	15	(2,3%)	18	(2,7%)	18	(2,7%)	
Ruptures de stocks de fournitures nécessaires pour les services de soins d'urgence							<0,001
Rarement	180	(27,5%)	37	(5,8%)	20	(2,9%)	
Occasionnellement	33	(5,3%)	42	(6,4%)	30	(4,5%)	
Parfois	45	(6,9%)	10	(1,5%)	7	(1,0%)	
Fréquemment	31	(4,6%)	10	(1,4%)	4	(0,7%)	
Tout le temps ou presque	12	(1,7%)	9	(1,3%)	11	(1,8%)	
Jamais	102	(14,6%)	492	(76,3%)	563	(86,5%)	

	Round						p-value
	R1		R2		R3		
Non applicable	231	(35,8%)	42	(6,6%)	13	(2,1%)	
Des ruptures de stocks de vaccins (tout antigène)							<0,001
Rarement	292	(44,5%)	167	(25,8%)	132	(20,2%)	
Occasionnellement	90	(13,2%)	115	(17,5%)	122	(18,4%)	
Parfois	73	(11,4%)	26	(3,8%)	19	(2,9%)	
Fréquemment	20	(3,1%)	4	(0,5%)	8	(1,2%)	
Tout le temps ou presque	6	(1,0%)	3	(0,5%)	1	(0,1%)	
Jamais	168	(25,6%)	324	(50,9%)	365	(56,5%)	
Non applicable	5	(0,8%)	6	(0,8%)	3	(0,5%)	
Intrants nécessaires pour traiter l'hypertension							0,001
Rarement			51	(8,1%)	41	(6,2%)	
Occasionnellement			48	(7,5%)	42	(6,5%)	
Parfois			24	(3,7%)	14	(2,3%)	
Fréquemment			8	(1,4%)	3	(0,4%)	
Tout le temps ou presque			21	(3,2%)	6	(0,9%)	
Jamais			471	(72,6%)	535	(82,0%)	
Non applicable			19	(2,8%)	8	(1,3%)	
Intrants nécessaires pour traiter le diabète							<0,001
Rarement			10	(1,6%)	20	(2,8%)	
Occasionnellement			21	(3,3%)	35	(5,3%)	
Parfois			8	(1,3%)	20	(3,3%)	
Fréquemment			13	(1,8%)	11	(1,7%)	
Tout le temps ou presque			51	(7,9%)	47	(7,8%)	
Jamais			36	(5,4%)	97	(15,6%)	
Non applicable			507	(78,7%)	403	(60,9%)	
Intrants nécessaires pour traiter l'asthme							<0,001
Rarement			47	(7,6%)	34	(5,6%)	
Occasionnellement			62	(10,1%)	30	(4,6%)	
Parfois			30	(4,6%)	19	(2,8%)	
Fréquemment			15	(2,3%)	6	(1,0%)	
Tout le temps ou presque			23	(3,7%)	23	(3,6%)	
Jamais			390	(59,0%)	506	(77,2%)	
Non applicable			78	(12,5%)	31	(4,8%)	
Intrants nécessaires pour traiter le VIH/SIDA							<0,001
Rarement			12	(1,9%)	12	(1,7%)	
Occasionnellement			22	(3,4%)	18	(2,8%)	
Parfois			16	(2,3%)	10	(1,5%)	
Fréquemment			9	(1,5%)	5	(0,8%)	
Tout le temps ou presque			26	(4,2%)	16	(2,6%)	
Jamais			73	(10,9%)	100	(15,6%)	
Non applicable			485	(75,3%)	465	(71,3%)	
Intrants nécessaires pour traiter le paludisme							0,004
Rarement			72	(11,1%)	76	(11,4%)	
Occasionnellement			57	(8,7%)	81	(11,8%)	
Parfois			15	(2,5%)	28	(4,3%)	
Fréquemment			2	(0,3%)	11	(1,7%)	
Tout le temps ou presque			1	(0,1%)	4	(0,6%)	
Jamais			497	(76,9%)	447	(69,5%)	

	Round			
	R1	R2	R3	p-value
Non applicable		2 (0,4%)	2 (0,3%)	
Intrants nécessaires pour traiter la tuberculose				<0,001
Rarement		5 (0,8%)	4 (0,6%)	
Occasionnellement		3 (0,5%)	6 (0,9%)	
Parfois		4 (0,7%)	4 (0,6%)	
Fréquemment		4 (0,6%)	0 0%	
Tout le temps ou presque		5 (0,8%)	10 (1,6%)	
Jamais		80 (11,4%)	100 (15,2%)	
Non applicable		544 (85,1%)	500 (77,3%)	
Ruptures de stocks de fournitures nécessaires pour les services de prise en charge des maladies de l'enfant				0,128
Rarement		57 (9,1%)	41 (6,1%)	
Occasionnellement		64 (9,9%)	47 (7,0%)	
Parfois		17 (2,7%)	25 (3,7%)	
Fréquemment		14 (2,2%)	15 (2,4%)	
Tout le temps ou presque		9 (1,2%)	19 (2,7%)	
Jamais		479 (74,0%)	495 (76,5%)	
Non applicable		5 (0,6%)	7 (1,1%)	

*Note : Le tableau ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « A quelle fréquence cette formation a-t-elle été confrontée à des ruptures de stock d'intrants cités ci-après ? » * Les proportions rapportées dans le tableau ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.4.2. MODULE FINANCEMENT

III.4.2.a. Comparaison des sources de financement du CSB hors salaires et contributions en nature aux Tour 1 et 3

L'analyse comparative entre les Rounds 1 (R1) et 3 (R3) met en lumière plusieurs évolutions significatives dans les sources de financement déclarées par les Centres de Santé de Base (CSB), au-delà des salaires et ressources en nature.

Tout d'abord, la proportion de CSB ne recevant aucun appui financier en dehors des ressources de base a légèrement diminué, passant de 37,3 % en R1 à 33,8 % en R3. Cette baisse est statistiquement significative ($P = 0,011$), suggérant une amélioration modérée de la diversification des financements au fil du temps.

Concernant les apports du gouvernement central, on observe un recul net entre les deux rounds : 81,2 % des CSB étaient appuyés par l'État en R1, contre seulement 64,2 % en R3. Cette baisse marquée est hautement significative ($P = 0,000$), ce qui alerte sur un désengagement progressif du financement national, potentiellement au profit d'autres sources ou par insuffisance structurelle.

En revanche, le soutien des administrations locales a nettement progressé : 45,6 % des CSB en R1 déclaraient un appui communal, contre 60,1 % en R3. La P-value de 0,000 confirme la

significativité de cette évolution, qui pourrait traduire un renforcement du rôle des communes dans le financement local de la santé — un glissement compensatoire à surveiller.

S'agissant des frais d'utilisation à la charge des patients, la tendance est inverse : leur fréquence a diminué de 25,6 % à 16,3 % entre R1 et R3, ce qui représente une amélioration notable de la gratuité des services ($P < 0,001$). Cela indique probablement une meilleure application de la politique de gratuité, bien que ce progrès reste à confirmer qualitativement.

En ce qui concerne les ONG/organisations confessionnelles, les proportions sont restées stables entre les deux rounds (environ 20 %), sans différence significative ($P = 0,329$). De même, la contribution des sources communautaires reste faible et inchangée ($P = 0,369$), ce qui souligne une mobilisation communautaire toujours marginale.

À l'inverse, les bailleurs internationaux autres que les ONG sont moins mobilisées en R3 (17,6 %) qu'en R1 (27,2 %), une baisse significative ($P < 0,001$) pouvant indiquer une restructuration de l'aide extérieure, ou une concentration de celle-ci dans d'autres secteurs ou zones.

En résumé, cette comparaison révèle une redistribution des sources de financement entre les deux rounds :

- Moins d'appui du gouvernement central,
- Plus d'engagement des communes,
- Et une baisse des paiements directs par les patients, en faveur d'une plus grande gratuité.

Les P-values inférieures à 0,05 pour la majorité des variables (notamment la gratuité, l'État, les communes, les bailleurs internationaux) confirment que ces évolutions sont statistiquement significatives, et non dues au hasard.

Cependant, la stagnation du rôle des ONG et des communautés interpelle : des efforts de plaidoyer et de structuration restent nécessaires pour diversifier durablement les financements et sécuriser les services de santé primaire.

