

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple – Un But – Une Foi

Ministère de la Santé et de l'Action sociale

Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques

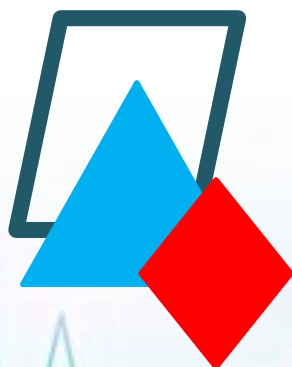
Division de la Recherche



Enquête téléphonique à cycle rapide auprès des formations sanitaires **FATR**

Premier passage : mars-avril 2024

**R
A
P
P
O
R
T**



Edition octobre 2024

Table des matières

Liste des figures	6
Remerciements	10
Equipe de mise en œuvre	11
Résumé	13
I. CONTEXTE et OBJECTIFS	17
1.1. CONTEXTE	17
1.2. OBJECTIFS	18
1.3. CADRE CONCEPTUEL DE L'ENQUÊTE	18
II. METHODOLOGIE	20
2.1. POPULATION D'ETUDE	20
2.2. CONSIDERATIONS ETHIQUES	21
2.3. DIFFICULTES RENCONTREES ET SOLUTIONS APPORTEES	21
2.4. CONTRAINTES ET LIMITES DE L'ENQUÊTE	22
III. RESULTATS DE L'ETUDE	23
3.1. ETAT DE PREPARATION DES STRUCTURES SANITAIRES	23
3.1.1. Identification et description des structures sanitaires	23
3.1.1.1. Répartition géographique des formations sanitaires au niveau national	23
3.1.1.2. Localisation géographique des formations sanitaires	23
3.1.1.3. Type de formations sanitaires	24
3.1.1.4. Autorité administrant la formation sanitaire	24
3.1.1.5. Sexe des responsables des formations sanitaires interrogés	25
3.1.2. Chocs externes : événements inhabituels ayant affecté les communautés desservies	26
3.1.2.1. Nature des chocs externes ayant affecté les communautés desservies	26
3.1.2.2. Événements ayant le plus d'impact sur la capacité d'assurer la continuité des services de santé	27
3.1.2.3. Impact de ces événements sur la fréquentation des services de santé	28
3.1.2.4. Raison principale pour laquelle les événements ont affecté la fréquentation des services de santé	28
3.1.3. Services offerts	30
3.1.3.1. Nature et disponibilité de l'offre de services	30
3.1.3.2. Nombre moyen de jours par semaine de fourniture de services	31
3.1.3.3. Nombre moyen d'heures par jour de fourniture du service	32
3.1.3.4. Défi de l'Infrastructure pour la fourniture des services	33
3.1.3.5. Défi des ressources humaines pour la fourniture des services	33
3.1.3.6. Défi de l'engagement et l'adhésion de la communauté constituée pour la fourniture des services	34
3.1.3.7. Défi de la prévention des infections et l'assainissement pour la fourniture des services	34
3.1.3.8. Défi du transport des patients depuis ou vers cette structure pour la fourniture des services	35
3.1.3.9. Défi du financement pour la fourniture des services	35
3.1.3.10. Défi des fournitures et équipements médicaux pour la fourniture des services	36
3.1.3.11. Défi de la qualité des soins pour la fourniture des services	36
3.1.3.12. Défi de la communication et la coordination avec les autorités supérieures pour la fourniture des services	37
3.1.4. Disponibilité et qualité des infrastructures	38
3.1.4.1. Principale source d'approvisionnement en eau	38
3.1.4.2. Source d'eau située dans l'enceinte de la formation sanitaire	39