Comparaison (R1 et R3) Source de financement hors salaires et contributions en nature

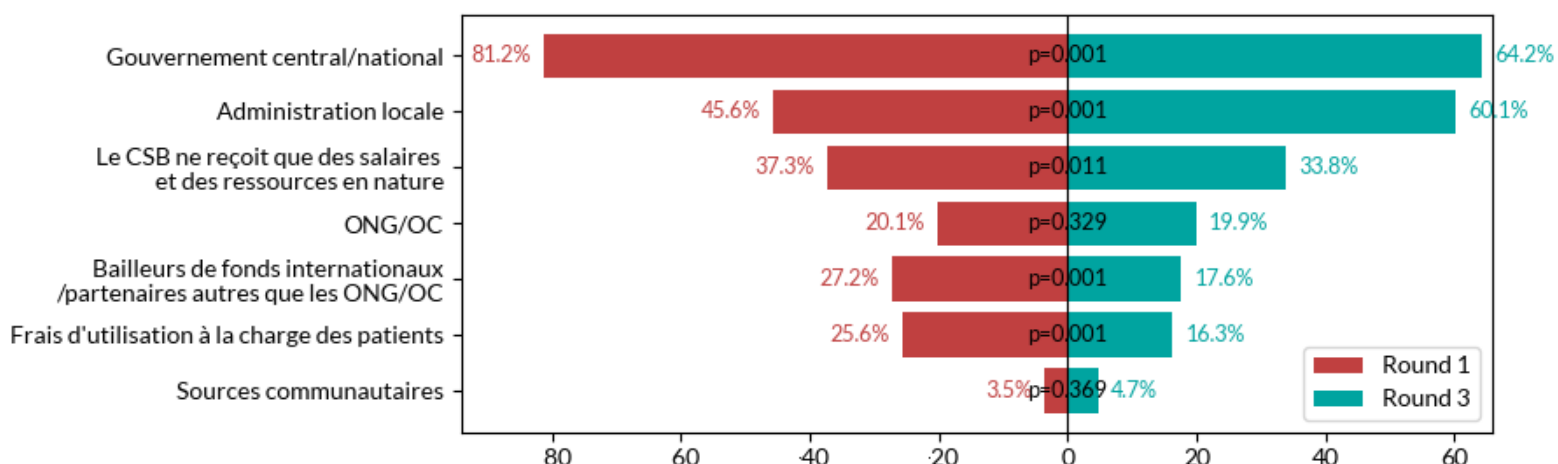


Figure 34: Comparaison (R1 et R3) Source de financement hors salaires et contributions en nature

Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « A l'exclusion des salaires et des ressources en nature perçues par le CSB, quelles sont les sources de financement de ce CSB ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.

III.4.2.b. Comparaison du Budget officiel et appuis reçus par les CSB aux Tour 1 et 3

L'analyse entre les rounds R1 et R3 met en évidence des évolutions significatives dans le fonctionnement budgétaire des CSB, traduisant des changements structurels dans l'allocation et la gestion des ressources publiques.

Tout d'abord, la proportion de CSB déclarant avoir reçu un budget officiel a considérablement baissé entre R1 (82,7 %) et R3 (62,3 %), soit une perte de 20 points. Cette baisse est hautement significative statistiquement ($P < 0,001$), ce qui confirme un ralentissement dans la formalisation budgétaire au fil du temps.

Paradoxalement, parmi les CSB ayant reçu un budget, la réception de l'intégralité de ce budget a connu une nette amélioration : seuls 22,4 % déclaraient avoir perçu l'intégralité en R1 contre 50,6 % en R3. Cette évolution est également très significative ($P < 0,001$), traduisant une meilleure exécution budgétaire dans les délais récents, bien que cela ne compense pas la baisse globale du nombre de CSB financés.

En cohérence, la proportion de CSB rapportant des retards de réception de budget a fortement chuté entre les deux périodes : 79,8 % en R1 contre 60,8 % en R3. Cette diminution des retards est significative ($P < 0,001$), indiquant une amélioration de la ponctualité dans les décaissements.

Concernant les appuis en nature ou en personnel de la part d'ONGs, les variations observées entre R1 (23,9 %) et R3 (21,0 %) ne sont pas statistiquement significatives ($P = 0,192$). Cela traduit une stabilité du soutien des ONG sur la période, bien que ce type d'appui reste relativement modeste à l'échelle nationale (environ un CSB sur cinq).

En résumé, les résultats montrent un double phénomène : une baisse préoccupante de la couverture budgétaire officielle des CSB, mais une amélioration nette dans la régularité et la complétude des financements pour ceux qui en reçoivent. Les P-values systématiquement inférieurs à 0,001 pour les trois premières variables valident que ces tendances sont hautement significatives et non dues au hasard.

Si la gestion s'améliore, l'accès au budget se restreint, ce qui souligne la nécessité d'une réponse stratégique :

- Rétablir une couverture budgétaire universelle pour les CSB,
- Pérenniser les avancées en matière de ponctualité des décaissements,
- Et renforcer les mécanismes de transparence et de suivi.

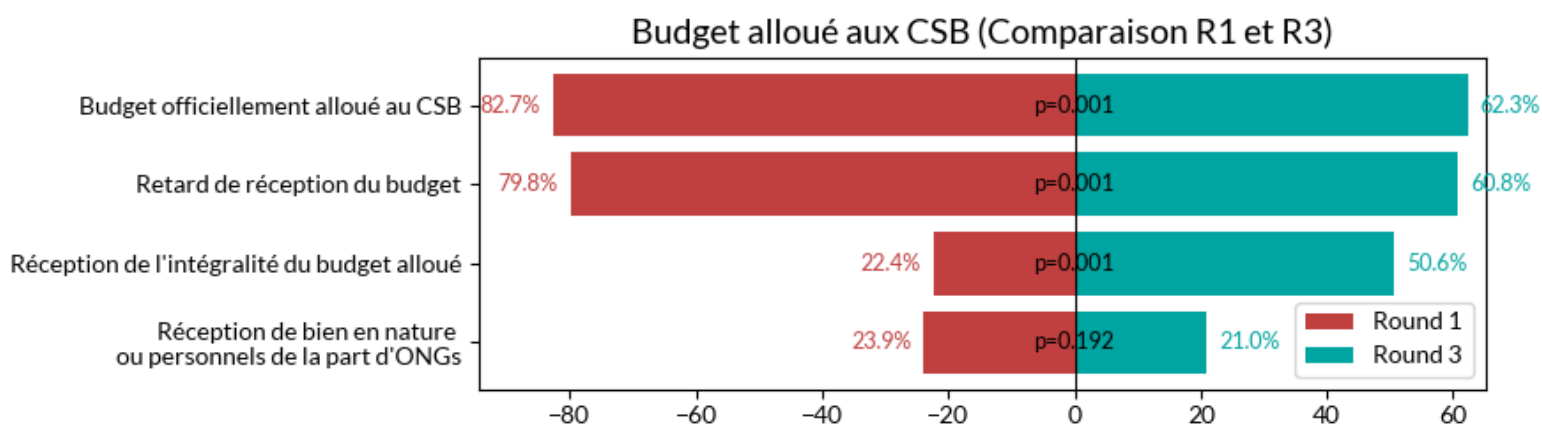


Figure 35: Budget alloué aux CSB (Comparaison R1 et R3)

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « A l'exclusion des salaires et des ressources en nature perçues par la formation, existe-t-il un budget officiel alloué à ce CSB pour l'année financière (État ou Partenaire)? » « Au cours des trois derniers mois de l'année dernière, le CSB a-t-il reçu l'intégralité du budget de dotation CSB qui lui a été alloué ? » « Au cours des trois derniers mois de l'année dernière, le CSB a-t-il subi des retards dans la réception du budget qui lui a été alloué ? » « Au cours des trois derniers mois, ce CSB a-t-il reçu des biens en nature ou du personnel de la part d'une organisation non gouvernementale, d'une organisation confessionnelle, ou d'un autre donateur externe ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.4.2.c. Comparaison de participation financière des usagers pour les soins aux tour 1 et 3

L'évolution des pratiques de facturation des soins entre les rounds R1 et R3 révèle des changements majeurs et statistiquement significatifs dans plusieurs catégories de services de santé de base.

Tout d'abord, on observe une augmentation significative de la proportion de CSB qui facturent certains services, notamment pour :

- La vaccination infantile de routine, passée de 1,2 % à 12,1 % (P-value < 0,001),
- Les produits contraceptifs, de 1,3 % à 11,9 % (P < 0,001),
- Le test VIH, de 1,1 % à 11,3 % (P < 0,001),
- Le TDR paludisme, de 1,3 % à 11,7 % (P < 0,001),
- Le test tuberculose, de 0,4 % à 10,8 % (P < 0,001),
- Et les accouchements, de 3,6 % à 12,5 % (P < 0,001).

Ces écarts sont hautement significatifs et reflètent une régression manifeste de la gratuité effective des soins entre les deux rounds. Le passage de la facturation à deux chiffres dans R3, alors qu'elle était marginale dans R1, suggère soit un retrait progressif de l'appui financier public ou externe, soit un besoin croissant de financement compensatoire au niveau local, au détriment des usagers.

Seule la consultation ambulatoire pour adultes présente une différence plus modérée, avec une baisse de la facturation de 18,9 % à 16,5 %, mais qui reste statistiquement significative (P = 0,031). Les consultations pour enfants n'enregistrent pas de variation significative (P = 0,123), ce qui en fait l'un des rares services ayant maintenu une certaine stabilité en matière de gratuité.

La part des réponses « non applicable » ou « ne sait pas » reste faible, ce qui suggère une bonne connaissance des pratiques par les CSB.

En résumé, cette analyse met en évidence une détérioration marquée de la gratuité des soins entre les rounds R1 et R3, notamment pour les services préventifs et de diagnostic qui, pourtant, devraient être systématiquement gratuits selon les directives nationales.

Les P-values toutes inférieures à 0,001 (sauf pour les consultations enfants) attestent que ces hausses de facturation sont statistiquement très significatives. Ce constat appelle une réaction urgente :

- Renforcer les mécanismes de financement public pour les services essentiels,
- Réaffirmer la gratuité dans les directives,
- Et mettre en place des systèmes de supervision et d'alerte en cas de déviation.

Ces résultats soulignent la nécessité de réconcilier les pratiques de terrain avec les principes d'équité et d'accès universel aux soins.

Tableau 24: Comparaison (R1 et R3) sur la participation financière des usagers pour les soins

	Round				Totale		p-value
	R1		R3		N	1307	
	N	656	N	651			
Services de consultation ambulatoire pour les adultes							0,031
Oui	129	(18,9%)	101	(16,5%)	230	(17,7%)	
Non	517	(79,7%)	540	(81,9%)	1057	(80,8%)	
Non Applicable	10	(1,4%)	6	(0,9%)	16	(1,2%)	
Services de consultation ambulatoire pour les enfants							0,123
Oui	76	(10,8%)	77	(13,2%)	153	(12,0%)	
Non	573	(88,2%)	569	(86,0%)	1142	(87,1%)	
Non Applicable	7	(1,0%)	2	(0,3%)	9	(0,6%)	
Toute vaccination infantile de routine							<0,001
Oui	9	(1,2%)	70	(12,1%)	79	(6,6%)	
Non	645	(98,5%)	576	(87,1%)	1221	(92,8%)	
Non Applicable	2	(0,3%)	2	(0,3%)	4	(0,3%)	
Tout produit contraceptif							<0,001
Oui	10	(1,3%)	69	(11,9%)	79	(6,6%)	
Non	645	(98,6%)	577	(87,3%)	1222	(92,9%)	
Non Applicable	1	(0,1%)	2	(0,3%)	3	(0,2%)	
Test de diagnostic du VIH							<0,001
Oui	8	(1,1%)	65	(11,3%)	73	(6,2%)	
Non	559	(85,4%)	504	(76,3%)	1063	(80,9%)	
Non Applicable	88	(13,3%)	80	(12,1%)	168	(12,7%)	
Test de diagnostic rapide (TDR) du paludisme							<0,001
Oui	10	(1,3%)	68	(11,7%)	78	(6,5%)	
Non	643	(98,3%)	578	(87,5%)	1221	(92,9%)	
Non Applicable	3	(0,3%)	2	(0,3%)	5	(0,3%)	
Test de diagnostic de la tuberculose							<0,001
Oui	3	(0,4%)	62	(10,8%)	65	(5,6%)	
Non	278	(41,0%)	324	(48,2%)	602	(44,6%)	
Non Applicable	372	(58,1%)	260	(40,2%)	632	(49,2%)	
Accouchements							<0,001
Oui	25	(3,6%)	72	(12,5%)	97	(8,0%)	
Non	615	(94,0%)	561	(84,7%)	1176	(89,4%)	
Non Applicable	15	(2,3%)	14	(2,1%)	29	(2,2%)	

*Note : Le tableau ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Veuillez m'indiquer si ce CSB fait payer les patients pour l'un des services suivants ? » * Les proportions rapportées dans le tableau ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.4.3. MODULE EFFECTIFS ET DOTATION PERSONNEL

III.4.3.a. Comparaison de nombre moyen de prestataires de soins de santé aux CSB aux Tour 1 et Tour 3

Les résultats de la comparaison entre les rounds 1 (R1) et 3 (R3) révèlent plusieurs éléments significatifs concernant la composition des prestataires de soins au sein des Centres de Santé de Base (CSB). D'une part, on observe une diminution significative du nombre total moyen de prestataires de soins, passant de 4,7 ($\pm 2,9$) en R1 à 3,6 ($\pm 2,9$) en R3 ($p < 0,001$), ce qui suggère un affaiblissement des ressources humaines cliniques disponibles dans les CSB au fil du temps. En revanche, le nombre moyen de médecins est resté stable à 0,3 ($\pm 0,6$) sans différence statistiquement significative entre les deux périodes ($p = 1$), indiquant une stagnation du recrutement médical. À l'inverse, une légère amélioration est notée dans la moyenne du personnel infirmier et des sages-femmes, qui augmente de 2,1 à 2,3 ($p = 0,029$), montrant un effort partiel de renforcement de cette catégorie de personnel. Enfin, le nombre total d'agents communautaires demeure globalement inchangé (15,8 en R1 contre 16,0 en R3 ; $p = 0,802$), suggérant une stabilité dans l'engagement communautaire. Ces résultats traduisent une dynamique contrastée, avec une réduction globale de l'effectif clinique malgré quelques progrès ciblés.

Tableau 25: Comparaison (R1 et R3) des nombres moyens de prestataires de soins au sein des CSB

	Round				Totale (SD)	p-value	
	R1 (SD)		R3 (SD)				
	Moyen (écart type)						
	N	656	N	651	N	1307	
Nombre total de prestataires de soins	4,7	(2,9)	3,6	(2,9)	4,1	(2,9)	<0,001
Nombre moyen de médecins	0,3	(0,6)	0,3	(0,6)	0,3	(0,6)	1
Nombre moyen de personnel infirmier et de sage-femmes	2,1	(1,5)	2,3	(1,8)	2,2	(1,7)	0,029
Nombre total d'agents communautaires	15,8	(13,7)	16,0	(15,2)	15,9	(14,5)	0,802

*Note : Le tableau ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Quel est le nombre total de prestataires de soins de santé travaillant dans ce CSB ? » « Combien de médecins travaillent dans ce CSB ? » « Combien de personnel infirmier et de sage-femmes travaillent dans ce CSB ? ». * Les proportions rapportées dans le tableau ont été obtenues après pondération.*

III.4.4. MODULE VOUCHER ET FBP

III.4.4.a. Comparaison de la mise en oeuvre du Système Voucher au sein des CSB aux Tour 1 et 3

Trois indicateurs principaux ont été considérés pour évaluer l'évolution du déploiement du Système Voucher entre R2 et R3 : la réception du lot de démarrage de médicaments, la formation du personnel et la fonctionnalité effective du dispositif au sein des CSB.

- Concernant la réception du lot de démarrage, environ 69,7 % des CSB étaient approvisionnés en R2, contre 67,2 % en R3. Cette légère variation n'est pas statistiquement significative ($p = 0,437$), traduisant une stabilité dans l'approvisionnement initial entre les deux périodes.
- De même, la proportion de CSB dont l'équipe a été formée au Système Voucher est passée de 74,7 % en R2 à 69,2 % en R3, sans différence significative ($p = 0,197$). Cela suggère que l'effort de renforcement des capacités du personnel n'a pas évolué de manière notable entre les deux rounds.
- En revanche, un progrès significatif a été observé concernant la fonctionnalité opérationnelle du système, avec 73,9 % des CSB déclarant le dispositif fonctionnel en R2, contre 81,6 % en R3 ($p = 0,041$). Cette progression reflète un accroissement mesurable de la mise en œuvre effective du Système Voucher, traduisant une amélioration dans l'intégration opérationnelle du dispositif au sein des structures.