3.1.4.3.	Interruption de l'approvisionnement en eau au cours des 7 derniers jours -----	39
3.1.4.4.	Disponibilité d'au moins une toilette réservée uniquement pour les différents groupes -----	40
3.1.4.5.	Disponibilité d'une poubelle avec couvercle dans les toilettes réservées aux femmes -----	41
3.1.4.6.	Disponibilité de dispositifs de lavage des mains-----	41
3.1.4.7.	Disponibilité de directives ou protocoles pour le nettoyage des locaux -----	42
3.1.4.8.	Méthode d'élimination des déchets médicaux -----	42
3.1.4.9.	Principale source d'électricité des structures de santé -----	43
3.1.4.10.	Disponibilité sans interruption des services d'électricité au cours des 7 derniers jours-----	43
3.1.4.11.	Disponibilité sans interruption des services des réseaux de téléphonie et d'internet-----	44
3.1.4.12.	Disponibilité d'une salle qui garantit l'intimité sonore et visuelle lors des consultations-----	45
3.1.4.13.	Disponibilité de moyen de transport au niveau des structures de santé -----	46
3.1.4.14.	Disponibilité d'autres moyens de transport de patients-----	46
3.1.4.15.	Disponibilité d'une salle d'attente distincte pour isolement de patients -----	47
3.1.4.16.	Défis liés aux infrastructures ayant limité ou empêché la capacité à fournir des services de santé -----	48
3.1.5.	Fournitures médicales -----	49
3.1.5.1.	Disponibilité et fonctionnalité d'équipements médicaux spécifiques -----	49
3.1.5.2.	Disponibilité de services ou matériels de diagnostic -----	50
3.1.5.3.	Disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI) -----	50
3.1.5.4.	Disponibilité des médicaments essentiels -----	51
3.1.5.5.	Disponibilité des vaccins -----	52
3.1.5.6.	Nature des difficultés de maintien d'un niveau suffisant de fournitures médicales -----	53
3.1.5.7.	Insuffisances de fournitures et équipements médicaux en lien avec la capacité de la structure à fournir des services de santé -----	54
3.1.5.8.	Réception de fournitures supplémentaires en raison du choc -----	55
3.1.6.	Préparation et réponse aux urgences -----	56
3.2.	ETAT DE PREPARATION DES STRUCTURES SANITAIRES DU PRIVE -----	58
3.2.1.	Identification et description des structures sanitaires -----	58
3.2.1.1.	Répartition des structures sanitaires par région -----	58
3.2.1.2.	Zone d'implantation des structures sanitaires -----	59
3.2.1.3.	Type de structures sanitaires -----	59
3.2.1.4.	Autorité administrant la formation sanitaire -----	60
3.2.2.	Chocs externes : évènements inhabituels ayant affecté les communautés desservies -----	61
3.2.2.1.	Nature des chocs externes ayant affecté les communautés desservies par le privé -----	61
3.2.2.2.	Evènement ayant le plus d'impact sur la capacité d'assurer la continuité des services de santé -----	62
3.2.2.3.	Durée des évènements ayant le plus d'impact sur la capacité de fournir des soins-----	62
3.2.2.4.	Impact de ces évènements sur la fréquentation des services de santé -----	63
3.2.2.5.	Raison principale pour laquelle les événements ont affecté la fréquentation des services de santé ----	63
3.2.3.	Services offerts -----	65
3.2.3.1.	Nature et disponibilité de l'offre de services -----	65
3.2.3.2.	Nombre moyen de jours par semaine de fourniture de services -----	66
3.2.3.3.	Nombre moyen d'heures par jour de fourniture du service -----	67
3.2.3.4.	Défi de l'Infrastructure pour la fourniture des services -----	68
3.2.3.5.	Défi des ressources humaines pour la fourniture des services -----	68
3.2.3.6.	Défi de l'engagement et l'adhésion de la communauté pour la fourniture des services -----	69
3.2.3.7.	Défi de la prévention des infections et l'assainissement pour la fourniture des services -----	69
3.2.3.8.	Défi du transport des patients depuis ou vers cette structure pour la fourniture des services -----	70
3.2.3.9.	Défi du financement pour la fourniture des services -----	70
3.2.3.10.	Défi des fournitures et équipements médicaux pour la fourniture des services -----	71
3.2.3.11.	Défi de la qualité des soins pour la fourniture des services -----	71
3.2.3.12.	Défi de la communication et la coordination avec les autorités supérieures pour la fourniture des services -----	72
3.2.4.	Disponibilité et qualité des infrastructures -----	73

3.2.4.1.	Principale source d'approvisionnement en eau -----	73
3.2.4.2.	Source d'eau située dans l'enceinte de la formation sanitaire -----	73
3.2.4.3.	Interruption de l'approvisionnement en eau au cours des 7 derniers jours -----	74
3.2.4.4.	Disponibilité et type de toilettes fonctionnelles à l'usage du personnel et des patients -----	75
3.2.4.5.	Disponibilité d'au moins une toilette réservée uniquement pour les différents groupes -----	75
3.2.4.6.	Disponibilité d'une poubelle avec couvercle dans les toilettes réservées aux femmes -----	76
3.2.4.7.	Disponibilité de dispositifs de lavage des mains -----	76
3.2.4.8.	Disponibilité de directives ou protocoles pour le nettoyage des locaux -----	77
3.2.4.9.	Méthode d'élimination des déchets médicaux -----	77
3.2.4.10.	Principale source d'électricité -----	78
3.2.4.11.	Disponibilité sans interruption des services au cours des 7 derniers jours -----	78
3.2.4.12.	Disponibilité d'une salle qui garantit l'intimité sonore et visuelle lors des consultations -----	79
3.2.4.13.	Disponibilité de moyen de transport -----	80
3.2.4.14.	Autres moyens de transport de patients disponibles -----	80
3.2.4.15.	Disponibilité de salles et zone d'isolement -----	81
3.2.4.16.	Défis liés aux infrastructures ayant limité ou empêché la capacité de la structure à fournir des services de santé	81
3.2.5.	Fournitures médicales -----	82
3.2.5.1.	Disponibilité et fonctionnalité d'équipements médicaux spécifiques -----	82
3.2.5.2.	Disponibilité de services ou matériels de diagnostic -----	83
3.2.5.3.	Disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI) -----	83
3.2.5.4.	Disponibilité des médicaments essentiels -----	84
3.2.5.5.	Disponibilité des vaccins -----	85
3.2.5.6.	Difficultés de maintien d'un niveau suffisant de fournitures médicales -----	86
3.2.5.7.	Insuffisances des fournitures et équipements médicaux et capacité de la structure à fournir des services de santé	87
3.2.5.8.	Réception de fournitures supplémentaires en raison du choc -----	87
3.2.6.	Préparation et réponse aux urgences -----	88
3.3.	BESOINS, PERCEPTIONS ET DEMANDES DES COMMUNAUTES -----	90
3.3.1.	Identification des informateurs clés -----	90
3.3.1.1.	Age et Sexe -----	90
3.3.1.2.	Profil socioprofessionnel -----	91
3.3.1.3.	Zone de résidence -----	91
3.3.1.4.	Niveau d'études -----	92
3.3.2.	Services proposés et motivation des acteurs communautaires de santé -----	92
3.3.2.1.	Services proposés -----	92
3.3.2.2.	Motivation -----	93
3.3.3.	Besoin et utilisation des services de santé essentiels dans les communautés -----	93
3.3.3.1.	Niveau de satisfaction des besoins en SRMNIA -----	93
3.3.3.2.	Niveau de satisfaction des Services de vaccination -----	94
3.3.3.3.	Niveau de satisfaction des besoins en médicaments et services essentiels -----	94
3.3.4.	Obstacles au recours aux services de santé essentiels dans les communautés -----	95
3.3.4.1.	Principales raisons de non recours aux services de santé essentiels en cas de besoin -----	95
1.2.4.1.1.	Raisons liées à l'information et la culture -----	95
1.2.4.1.2.	Raisons liées à l'accessibilité financière -----	95
1.2.4.1.3.	Raisons liées à l'accessibilité géographique -----	96
1.2.4.1.4.	Raisons liées à l'organisation et au fonctionnement des structures -----	96
3.3.4.2.	Premiers recours en cas de maladie -----	97
3.3.4.3.	Existence de groupes défavorisés dans l'accès aux soins de santé -----	98
3.3.4.3.1.	Présence de groupes marginalisés au sein de la communauté dans l'accès aux soins de santé pour des raisons économiques, sociales ou culturelles -----	98
3.3.4.3.2.	Profil des groupes marginalisés -----	98