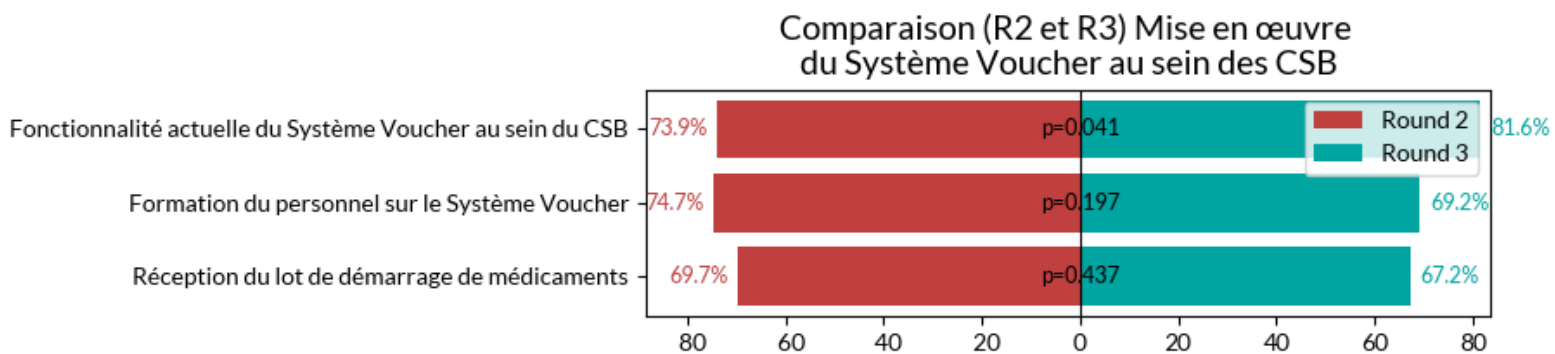


Figure 36: Comparaison (R2 et R3) Mise en œuvre du Système Voucher au sein des CSB

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Est-ce que le lot de démarrage de médicaments pour la prise en charge des cibles du Système Voucher est déjà reçu par le CSB ? » « Est-ce que vous ou votre équipe est déjà formé en Système Voucher ? » « Est-ce que le Système Voucher est actuellement déjà fonctionnel au sein du CSB ? » « Est-ce que le Système Voucher est actuellement déjà fonctionnel au sein du CSB ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération. L'option de réponse 'Je ne sais pas' était disponible mais a été sélectionnée dans moins de 5% des cas pour l'ensemble des catégories.*

III.4.4.b. Comparaison de la mise en œuvre du FBP au sein des CSB aux Tour 1 et 3

L'analyse comparative du FBP entre R2 et R3 a porté sur quatre aspects : l'intégration des CSB dans le dispositif contractuel, l'évaluation des performances, la réception de subsides et l'utilisation de ces fonds pour l'amélioration de la qualité.

- Le pourcentage de CSB contractants FBP est passé de 14,9 % en R2 à 17,0 % en R3, avec une différence hautement significative ($p < 0,001$). Cette augmentation, bien que modeste en valeur absolue, témoigne d'un élargissement progressif mais statistiquement confirmé de la couverture du FBP au sein des CSB.
- En ce qui concerne l'évaluation des performances des CSB dans le cadre du FBP, les taux étaient élevés dans les deux rounds (89,5 % en R2 et 91,4 % en R3), sans variation significative ($p = 0,568$). Cela indique que, parmi les CSB déjà engagés dans le FBP, la régularité des évaluations en quantité et qualité est maintenue.
- S'agissant de la réception d'un subside dans le cadre du FBP, une baisse apparente est notée (45,0 % en R2 vs 30,6 % en R3), mais cette différence n'est pas statistiquement significative ($p = 0,148$). Elle pourrait toutefois signaler des retards ou des interruptions ponctuelles dans les paiements, méritant un suivi qualitatif.
- Enfin, l'utilisation des subsides pour l'amélioration de la qualité reste élevée et stable (86,5 % en R2 vs 91,6 % en R3), sans différence significative ($p = 0,365$), indiquant que les CSB ayant reçu un financement FBP continuent à en faire un usage orienté vers la qualité des soins.

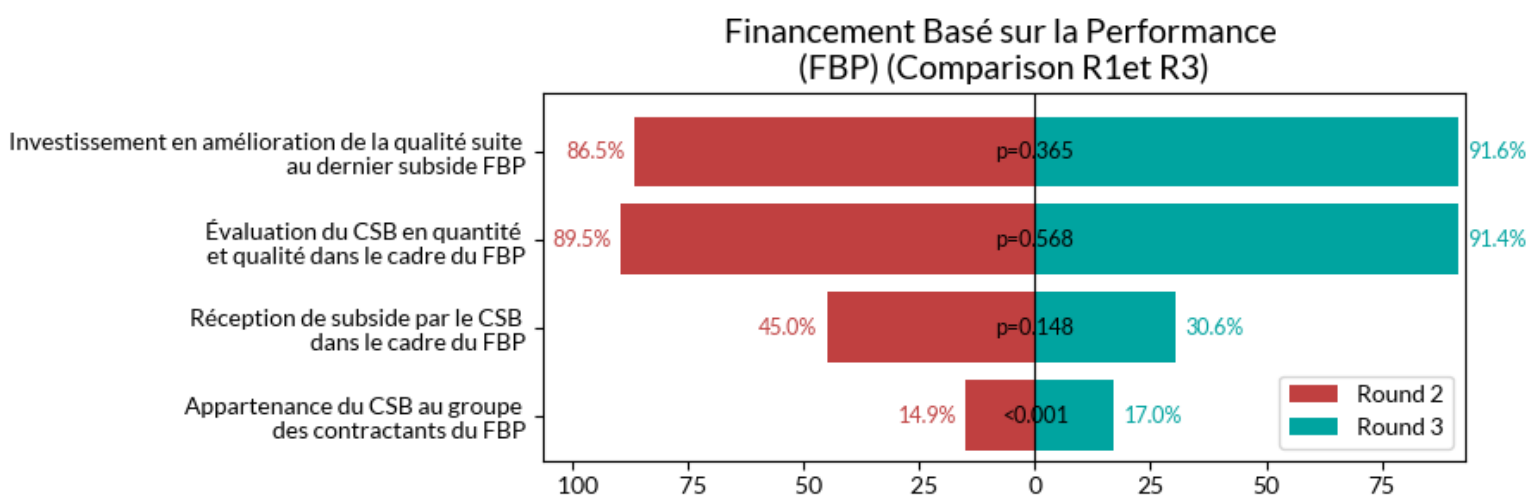


Figure 37: Financement Basé sur la Performance (FBP) (Comparaison R1 et R3)

*Note : La figure ci-dessus rapporte la proportion des CSB ayant répondu à la question suivante : « Ce CSB fait-il partie des contractants du FBP ? » « Le CSB a-t-il été déjà évalué en quantité et qualité dans le cadre du FBP ? » « Le CSB a-t-il déjà reçu un subside dans le cadre du FBP ? » « Pour le dernier subside reçu, y-a-t-il eu un investissement effectué pour l'amélioration de la qualité au niveau du CSB ? » * Les proportions rapportées dans la figure ont été obtenues après pondération.*

IV. RECOMMANDATIONS

IV.1. MODULE DÉFIS ET CHOCS RÉCENTS

Contexte 1 : Financement (capacité à payer pour les divers intrants et activités)

- **Observation :** Près de 29% des répondants ont déclaré faire face à des difficultés de financement, notamment dans la capacité à payer pour les intrants et activités, alors que 70.8% estiment ne pas rencontrer de telles difficultés. Cette constatation a fait évoquer une certaine hétérogénéité dans l'allocation ou la disponibilité des ressources financières, pouvant varier selon les zones géographiques ou le niveau de soutien des partenaires techniques et financiers.
- **Recommandation :** Renforcer la gestion financière des intrants de santé

Niveau	Actions	Responsables	Echéances	Indicateurs
Opérationnel	Élaborer des microplans intégrant besoins en intrants, supervision et mobilisation	CSB	3 mois	Proportion des microplans en matière des intrants, supervision et mobilisation élaborés
Tactique	Intégrer les besoins exprimés par les CSB dans les plans d'action de district et régionale.	SDSP/DRS	Tous les trois mois	Proportion du plan d'action incluant les besoins exprimés des CSB
Stratégique	Allouer des fonds ciblés pour les zones enclavées, à travers un mécanisme équitable basé sur des indicateurs de vulnérabilité.	DAAF	Annuel	Montant des fonds alloués aux zones enclavées
Partenaires	Appuyer prioritairement les CSB les plus vulnérables (zones enclavées, faibles indicateurs de performance) selon les données disponibles.	PTF	Annuel	Nombre de CSB les plus vulnérables appuyés

Contexte 2 : Ressources humaines

- **Observation :** Un peu plus de 30% des participants (31.4%) ont rapporté une insuffisance de personnel ou un manque de formation. Cette situation représente un point préoccupant pour assurer la qualité et la continuité des services, surtout dans les zones à forte charge de travail ou éloignées.