3.3.5.	Obstacles à la fourniture de services communautaires	100
3.3.5.1.	Disponibilité de soutien nécessaire pour la fourniture de services communautaires	100
3.3.5.2.	Nature du soutien supplémentaire souhaité	100
3.3.5.3.	Besoins en formation	101
3.3.6.	Participation à la surveillance et à la riposte	102
3.3.6.1.	Activités de surveillance et riposte des maladies mises en œuvre	102
3.3.6.2.	Importance de la surveillance des maladies pour la communauté	102
3.3.6.3.	Formation en surveillance des maladies suivi au cours de l'année écoulée	103
3.3.6.4.	Principaux défis dans la surveillance des maladies	103
3.3.7.	Connaissances et attitudes à l'égard de la vaccination	105
3.3.7.1.	Connaissances de la communauté sur les vaccins	105
3.3.7.1.1.	Définition d'un vaccin	105
3.3.7.1.2.	Utilité d'un vaccin	105
3.3.7.1.3.	Types de vaccins connus par l'acteur communautaire	106
3.3.7.1.4.	Connaissance du mode de délivrance de la vaccination	106
3.3.7.2.	Attitudes à l'égard de la vaccination	107
3.3.7.2.1.	Respect du calendrier de vaccination par la communauté	107
3.3.7.2.2.	Risque de ne pas se faire vacciner en cas de besoin	107
3.3.7.2.3.	Risque de ne pas faire vacciner ses enfants en cas de besoin	107
3.3.7.2.4.	Principales raisons de non recours à la vaccination de la communauté	108
3.3.7.2.5.	Principales raisons de non recours à la vaccination des enfants	109
3.4.	CAPACITES DE REPONSE DES STRUCTURES SANITAIRES A L'ECHELLE REGIONALE	110
3.4.1.	Prestations de services offertes	110
3.4.1.1.	Nature et disponibilité de l'offre de services	110
3.4.1.2.	Incidence des défis sur la capacité à assurer la continuité des services de santé	111
3.4.2.	Disponibilité et qualité des infrastructures	112
3.4.2.1.	Principale source d'approvisionnement en eau	112
3.4.2.2.	Source d'eau située dans l'enceinte de la formation sanitaire	112
3.4.2.3.	Disponibilité d'au moins une toilette réservée uniquement pour les différents groupes	113
3.4.2.4.	Disponibilité de dispositifs de lavage des mains	113
3.4.2.5.	Méthode d'élimination des déchets médicaux d'activité de soins à risque infectieux autres que les déchets pointus ou tranchants	114
3.4.2.6.	Disponibilité d'une salle qui garantit l'intimité sonore et visuelle lors des consultations	114
3.4.2.7.	Disponibilité d'autres moyens pour transporter les patients vers des structures sanitaires de niveau supérieur	115
3.4.2.8.	Autre(s) moyen(s) disponibles au sein de la structure sanitaire pour transporter les patients vers le niveau supérieur	116
3.4.3.	Fournitures médicales	117
3.4.3.1.	Disponibilité et fonctionnalité d'équipements médicaux spécifiques	117
3.4.3.2.	Disponibilité de matériels de diagnostic	117
3.4.3.3.	Disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI)	118
IV.	RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES	119
5.1.	RECOMMANDATIONS	119
5.1.1.	Pour l'équipe de mise en œuvre de l'enquête	119
5.1.2.	Dissémination et valorisation des résultats	119
5.1.3.	Pour le secteur public	119
5.1.4.	Pour le secteur privé	120
5.2.	PERSPECTIVES	120

Liste des figures

Figure 1 : Répartition géographique des formations sanitaires	23
Figure 2 : Localisation géographique des formations sanitaires	23
Figure 3 : Type des formations sanitaires	24
Figure 4 : Autorité administrant la formation sanitaire	24
Figure 5 : Répartition par sexe des répondants	25
Figure 6 : Nature des chocs externes ayant affecté les communautés desservies au cours des trois derniers mois précédents l'enquête	26
Figure 7 : Evènement ayant le plus d'impact sur la capacité d'assurer la continuité des services de santé et leur durée	27
Figure 8 : Impact de ces événements sur la fréquentation des services de santé	28
Figure 9 : Raison principale pour laquelle les événements ont affecté la fréquentation des services de santé	28
Figure 10 : Disponibilité de l'offre de services SRMNIA-N	30
Figure 11 : Disponibilité de l'offre des autres services	30
Figure 12 : Nombre moyen de jours par semaine de fourniture des services SRMNIA-N	31
Figure 13 : Nombre moyen de jours par semaine de fourniture des autres services	31
Figure 14 : Nombre moyen d'heures par jour de fourniture des services SRMNIA-N	32
Figure 15 : Nombre moyen d'heures par jour de fourniture des autres services	32
Figure 16 : Défi de l'infrastructure pour la fourniture des services	33
Figure 17 : Défi des ressources humaines pour la fourniture des services	33
Figure 18 : Défi de l'engagement et de l'adhésion de la communauté pour la fourniture des services	34
Figure 19 : Défi de la prévention des infections et de l'assainissement pour la continuité des services	34
Figure 20 : Défi du transport des patients dans la fourniture des services	35
Figure 21 : Défi du financement dans la fourniture des services	35
Figure 22 : Défi des équipements médicaux dans la fourniture des services	36
Figure 23 : Défi de la qualité des soins pour la fourniture des services	36
Figure 24 : Défi de la communication et de la coordination avec les autorités supérieures pour la fourniture des services	37
Figure 25 : Principale source d'approvisionnement en eau	38
Figure 26 : Source d'eau située dans l'enceinte de la formation sanitaire	39
Figure 27 : Interruption de l'approvisionnement en eau au cours des 7 derniers jours	39
Figure 28 : Disponibilité de toilette uniquement pour les différents groupes	40
Figure 29 : Disponibilité d'une poubelle avec couvercle dans les toilettes réservées aux femmes uniquement pour les produits d'hygiène menstruelle usagés	41
Figure 30 : Disponibilité d'un dispositif de lavage des mains	41
Figure 31 : Disponibilité de directives ou protocoles de nettoyage des locaux	42
Figure 32 : Méthode d'élimination des déchets médicaux	42
Figure 33 : Principale source d'électricité	43
Figure 34 : Disponibilité de l'électricité dans les formations sanitaires	44
Figure 35 : Disponibilité de réseaux de téléphonie et d'internet au cours des 7 derniers jours	44
Figure 36 : Disponibilité d'une salle qui garantit l'intimité sonore et visuelle des consultations	45
Figure 37 : Disponibilité des moyens de transport	46
Figure 38 : Disponibilité d'autres moyens de transport de patients	46
Figure 39 : Disponibilité d'une salle d'attente distincte pour isoler des patients présentant de la fièvre, des symptômes respiratoires ou d'autres symptômes de maladies contagieuses	47
Figure 40 : Défi des infrastructures ayant limité ou empêché la capacité de la formation sanitaire à fournir des services de santé	48
Figure 41 : Disponibilité et fonctionnalité d'équipements médicaux spécifiques	49
Figure 42 : Disponibilité de services ou matériels de diagnostic	50