- **Recommandation** : Renforcer les ressources humaines en santé à travers une meilleure répartition, une formation continue adaptée et des politiques de gestion alignées sur les besoins du terrain

Niveau	Actions	Responsables	Echéances	Indicateurs
Opérationnel	Optimiser la polyvalence, former localement et mobiliser les AC.	CSB	3 mois	Proportion des CSB ayant opté la polyvalence et formé localement le personnel
Tactique	Organiser des formations de mise à jour à travers des approches en cascade.	SDSP/DRS	Tous les six mois	Proportion des formations en cascade réalisées
Stratégique	Réviser la politique de déploiement de personnel pour mieux équilibrer les effectifs entre les zones rurales et urbaines.	DRH	Tous les cinq ans	Politique de déploiement de personnel révisée
Partenaires	Soutenir les programmes de formation pour les prestataires et les agents communautaires	PTF	Annuel	Programme de formation appuyé

Contexte 3 : Supervision des agents communautaires et autres activités communautaires

- **Observation** : La supervision des agents communautaires constitue également un défi pour environ 1/4 des répondants (24.8%). Cette situation pourrait impacter négativement l'efficacité des activités communautaires et la couverture des interventions préventives.
- **Recommandation** : Améliorer la supervision communautaire par une planification renforcée, un suivi intégré et une coordination accrue entre CSB et district

Niveau	Actions	Responsables	Echéances	Indicateurs
Opérationnel	Mettre en œuvre des mini-revues mensuelles internes avec le personnel et les AC pour suivre les progrès et les difficultés.	CSB	3 mois	Nombre de mini-revues mensuelles internes avec le personnel et les AC mis en œuvre
	Maintenir des registres de suivi pour chaque activité communautaire (ex. : sorties de vaccination, sessions d'IEC).	CSB	3 mois	Registre de suivi pour chaque activité communautaire
Tactique	Mettre en place des plans de supervision réguliers et intégrés au niveau du SDSP, incluant les visites	SDSP	3 mois	Plan de supervision régulier et intégré mis en place

	des AC et le suivi des indicateurs communautaires.			
Stratégique	Renforcer la mise en œuvre du Guide PAC	DSSB	3 mois	Mise en œuvre du Guide PAC renforcé
Partenaires	Appuyer la mise en œuvre du Guide PAC	PTF	3 mois	Mise en œuvre du Guide PAC appuyé

Contexte 4 : Disponibilité des intrants et équipements médicaux

- **Observation** : Une proportion non négligeable a mentionné (37.4%) des problèmes de disponibilité d'intrants et d'équipements médicaux. Ce constat révèle une vulnérabilité logistique potentielle au niveau des formations sanitaires et peut avoir des conséquences directes sur la qualité des soins et l'accès aux services essentiels.
- **Recommandation** : Améliorer la gestion des intrants par un système de suivi et d'alerte rapide, appuyé par une communication efficace avec le district.

Niveau	Actions	Responsables	Échéances	Indicateurs
Opérationnel	Renforcer le système de suivi des stocks (fiche de consommation, alerte de seuil critique).	CSB	3 mois	Proportion de système de suivi renforcé
	Communiquer les équipements manquants au district via des canaux adaptés (appels, groupes WhatsApp, superviseur référent).	CSB	Toute l'année	Rapport des équipements manquants au niveau de CSB
Tactique	Renforcer le suivi des données sur les ruptures d'intrants pour anticiper les besoins auprès de la centrale.	SDSP/DRS	3 mois	Suivi des données sur les ruptures des intrants renforcé
Stratégique	Mettre en œuvre un système national d'alerte rapide en cas de rupture d'intrants au niveau périphérique.	DPLMT	6 mois	Système national d'alerte rapide mis en œuvre
Partenaires	Appuyer la mise en œuvre de système d'alerte rapide en cas de rupture d'intrants au niveau périphérique.	PTF	6 mois	Système national d'alerte rapide appuyé

Contexte 5 : Approvisionnement via la phagdis

- **Observation** : Bien que la majorité (78.4%) n'ait pas signalé de difficulté, 21.4% des répondants ont indiqué avoir eu des problèmes d'approvisionnement via le PhaGDis.

Cette situation pourrait être à la suite des ruptures ponctuelles ou des retards qui mériteraient une analyse plus approfondie des chaînes logistiques.

- **Recommandation** : Améliorer le système PhaGDis par une meilleure planification, une coordination renforcée avec les CSB et la digitalisation du suivi des intrants.

Niveau	Actions	Responsables	Échéances	Indicateurs
Opérationnel	Instaurer une meilleure anticipation des besoins et le suivi des demandes.	CSB	3 mois	Anticipation des besoins avec suivi des demandes instaurée.
Tactique	Renforcer la liaison entre CSB et PhaGDis	SDSP/DRS	3 mois	Liaison entre CSB et PhaGDis renforcée
Stratégique	Renforcer le système PhaGDis (digitalisation, planification des commandes, suivi de rupture).	MSANP/DPLMT	6 mois	Système PhaGDis renforcé
Partenaires	Appuyer le renforcement de la digitalisation du PhaGDis	PTF	6 mois	

Contexte 6 : Transport des patients

- **Observation** : Le transport des patients émerge comme un problème majeur : 55.4% des répondants ont mentionné cette contrainte, ce qui représente la problématique la plus fréquemment citée. Cela reflète probablement des barrières d'accès physiques, notamment dans les zones rurales enclavées.
- **Recommandation** : Promouvoir un système de transport médical communautaire adapté, en mobilisant les acteurs locaux et en ciblant les zones enclavées.

Niveau	Actions	Responsables	Échéances	Indicateurs
Opérationnel	Impliquer la participation communautaire en matière de transport	CSB	3 mois	Participation communautaire impliquée en matière de transport
Tactique	Formaliser un système de transport communautaire solidaire (charrette, moto communautaire, etc.), avec la participation des communes et associations locales.	SDSP/DRS	3 mois	Système de transport communautaire formalisé
Stratégique	Élaborer une politique nationale de transport médical d'urgence, avec une déclinaison adaptée aux zones enclavées.	DSSB, DEPSI, DAAF	1 an	Politique nationale de transport médical d'urgence élaborée, avec une déclinaison adaptée aux zones enclavées.

Partenaires	Financer des projets pilotes de transport médical communautaire notamment dans les zones isolées.	PTF	1 an	Projets pilotes de transport médical communautaire financés notamment dans les zones isolées.
--------------------	---	-----	------	---

IV.2. MODULE FOURNITURES MÉDICALES

Contexte 1 : Disponibilité des équipements médicaux essentiels

- Observation :** L'analyse révèle une forte disponibilité des équipements de base tels que le thermomètre (86,3 %), stéthoscope (92,2 %) et la glacière porte-vaccins (98,9 %) dans l'ensemble des zones, ce qui est un point positif pour les soins primaires. Cependant, les équipements spécifiques à la santé maternelle et infantile montrent des disparités importantes : par exemple, la balance pour enfant est présente à 92,9 % en zones prioritaires contre seulement 69,9 % en zones non prioritaires, et le Kit Individuel d'Accouchement (KIA) affiche une disponibilité faible, particulièrement dans les zones non prioritaires (34,2 %). L'AMIU, outil critique, est trois fois plus disponible en zones prioritaires (45,2 % vs 13,0 %). Ces écarts significatifs ($p < 0,05$) indiquent des inégalités qui peuvent affecter la qualité des soins dans les zones non prioritaires.
- Recommandations**

Niveau	Actions	Responsables	Échéance	Indicateurs
Opérationnel	Réaliser un inventaire fonctionnel des équipements dans chaque CSB.	Chef CSB / SDSP	Trimestriel	% d'équipements fonctionnels rapportés
	Mettre en place une vérification mensuelle de l'état des équipements.	Chef CSB	Immédiat	Nombre de vérifications mensuelles réalisées
	Renforcer l'équipement dans les zones non prioritaires (KIA, AMIU, toise, balance, ventouse).	SDSP / Logisticiens régionaux	6 mois	% de couverture des équipements prioritaires
Tactique	Élaborer un plan de dotation ciblé pour les équipements peu disponibles.	DRS / DGFS	Semestriel	Plan de dotation validé et mis en œuvre
	Former le personnel à l'utilisation des équipements techniques (AMIU, otoscope, glucomètre).	DRH / INSPC	Annuel	Nombre d'agents formés / % de formation couverte
Stratégique	Développer un système numérique de suivi logistique en temps réel.	DRS / DGFS	12 mois	Système en place et taux de mise à jour