Figure 43 : Disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI) -----	51
Figure 44 : Disponibilité des médicaments essentiels_n°1 -----	51
Figure 45 : Disponibilité des médicaments essentiels_n°2 -----	52
Figure 46 : Disponibilité des vaccins -----	53
Figure 47 : Nature des difficultés de maintien d'un niveau de fournitures médicales dans votre structure -----	53
Figure 48 : Les insuffisances liées aux fournitures et équipements médicaux ont-ils limité ou empêché la capacité de la formation sanitaire à fournir des services de santé ? -----	54
Figure 49 : Réception de fournitures supplémentaires en raison du choc -----	55
Figure 50 : Préparation et réponse aux urgences_n°1 -----	56
Figure 51 : Préparation et réponse aux urgences_n°2 -----	56
Figure 52 : Répartition des structures de santé privées selon le type et par région -----	58
Figure 53 : Répartition géographique des structures privées -----	59
Figure 54 : Différents types de structures du privé -----	59
Figure 55 : Autorité administrant les structures privées -----	60
Figure 56 : Nature des chocs externes ayant affecté les services du privé au cours des trois derniers mois précédents l'enquête -----	61
Figure 57 : Evènement ayant le plus d'impact sur la capacité d'assurer la continuité des services du privé -----	62
Figure 58 : Durée en mois des événements ayant le plus d'impact sur la capacité d'assurer la continuité des services, selon le type -----	62
Figure 59 : Impact de ces événements sur la fréquentation des services du privé -----	63
Figure 60 : Raison principale pour laquelle ces événements ont affecté la fréquentation des services du privé -----	63
Figure 61 : Nature et disponibilité de l'offre de services -----	65
Figure 62 : Nombre moyen de jours par semaine de fourniture de services -----	66
Figure 63 : Nombre moyen d'heures par jour de fourniture du service -----	67
Figure 64 : Dans quelle mesure l'infrastructure constitue un défi pour la fourniture des services -----	68
Figure 65 : Dans quelle mesure les ressources humaines constituent un défi pour la fourniture des services -----	68
Figure 66 : Engagement et adhésion communautaires, un défi pour la fourniture des services -----	69
Figure 67 : La prévention des infections et l'assainissement, un défi pour la fourniture des services -----	69
Figure 68 : Le transport des patients depuis ou vers cette formation sanitaire constitue un défi pour la fourniture des services -----	70
Figure 69 : le financement, un défi pour la fourniture des services -----	70
Figure 70 : Les fournitures et équipements médicaux, un défi pour la fourniture des services -----	71
Figure 71 : la qualité des soins, un défi pour la fourniture des services -----	71
Figure 72 : Communication et Coordination avec les autorités supérieures et défi pour la fourniture des services --	72
Figure 73 : Principale source d'approvisionnement en eau -----	73
Figure 74 : Source d'eau située dans l'enceinte de la formation sanitaire -----	74
Figure 75 : Interruption de l'approvisionnement en eau au cours des 7 derniers jours -----	74
Figure 76 : Disponibilité et type de toilettes fonctionnelles à l'usage du personnel et des patients -----	75
Figure 77 : Disponibilité d'au moins une toilette réservée uniquement pour les différents groupes -----	75
Figure 78 : Disponibilité d'une poubelle avec couvercle dans les toilettes réservées aux femmes uniquement pour les produits d'hygiène menstruelle usagés -----	76
Figure 79 : Disponibilité de dispositifs de lavage des mains -----	76
Figure 80 : Disponibilité de directives ou protocoles pour le nettoyage des locaux -----	77
Figure 81 : Méthode d'élimination des déchets médicaux -----	77
Figure 82 : Principale source d'électricité -----	78
Figure 83 : Disponibilité sans interruption des services au cours des 7 derniers jours -----	78
Figure 84 : Disponibilité d'une salle qui garantit l'intimité sonore et visuelle lors des consultations -----	79
Figure 85 : Disponibilité de moyen de transport -----	80
Figure 86 : Autres moyens de transport de patients disponibles -----	80
Figure 87 : Disponibilité de salles et zone d'isolement -----	81

Figure 88 : Comment les défis liés aux infrastructures ont limité ou empêché la capacité de la formation sanitaire à fournir des services de santé	81
Figure 89 : Disponibilité et fonctionnalité d'équipements médicaux spécifiques	82
Figure 90 : Disponibilité de matériels de diagnostic	83
Figure 91 : Disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI)	84
Figure 92 : Disponibilité des médicaments essentiels	85
Figure 93 : Disponibilité des vaccins	86
Figure 94 : Localisation des formations sanitaires	86
Figure 95 : Capacité de la formation sanitaire à fournir des services de santé et insuffisances liées aux fournitures et équipements médicaux	87
Figure 96 : Réception de fournitures supplémentaires en raison du choc	87
Figure 97 : Etat de préparation des structures privées et réponse aux urgences	88
Figure 98 : Distribution de l'âge des répondants	90
Figure 99 : Répartition des répondants par sexe	90
Figure 100 : Répartition selon le profil socioprofessionnel	91
Figure 101 : Répartition des répondants selon le lieu de résidence	91
Figure 102 : Répartition des répondants selon le niveau d'étude	92
Figure 103 : Services proposés par les acteurs communautaires	92
Figure 104 : Existence de motivation	93
Figure 105 : Besoins et utilisation des services	94
Figure 106 : Raisons liées à l'information et à la culture	95
Figure 107 : Raisons liées à l'accessibilité financière	95
Figure 108 : Raisons liées à l'accessibilité géographique	96
Figure 109 : Raisons liées à l'établissement de santé	97
Figure 110 : Premiers recours aux soins	97
Figure 111 : Existence de groupes défavorisés dans l'accès aux soins	98
Figure 112 : Groupes défavorisés pour l'accès aux soins	98
Figure 113 : Perception du niveau de soutien pour réaliser le travail	100
Figure 114 : Nature du soutien supplémentaire souhaité	100
Figure 115 : Nuage de points sur les besoins en formation	101
Figure 116 : Participation à la surveillance et la riposte	102
Figure 117 : Nuage de points sur l'importance de la surveillance des maladies	102
Figure 118 : Formation en surveillance des maladies l'an passé	103
Figure 119 : Nuage de points sur les principaux défis	103
Figure 120 : Connaissance sur la définition d'un vaccin	105
Figure 121 : Connaissance sur l'utilité d'un vaccin	105
Figure 122 : Connaissance des types de vaccin	106
Figure 123 : Connaissance du mode de délivrance de la vaccination	106
Figure 124 : Respect du calendrier vaccinal	107
Figure 125 : Risque de ne pas se faire vacciner en cas de besoin	107
Figure 126 : Risque de ne pas faire vacciner ses enfants en cas de besoin	108
Figure 127 : Raisons pour lesquelles ces personnes ne veulent pas se faire vacciner	108
Figure 128 : Raison de ne pas faire vacciner ses enfants en cas de besoin	109
Figure 129 : Nature et disponibilité des autres services au niveau régional	110
Figure 130 : Nature et disponibilité des services SRMNIA-N au niveau régional	110
Figure 131 : Incidences des défis sur la capacité à assurer la continuité des services de santé_n°1	111
Figure 132 : Incidences des défis sur la capacité à assurer la continuité des services de santé_n°2	111
Figure 133 : Principales sources d'approvisionnement en eau	112
Figure 134 : Source d'eau située dans l'enceinte de la formation sanitaire	112
Figure 135 : Disponibilité d'au moins une toilette réservée uniquement pour les différents groupes	113