	Intégrer la disponibilité des équipements dans les critères de performance des structures.	DRS / DGFS	Annuel	Inclusion dans rapports de performance
Partenaires	Financer les équipements critiques.	PTF	Continu	Montant mobilisé / nombre de structures bénéficiaires
	Intégrer la formation en équipement dans leurs projets.	PTF, ONG	6-12 mois	Nombre de projets avec formation intégrée

Contexte 2 : Disponibilité des services ou matériels de diagnostic

- Observation :** La disponibilité des tests diagnostiques essentiels est variable, avec des écarts significatifs pour certains tests clés. Par exemple, le test de grossesse est disponible dans 75,5 % des structures en zone prioritaire contre 43,7 % en zone non prioritaire ($p < 0,001$). Le test de glycémie est aussi plus répandu en zones prioritaires (73,4 % vs 62,2 %, $p = 0,035$). Les bandelettes urinaires restent globalement peu disponibles, même en zones prioritaires (22,5 %). En revanche, les tests pour paludisme (94,8 %) et VIH (59,5 %) montrent une disponibilité homogène et élevée dans les deux zones. Ces résultats suggèrent que, malgré une bonne couverture pour certains diagnostics, les tests de suivi de grossesse et métaboliques nécessitent un renforcement ciblé, notamment en zones non prioritaires.
- Recommandations**

Niveau	Actions principales	Responsable	Échéance	Indicateurs clés
Opérationnel	Suivre les stocks de tests (grossesse, glycémie, urines) et ajuster les commandes selon la consommation.	SDSP / Chef CSB	Trimestriel	% de centres sans rupture pour tests essentiels
Tactique	Appliquer une dotation minimale standard de tests essentiels dans tous les centres.	DRS	6 mois	Taux de conformité à la dotation minimale
	Former le personnel à l'usage et à l'interprétation des tests rapides.	DRH	Semestriel	% de personnel formé par zone sanitaire
Stratégique	Intégrer les tests dans le paquet minimum d'activités de soins primaires.	DSSB	Annuel	Tests inclus dans les lignes budgétaires nationales
Partenaires	Mobiliser un appui ciblé pour les zones sous-dotées en matériels de diagnostic.	PTF / ONG	Continu	Nombre de centres appuyés / Volume de tests distribués

Contexte 3 : Disponibilité des vaccins dans les CSB

- **Observation** : Les vaccins de routine présentent une excellente disponibilité dans les Centres de Santé de Base, avec des taux supérieurs à 95 % pour la rougeole, poliomyélite, pneumocoque, rotavirus et tétanos-diphtérie dans les deux zones. La disponibilité du vaccin BCG est également élevée (91,4 %). Seule une différence statistiquement significative est notée pour le vaccin pentavalent, légèrement plus fréquent en zones non prioritaires (98,9 % vs 96,2 %, p = 0,043). En revanche, la couverture du vaccin COVID-19 est faible, avec seulement 27 % des CSB offrant ce vaccin, sans différence significative entre zones. Cela souligne un bon maintien des vaccins classiques mais un besoin d'intensifier la vaccination COVID-19, surtout dans les zones prioritaires.
- **Recommandations**

Niveau	Actions principales	Responsable	Échéance	Indicateurs clés
Opérationnel	Assurer un suivi régulier des stocks pour éviter les ruptures, surtout dans les zones reculées.	Chef CSB appuyé par SDSP	Mensuel	% de CSB sans rupture de vaccins
Tactique	Renforcer l'offre du vaccin COVID-19 dans les CSB à forte fréquentation ou zones à risque.	DRS	6 mois	% de CSB offrant le vaccin COVID
Stratégique	Maintenir la disponibilité des vaccins de routine dans les priorités du budget national.	Ministère de la Santé / DGFS	Annuel	% du budget dédié aux vaccins
Partenaires	Appuyer la distribution et la logistique des vaccins, notamment pour la chaîne de froid et les zones enclavées.	PTF / UNICEF / OMS	Continu	Nombre de CSB appuyés / Pannes de chaîne de froid évitées

Contexte 4 : Disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI)

- **Observation** : Les équipements de protection individuelle sont globalement disponibles à un niveau modéré à élevé dans les CSB, sans différences significatives entre zones prioritaires et non prioritaires. Par exemple, les gants jetables sont présents dans 81,3 % des centres, et les blouses de protection dans 78,1 %. Toutefois, certains équipements comme les lunettes de protection sont moins courants (41 % en moyenne). L'absence de disparités entre zones montre un bon niveau d'équité dans la fourniture des EPI, mais le taux de disponibilité pour certains articles essentiels reste insuffisant, ce qui pourrait compromettre la sécurité du personnel soignant. Un renforcement ciblé est nécessaire pour améliorer la protection globale.
- **Recommandations** :

Niveau	Actions principales	Responsable	Échéance	Indicateurs clés
Opérationnel	Mettre en place un stock de sécurité de base par CSB (gants, masques, blouses, lunettes).	SDSP / Chef CSB	Trimestriel	% de CSB respectant le seuil minimal d'EPI
Tactique	Former le personnel à la gestion et à l'utilisation rationnelle des EPI.	DRS	Semestriel	% de CSB avec personnel formé à la gestion des EPI
Stratégique	Intégrer les EPI dans les priorités du budget santé et les outils de suivi logistique nationaux.	Ministère de la Santé / DGFS	Annuel	% de lignes budgétaires dédiées / EPI inclus dans les SI
Partenaires	Appuyer l'approvisionnement en masques N95 et lunettes, en particulier pour les CSB exposés aux épidémies.	PTF / ONG (OMS / UNICEF)	Continu	Nombres de CSB appuyés en EPI spécialisés

IV.3. MODULE FINANCEMENT

Contexte 1 : Dépendance excessive des CSB aux financements publics

- **Observation** : Parmi les 443 CSB ayant des financements autres que les salaires et ressources en nature, 64,2 % sont financés par le gouvernement central et 60,1 % par les communes, contre seulement 19,9 % appuyés par des ONG, 17,6 % par des partenaires internationaux, et moins de 5 % par des sources communautaires. Cette situation révèle une forte dépendance aux financements publics, et une mobilisation insuffisante des acteurs non gouvernementaux.
- **Recommandation** : Diversifier les sources de financement des CSB

Plan de mise en œuvre

Niveau	Actions	Responsable	Échéance	Indicateurs
Opérationnel Tactique	Identifier les opportunités locales de financement (ONG, associations, privés, communes voisines).	Chef CSB, SDSP	6 mois	1. Nombre de CSB ayant au moins une source non publique de financement. 2. Liste des partenaires locaux identifiés.
	Élaborer un plan local de mobilisation de ressources pour chaque CSB.	Chef CSB, appuyé par SDSP	6 mois	3. Nombre de plans élaborés et validés.
	Former les équipes des SDSP et CSB sur la gestion partenariale et la recherche de financement.	DRS	6 mois	1. Pourcentage de personnel formé. 2. Nombre de partenariats initiés par les SDSP.
	Mettre en place une base de données régionale des partenaires et financements disponibles.	DRS	6 mois	3. Existence d'une base de données à jour.
Stratégique	Intégrer la diversification des sources de financement dans les directives nationales de gestion des CSB.	DSSB, DEPSI	9 mois	1. Existence d'un guide de diversification validé. 2. Inclusion dans les normes de gestion budgétaire.

Partenaires	Financer des projets pilotes de cofinancement public-privé ou communautaire au niveau des CSB.	PTF, ONG	9 mois	1. Montant des financements mobilisés hors secteur public. 2. Nombre de CSB bénéficiaires de ces fonds.
--------------------	--	----------	--------	--

Contexte 2 : Irrégularité dans l'exécution budgétaire et appui externe insuffisant

- **Observation** : Bien que 62,3 % des CSB disposent d'un budget officiel, seulement 50,6 % en reçoivent la totalité et 60,8 % font face à des retards de décaissement, compromettant la continuité des services. De plus, seuls 21 % des CSB bénéficient d'un appui en nature ou en personnel de la part d'ONG, reflétant un faible renfort externe.
- **Recommandation** : Améliorer la régularité budgétaire et renforcer les appuis extérieurs aux CSB

Plan de mise en œuvre

Niveau	Actions	Responsable	Échéance	Indicateurs
Opérationnel	Mettre en place un suivi mensuel des transferts budgétaires au niveau de chaque CSB.	Chef CSB, SDSP	3 mois	1. Nombre de CSB disposant d'un tableau de suivi budgétaire. 2. Délai moyen de réception des fonds.
	Documenter les retards et en informer systématiquement les DRS et DSSB.	SDSP	3 mois	3. Taux de remontée des alertes budgétaires.
Tactique	Établir un mécanisme régional de coordination entre DRS, DSSB, DAAF et Trésor public pour accélérer les décaissements.	DRS avec appui DSSB, DAAF	6 mois	1. Nombre de réunions de coordination tenues. 2. Réduction moyenne des délais de transfert.
Stratégique	Élaborer un guide de gestion des retards budgétaires et d'ajustement opérationnel pour les CSB.	DEPSI, DSSB	6 mois	3. Existence et diffusion du guide dans les régions.
	Réviser les procédures nationales de décaissement pour les rendre plus prévisibles et adaptées aux besoins des CSB.	DSSB, DEPSI, MEF	9 mois	1. Nouveau protocole validé. 2. Part des CSB recevant les fonds dans les délais.
Partenaires	Fournir des appuis logistiques ou RH en complément des budgets publics.	PTF, ONG partenaires	8 mois	1. Nombre de CSB appuyés en nature ou en personnel. 2. Valeur totale des appuis extérieurs.

Contexte 3 : Application inégale de la gratuité des services de santé de base

- **Observation** : Bien que la majorité des CSB appliquent la gratuité des soins, jusqu'à 17 % déclarent faire payer certains services, notamment les consultations adultes (16,5 %) et les services pour adolescents (14,3 %). Des prestations prioritaires comme la vaccination, la contraception, les accouchements ou les tests VIH/paludisme sont également concernées. La situation est plus confuse pour le diagnostic de la

tuberculose, jugé « non applicable » dans 40,2 % des CSB, et déclaré gratuit dans moins de 50 % des cas.

- **Recommandation :** Renforcer et uniformiser la gratuité effective des soins prioritaires

Plan de mise en œuvre

Niveau	Actions	Responsable	Échéance	Indicateurs
Opérationnel	Afficher de manière visible la liste des services gratuits dans chaque CSB.	Chef CSB, SDSP	2 mois	1. Pourcentage de CSB ayant une liste affichée. 2. Nombre de patients informés de leurs droits.
	Mener des séances de sensibilisation communautaire sur la gratuité des soins essentiels.	Chef CSB, Agents communautaires	4 mois	3. Nombre de séances réalisées. 4. Taux de participation communautaire.
Tactique	Évaluer l'application de la gratuité dans les CSB à travers les supervisions régulières.	DRS, SDSP	6 mois	1. Pourcentage de CSB respectant la gratuité. 2. Nombre d'écarts détectés et corrigés.
Stratégique	Intégrer un suivi budgétaire spécifique des lignes de gratuité dans les transferts aux CSB.	DSSB, DAAF, DEPSI, MEF	8 mois	1. Existence de lignes budgétaires dédiées. 2. Pourcentage des CSB recevant des fonds ciblés.
Partenaires	Appuyer le cas échéant la mise à disposition gratuite des intrants (tests, vaccins, contraceptifs) dans les CSB.	PTF, ONG	6 mois	1. Quantité d'intrants fournis gratuitement. 2. Nombre de CSB approvisionnés régulièrement.

Contexte 4 : Application inégale et ambiguë des exemptions ciblées dans les CSB

- **Observation :** Bien que 93,2 % des CSB déclarent exempter au moins un groupe de patients, l'analyse montre une grande hétérogénéité selon les groupes. Les adolescents (60 %), les patients âgés (50,4 %), les indigents (45,7 %), les enfants de moins de 5 ans (41,1 %) et les femmes enceintes (39,3 %) sont relativement mieux couverts. Cependant, pour des groupes vulnérables comme les malades mentaux (16,2 % de "ne sait pas") et les personnes handicapées (10,4 % de "ne sait pas"), il existe une méconnaissance significative des droits à l'exemption. Les patients porteurs de "vouchers" ne sont exemptés que dans 25,1 % des CSB, avec 14,9 % d'incertitude déclarée.
- **Recommandation :** Clarifier, harmoniser et renforcer la mise en œuvre des exemptions ciblées pour les groupes vulnérables

Plan de mise en œuvre

Niveau	Actions	Responsable	Échéance	Indicateurs
Opérationnel	Afficher clairement dans chaque CSB la liste actualisée des groupes exemptés de paiement.	Chef CSB, SDSP	2 mois	1. Pourcentage de CSB ayant une affiche visible des exemptions.

	Organiser des séances d'information pour le personnel et la communauté sur les droits à l'exemption.	Chef CSB, Agents communautaires	3 mois	2. Nombre de sessions organisées. 3. Taux de satisfaction et de compréhension des usagers.
Tactique	Superviser le personnel des CSB et des SDSP sur l'identification et la gestion des bénéficiaires d'exemptions.	DRS	4 mois	1. Pourcentage du personnel supervisé. 2. Taux de conformité des pratiques lors des supervisions.
	Intégrer les exemptions dans les outils de collecte de données et de suivi de performance.	DSSB, DAAF	6 mois	3. Outils mis à jour et utilisés.
Stratégique	Mettre en place une directive nationale harmonisée sur les exemptions, incluant les groupes vulnérables.	DAAF, DSSB	8 mois	1. Existence d'un cadre national des exemptions harmonisé et facilement exploitable. 2. Taux d'alignement des régions sur cette directive.
Partenaires	Appuyer la diffusion des directives et la communication communautaire sur la gratuité ciblée.	PTF, ONG partenaires	6 mois	1. Montant des appuis mobilisés. 2. Nombre de CSB bénéficiant d'un soutien technique ou logistique.

IV.4. EFFECTIFS ET DOTATION EN PERSONNEL

Contexte 1 : Manque de personnel médical qualifié

- **Observation** : L'analyse des données issues de 651 CSB révèle une disponibilité limitée de personnel soignant. Chaque CSB dispose en moyenne de 3,6 prestataires, dont seulement 0,3 médecin. Cette situation indique que la plupart des CSB fonctionnent sans médecin, avec une charge importante assumée par les infirmiers (2,3 en moyenne) et les sages-femmes. Les déséquilibres dans la répartition du personnel sont notables entre les centres, accentuant les inégalités d'accès aux soins de qualité.
- **Recommandation** : Renforcer le personnel qualifié dans les CSB

Plan de mise en œuvre

Niveau	Actions	Responsables	Échéance	Indicateurs
Opérationnel	Accroître la disponibilité de médecins et paramédicaux dans les CSB.	SDSP appuyé par DRS, DRH	6 mois	1. Nombre de nouveaux agents. 2. Ratio personnel/CSB.
Tactique	Réaliser une cartographie des besoins en ressources humaines de santé.	DRS, DRH	6 mois	1. Cartographie disponible. 2. Nombre de CSB sous-dotés identifiés.
Stratégique	Mettre en place un plan national de renforcement du personnel médical en zone rurale.	DRH, INSPC, DAAF	9 mois	1. Existence d'un plan national. 2. Nombre de régions bénéficiaires.

Partenaires	Financer les campagnes de recrutement et incitations pour zones difficiles.	PTF	10 mois	1. Montant mobilisé. 2. Nombre de postes pourvus grâce au soutien.
--------------------	---	-----	---------	---

Contexte 2 : Inégalités dans la répartition des agents de santé communautaires

- **Observation** : En moyenne, on compte 16 agents de santé communautaires par CSB. Toutefois, cette moyenne cache de grandes inégalités : certains centres en ont très peu, tandis que d'autres en comptent un nombre important. Cette inégale distribution entraîne un accès variable aux soins communautaires selon les zones géographiques.
- **Recommandation** : Rééquilibrer la répartition des agents communautaires

Plan de mise en œuvre

Niveau	Actions	Responsables	Échéance	Indicateurs
Opérationnel	Redynamiser les agents communautaires selon les besoins territoriaux.	Chef CSB, SDSP,	6 mois	1. Nombre de CSB/AC redynamisés. 2. Ratio agent communautaire/population.
Tactique	Élaborer un cadre de planification régionale pour l'allocation des agents.	DRS, DRH	5 mois	1. Nombre de plans régionaux produits. 2. Variation du ratio entre districts.
Stratégique	Inclure la répartition équitable des agents dans les politiques de santé communautaire.	DRS, DSSB, DRH	8 mois	1. Politique mise à jour. 2. Couverture nationale équilibrée atteinte.
Partenaires	Soutenir financièrement le redéploiement des agents et leur encadrement.	PTF	8 mois	1. Montant investi. 2. Nombre de régions soutenues.