<i>Figure 136 : Disponibilité de dispositif de lavage des mains -----</i>	<i>113</i>
<i>Figure 137 : Méthode d'élimination des déchets médicaux -----</i>	<i>114</i>
<i>Figure 138 : Disponibilité d'une salle qui garantit l'intimité sonore et visuelle lors des consultations -----</i>	<i>115</i>
<i>Figure 139 : Disponibilité des moyens de transport des patients vers les structures de niveau supérieur -----</i>	<i>115</i>
<i>Figure 140 : Autres moyens de transport des patients vers la niveau supérieur -----</i>	<i>116</i>
<i>Figure 141 : Disponibilité et fonctionnalité d'équipements médicaux spécifiques-----</i>	<i>117</i>
<i>Figure 142 : Disponibilité de matériels de diagnostic au niveau régional-----</i>	<i>118</i>
<i>Figure 143 : Disponibilité des équipements de protection individuelle -----</i>	<i>118</i>

Remerciements

Ce rapport porte sur l'évaluation des capacités des services de première ligne et la réactivité des communautés face au Covid-19. Cette troisième phase de l'enquête a bénéficié de l'appui technique et financier de la Banque mondiale.

La collecte et l'analyse des données ont été effectives grâce aux contributions des acteurs du système de santé parmi lesquels : Direction Générale de la Santé Publique (DGSP), Direction Générale des Etablissements Publics de Santé (DGES), Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS), Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM), Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS), Direction des Etablissements Privés de Santé (DEPrS), Service National de l'Education, de l'Information Pour la Santé (SNEIPS) et l'Alliance du Secteur Privé de la Santé du Sénégal (ASPS).

Ainsi, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) à travers la DPRS formule ses remerciements à l'adresse de tous les acteurs ci-dessus listés mais également aux superviseurs, enquêteurs, et à l'équipe d'analyse et de rédaction du rapport.

Ces remerciements sont également adressés aux Médecins-chefs de région, aux Directeurs des établissements publics de santé, aux Médecins-chefs de districts sanitaires, aux responsables des structures privées de santé lucratifs/non lucratifs et aux acteurs communautaires qui ont facilité la collecte.

Equipe de mise en œuvre

○ Responsables de l'enquête

- Dr Barnabé GNING DGSP
- Dr Babacar GUEYE DPRS

○ Coordination de l'enquête

- Dr Samba Cor SARR DR/DPRS
- Dr Fanding BADJI DGSP

○ Supervision – Gestion des données – Analyse et Rédaction

- Dr Zeyni El Abidine SY DR/DPRS
- Dr Abdoulaye DIALLO DR/DPRS
- Abib NDIAYE DR/DPRS
- Dr Tidiane GADIAGA DSISS/DPRS
- Aïssatou NOMOKHO SNEISS
- Khaly GUEYE DSME
- Ibrahima NDIAYE DEPRs
- Dr Mamour SENE ASPs
- Mme Viviane M. Solange MBENGUE DR/DPRS
- Papa Ibrahima NDOUR DSISS/DPRS

○ Evalueurs

- Abdou Razak KEBE Enquêteur DR
- Abdoul Aziz MBENGUE DGSP
- Adama DIA Enquêteur DR
- Amadou SARR Bureau Archives
- Amath DIOUF DLM
- Aminata Djiboye SANE Enquêteur DR
- Aminata THIAM Travailleur social
- Amy MBACKE CSSP
- Astou FALL Enquêteur DR
- Babacar KANE CPRS
- Dié Astou NGOM Enquêteur DR
- Djibril NDIAYE DSISS
- Dr Fatoumata MBOUP DR/DPRS
- El Hadji Malick NDIAYE Enquêteur DR
- Hadaija DICKO Enquêteur DR
- Khadidiatou WONE DLM
- Maïmouna NIASS DP
- Moustapha BA Cellule Genre
- Mamadou Saly SARR Enquêteur DR
- Mame Astou KONARE Enquêteur DR
- Mame Omar GUEYE DR/DPRS
- Mane SENE Cellule Genre
- Seynabou DIAGNE Enquêteur DR
- Mor DIAGNE SNEISS
- Mouhamed FAYE DPart
- Mylène Julia NDOUR Enquêteur DR
- Ousseynou DIOP Enquêteur DR

- *Papa Alioune* BA DGAS
- *Rose Emma Ngoné* FAYE CES
- *Saër* DIOUF DSISS
- *Sény* CISSE Enquêteur DR
- *Yama* BOYE Enquêteur DR

○ **Appui technique**

- *Viviane Agathe Julie Renée* AZAIS BM
- *Mamadou* DIENG Consultant BM

Résumé

○ Etat de préparation des structures sanitaires

Les 400 structures enrôlées dans la collecte sont réparties entre le milieu urbain (64,5%) et rural (35,5%). Elles sont de statut public à 76% contre 24% de privé. Selon le type de structures, l'enquête a révélé : i). Pour le privé (5,8% de cabinets médicaux, 15,8% de cabinets paramédicaux et 2% de cliniques) et ii). Pour le public (5,8% de centres de santé, 5,3% d'hôpitaux et 65,5% de postes de santé). La répartition par sexe des répondants se résume à 57% d'hommes contre 43% de femmes.