Contexte 3 : Faiblesses dans certaines formations liées à la vaccination

- **Observation** : Les formations de base sur la vaccination sont bien assurées (plus de 90 % des CSB formés). Elles couvrent l'administration des vaccins, la chaîne du froid, la surveillance épidémiologique, etc. Certains volets spécifiques comme l'introduction de nouveaux vaccins (64,4 %) ou la sécurité des injections (88,1 %) restent insuffisamment couverts, limitant la réactivité et la sécurité lors des nouvelles campagnes vaccinales.
- **Recommandation** : Renforcer les formations spécifiques en vaccination

Niveau	Actions	Responsables	Échéance	Indicateurs
--------	---------	--------------	----------	-------------

Tactique	Former tous les prestataires à l'introduction de nouveaux vaccins et sécurité des injections.	SDSP, DRS appuyé par DPEV, INSPC	6 mois	1. Pourcentage de prestataires formés. 2. Nombre de sessions organisées.
	Évaluer la couverture des formations et cibler les CSB non formés.	SDSP, DRS appuyé par DPEV	4 mois	1. Liste des CSB à former. 2. Taux de mise à jour des formations.
Stratégique	Intégrer ces thématiques dans les modules nationaux de formation continue.	DPEV, INSPC	8 mois	1. Nouveaux modules validés. 2. Taux de déploiement national.
Partenaires	Appuyer techniquement et financièrement les formations spécifiques.	PTF	8 mois	1. Montant mobilisé. 2. Nombre de formations réalisées.

IV.5. MODULE VOUCHER ET FBP

Contexte 1 : Mise en oeuvre du Système Voucher au sein des CSB

- Observations :** La mise en œuvre du système Voucher dans les 381 CSB montre un taux d'adoption globalement satisfaisant, avec 67,2 % des centres ayant reçu un lot de démarrage de médicaments. Cependant, près d'un tiers (30,9 %) restent sans approvisionnement initial, ce qui freine l'efficacité du dispositif dès son lancement. Côté formation, 69,2 % du personnel a été formé, mais 30,4 % des CSB n'ont pas bénéficié de formation, ce qui pourrait nuire à la qualité de la mise en œuvre. Sur le plan opérationnel, 81,6 % des CSB déclarent que le système fonctionne, mais 19,1 % ont connu des interruptions, soulevant des questions de durabilité. Enfin, seulement 14,1 % des CSB ont modifié les cibles du système, indiquant une certaine stabilité dans la stratégie de ciblage.

Recommandations

Niveau	Actions	Responsable	Échéance	Indicateurs de suivi
Opérationnel	Assurer l'approvisionnement initial à 100 % des CSB avec lots de médicaments.	SDSP	3 mois	% CSB avec lot démarrage complet
	Mettre en place un système de suivi mensuel de la fonctionnalité du système Voucher.	Chef CSB	Immédiat	% CSB rapportant un système fonctionnel

Tactique	Organiser des formations continues et sessions de recyclage pour le personnel non formé.	DRS	6 mois	% personnel formé / nombre sessions
	Conduire une enquête qualitative sur les causes d'interruption et y apporter des solutions.	SDSP	6 mois	Rapport d'analyse et plan d'action
Stratégique	Maintenir une veille stratégique sur l'évolution des cibles et adapter les critères.	DSSB assisté des DRS	Annuel	% changements documentés / rapport
Partenaires	Renforcer le suivi-évaluation par un système digital intégré pour un pilotage en temps réel.	PTF	12 mois	Mise en place du système / fréquence mise à jour

Contexte 2 : Mise en œuvre du FBP au sein des CSB

Observations : La participation au Financement Basé sur la Performance (FBP) reste faible parmi les 381 CSB : seuls 17 % sont contractants, tandis que 71,9 % ne le sont pas, et 11,1 % ignorent leur statut, témoignant d'un déficit d'information. Parmi les contractants, 91,4 % ont été évalués sur la quantité et la qualité des services, démontrant un processus d'évaluation actif. Cependant, seulement 30,6 % ont reçu un subside, suggérant des blocages dans le décaissement. Il est positif que 91,6 % des CSB ayant perçu un subside l'aient investi dans l'amélioration de la qualité, ce qui indique une bonne gestion des ressources. L'ensemble révèle un potentiel important d'élargissement et d'optimisation du dispositif, conditionné par une meilleure communication et une gestion transparente des fonds.

Recommandations

Niveau	Actions	Responsable	Échéance	Indicateurs de suivi
Opérationnel	Clarifier l'information sur le FBP auprès de tous les CSB par des campagnes de communication.	DRS / Communication Ministère	3 mois	% CSB informés / feedback des CSB
	Identifier et lever les obstacles administratifs au décaissement des subsides.	Ministère / SDSP	6 mois	% subventions décaissement / délais
Tactique	Étendre progressivement l'éligibilité au FBP à plus de CSB selon critères transparents.	DRS / Coordination FBP	12 mois	Nombre CSB contractants / critères clairs
	Valoriser et diffuser les bonnes pratiques d'investissement des subsides en qualité.	DRS / DSSB / PTF	6 mois	Nombre de bonnes pratiques documentées
Stratégique	Mettre en place un système transparent de suivi-évaluation et feedback régulier aux CSB.	DSSB	Annuel	Système opérationnel / taux de satisfaction

V. CONCLUSION

Ce troisième tour de l'évaluation de la résilience des Centres de Santé de Base (CSB) s'inscrit dans la continuité des précédentes enquêtes et confirme l'importance d'un suivi régulier pour documenter les forces et faiblesses du système de santé primaire face aux perturbations. La méthodologie d'enquête téléphonique, utilisée lors des tours précédents, a permis de collecter rapidement des données reflétant la réalité opérationnelle des CSB à l'échelle nationale.

Les constats confirment la persistance de défis structurels déjà identifiés dès le premier tour, tout en révélant certaines évolutions depuis le deuxième. Les difficultés liées au transport des patients et des intrants demeurent un frein majeur au fonctionnement des structures. Si cette problématique était auparavant surtout perçue comme un motif de référence, elle est aujourd'hui reconnue comme une entrave directe à la performance opérationnelle. Le financement des activités et l'approvisionnement en intrants restent préoccupants. Comme au premier tour, la dépendance de nombreux CSB à des ressources limitées freine leur capacité à répondre aux besoins de la population. Les progrès restent modestes, malgré quelques améliorations ponctuelles observées entre le deuxième et le troisième tour. Les ressources humaines constituent un autre domaine où les insuffisances persistent, notamment en personnel qualifié et formation. Si le premier tour avait souligné une forte prévalence de ces problèmes, les données actuelles montrent une légère atténuation. Cependant, la faible densité médicale et le manque de compétences spécialisées continuent de limiter l'efficacité des services.

Concernant la disponibilité des fournitures et équipements, la situation reste contrastée. Les outils de base sont largement présents, mais des manques importants subsistent pour les dispositifs spécialisés, notamment certains diagnostics et matériels d'urgence. Les vaccins de routine restent un point fort à travers les trois cycles, illustrant la robustesse du Programme Élargi de Vaccination. En revanche, la disponibilité du vaccin contre la COVID-19, plus satisfaisante au premier tour, montre une baisse, reflétant les contraintes persistantes de la chaîne d'approvisionnement. La protection des agents de santé par les équipements de protection individuelle reste insuffisante, marquant un recul par rapport aux observations précédentes, notamment pour certains matériels critiques. Les ruptures de stock pour des intrants essentiels liés à des maladies prioritaires confirment la vulnérabilité du système logistique, un point déjà relevé depuis le premier tour. Du point de vue de la gestion, l'opérationnalisation du système Voucher progresse et s'inscrit comme un exemple positif d'amélioration continue. En revanche, le Financement Basé sur la Performance reste faiblement intégré, montrant que sa généralisation nécessitera davantage de sensibilisation et de mise en œuvre.

En somme, ce troisième tour confirme que, malgré des avancées, les CSB de Madagascar font toujours face à des défis structurels et organisationnels entravant leur pleine résilience. Les constats

récurrents, lacunes en ressources humaines, problèmes d'approvisionnement, limites de financement, appellent à une approche stratégique, durable et coordonnée. L'amélioration dans certains domaines, comme le système Voucher, montre que des interventions ciblées peuvent porter leurs fruits. Les enseignements cumulés des trois cycles soulignent l'importance d'un suivi régulier et d'une adaptation flexible des interventions, afin de garantir l'accès universel à des soins de qualité, même en période de crise. Le maintien de ce suivi, combiné à un engagement politique et financier renforcé, sera essentiel pour consolider les acquis et combler les lacunes encore présentes.