- Chocs externes

Concernant les événements inhabituels ayant affecté les communautés desservies, 55,9% des répondants estiment qu'aucun choc externe n'a eu à affecter les communautés. Par contre, pour les chocs ressentis, les communautés ont affirmé que ce sont les pénuries majeures de médicaments et fournitures médicales (23,5%) et les difficultés financières extrêmes (20,2%). Et, ce sont les mêmes chocs qui ont le plus impacté la continuité des services, avec respectivement 36% et 35%. Par ailleurs, les principales raisons qui ont affecté la fréquentation des services de santé sont : la disponibilité des services ou des fournitures médicales (27,5%), le changement de lieux de la communauté pour se faire soigner (15,1%) et la capacité des patients à accéder physiquement aux formations sanitaires (17,5%).

- Services offerts

Les résultats ont montré qu'au niveau national, la disponibilité des services SRMNIA-N est assez bonne, en l'occurrence, les CPN et les CPoN (88%), les PTME (80,8%) et les soins du nouveau-né (80,4%). Par contre, l'offre sur la santé des adolescents (63,9%) et la vaccination (72,7%) reste la moins disponible ainsi que l'offre sur la santé mentale (15,2%).

Concernant les défis à la fourniture des services, l'infrastructure constitue un défi pour 28% des répondants qui sont « tout à fait d'accord » et 27,1% qui sont « d'accord ». Toutefois, on constate que 18% ne sont « pas du tout d'accord » et 19,7% « pas d'accord. »

Les ressources humaines restent un défi important au niveau national avec 37,5% de réponses « tout à fait d'accord » et 29,5% de « d'accord. » Pour l'engagement et l'adhésion de la communauté, 22,5% des répondants pensent que cela ne constitue pas un défi « pas du tout d'accord. » Toutefois, la prévention des infections et de l'assainissement constituent un défi à 22,7% « tout à fait d'accord » et 29,3% de « d'accord. » Concernant le transport des patients, dans 37,4% des cas les répondants ont estimé que c'est un défi. Une tendance qui s'est confirmée davantage en milieu urbain (46,3%) que rural (29,1%) de « tout à fait d'accord. »

Le financement est un autre défi avec 37,3% de « tout à fait d'accord » et 22,3% de « d'accord. » Aussi, les fournitures et équipements médicaux restent un défi quant à la fourniture des services avec 38,8% de « tout à fait d'accord » et 23% de « d'accord. » En ce qui concerne la qualité des soins, globalement les répondants ont estimé que ce n'est pas un défi avec 24,8% de « pas du tout d'accord » à 27,7% de « pas d'accord. » En revanche, la communication et la coordination avec les autorités supérieures sont un défi pour 24,8% des répondants qui sont « tout à fait d'accord » et 20,2% « d'accord. »

- Disponibilité et qualité des infrastructures

Concernant les principales sources d'approvisionnement en eau, l'enquête a révélé que 72,5% des structures de santé disposent d'eau courante à l'intérieur des bâtiments.

En zone urbaine, elle est la principale source (91,6%) contre 54,7% en zone rurale où le *puits tubulaire/forage* représente 17,4% et le *robinet public/borne fontaine* est à 6,1%.

Les toilettes réservées aux patients représentent 88,2%, celles réservées au personnel (77,4%) et aux femmes (34,7%). Par rapport aux *toilettes réservées exclusivement aux femmes*, la disponibilité est de 32,5% dans le public et de 38,8% dans le privé. Pour le *dispositif de lavage des mains*, seules 29,9% des structures en disposent au niveau national et, pour les *directives/protocoles pour le nettoyage des locaux*, 32,7% des structures en font état.

Pour le traitement des déchets, les résultats de l'enquête ont révélé que 28,8% des structures les brûlaient à *l'air libre dans une fosse ou un terrain vague*. Concernant la source d'électricité, le réseau électrique reste la principale source dans les structures (85,3%). L'intimité sonore et visuelle dans les salles de consultation est assurée dans 64,2% des structures. Pour l'existence d'une *salle d'attente d'isolement contre les maladies contagieuses*, 32,5% des structures en disposent contre 34,9% pour celle réservée à *l'isolement des patients*. La disponibilité d'ambulance fonctionnelle n'est disponible que dans 37,4% des structures contre 52% qui disent avoir un autre moyen de transport des patients.

- Fournitures médicales

Par rapport à la disponibilité et fonctionnalité d'équipements médicaux spécifiques, il apparaît que les *matériels pour prélèvements cervico-vaginaux et les dispositifs de distribution d'oxygène* sont les moins disponibles dans les structures sanitaires avec respectivement 52,3% et 39,4%. Pour les équipements de protection individuelle (EPI), les masques de protection respiratoire (40,8%) et les lunettes de protection (23,3%) sont les moins disponibles.

Concernant la disponibilité des médicaments essentiels, les *antipaludiques et les méthodes contraceptives réversibles à court terme* sont les plus disponibles, respectivement 83,6% et 81,9%. Pour les vaccins, les antigènes du PEV restent disponibles à des niveaux variables : *rougeole/rubéole* (78,5%), *pentavalent* (77,9%), *BCG* (77,3%), *poliomyélite* (78,1%) et *antipneumococciques* (77,1%). Néanmoins, la disponibilité dans les structures du vaccin Covid-19 (50%) reste faible.

Par ailleurs, il est ressorti des résultats que la *nature des difficultés de maintien d'un niveau suffisant de fournitures médicales* est majoritairement de 3 ordres : *rupture de la fourniture au niveau des districts ou du niveau supérieur* (70%), *manque de moyens financiers pour commander les fournitures supplémentaires* (52,3%) et *réception de quantités inférieures ou non réception des fournitures attendues* (47,9%). Aussi, 44,8% des formations sanitaires lient la réduction de leurs capacités à fournir des services de santé à *l'insuffisance de fournitures et d'équipement médical* contre 55,2% qui affirment le contraire. En outre, l'enquête a révélé que 72,7 % des structures n'ont pas reçu de fournitures supplémentaires en raison du choc (Covid-19).

- Préparation et réponse aux urgences

Concernant la préparation et réponse aux urgences, l'enquête a démontré que certaines dispositions sont faiblement prises en charge, il s'agit de *l'existence de protocoles pour recevoir un financement supplémentaire en cas d'urgence sanitaire* (20%), de la *disponibilité de protocoles pour augmenter le personnel* (26%) et du *signalement des maladies prioritaires suspectes ou rumeurs au cours du mois dernier* (31,3%).

○ Etat de préparation des structures sanitaires du Privé

Au total, 95 structures dans le privé ont été interrogées, parmi lesquelles, 61,1% sont implantées en zone urbaine et 38,9% en zone rurale.

Les cabinets paramédicaux représentent 66,3% de l'échantillon contre 24,2% de cabinets médicaux et 9,5% de cliniques. Le privé à *but lucratif* concentre 78,9% des structures contre le *non lucratif* (21,1%) composé du *confessionnel* (75%) et le *non lucratif communautaire* (25%).

Pour l'effet des *chocs externes sur l'offre de service* dans le secteur privé, les résultats montrent globalement que les cabinets paramédicaux (42,1%) sont les plus affectés dans leur fonctionnement. Concernant la durée des événements qui ont impacté la continuité des services, les cliniques sont les plus touchées avec 39 mois. Les principaux facteurs explicatifs de l'impact des chocs sur la fréquentation des services sont, entre autres, la non disponibilité des services ou des fournitures médicales et l'accessibilité physique des structures. Sur les défis pour la fourniture des services, les répondants avancent les infrastructures et le *transport des patients depuis ou vers leurs formations sanitaires*.

Généralement les PPS sont dotés d'un système d'approvisionnement en eau potable, de toilettes de type « *chasse d'eau vers une fosse septique* » pour le personnel et les patients. Néanmoins, 1,4% des services paramédicaux affirment ne disposer d'aucune installation de toilette fonctionnelle. Pour l'élimination des déchets médicaux, la pratique la plus partagée est le transport « *hors du site dans des conteneurs couverts ou dans un autre environnement protégé*. » Sur le confort des patients, la majorité des PPS indique avoir une salle de consultation garantissant l'intimité sonore et visuelle.

Pour la disponibilité des médicaments essentiels, l'enquête révèle un taux faible particulièrement au niveau des cabinets médicaux (*Vitamine A 11,2%, méthodes contraceptives réversibles à courte durée d'action 12,8%, Solutés et réhydratation orale 12,3%, Sulfate de zinc 12,3%*).

En ce concerne la disponibilité des vaccins, il est relevé un niveau très faible dans tous les types de structures (clinique (*0% pour COVID-19 et HPV*), cabinets médicaux (*1,7% pour COVID-19 et 12,4% pour tous les autres types de vaccins*)).

Par ailleurs, les difficultés évoquées pour maintenir un niveau suffisant des fournitures médicales, sont :

- L'insuffisance de ressources financières (*49,4% des cliniques, 51,1% des cabinets paramédicaux et 28,8% des cabinets médicaux*) ;
- Le déficit de maintenance du matériel existant (*56,1% des cliniques, 60,3% des cabinets paramédicaux et 22,3% des cabinets médicaux*) ;
- La péremption de certains produits d'urgence déjà commandés (*43,9% des cliniques, 17,6% des cabinets paramédicaux et 14,8% des cabinets médicaux*).

Pour la disponibilité d'une liste des alertes et rumeurs relatives aux maladies prioritaires et aux épidémies, les structures paramédicales présentent un taux très faible (9,7%) par rapport aux cliniques (71,1%) et aux cabinets médicaux (56,3%).

○ **Besoins, perceptions et demandes des communautés**

Le profil des informateurs clés est composé d'acteurs évoluant dans la santé au niveau communautaire, dont des agents de santé communautaires, des leaders communautaires, des membres de comité de développement sanitaire (CDS), des membres d'organisations communautaires de base (OCB) et d'organisations de la société civile (OSC).

Les résultats de l'enquête ont révélé que les services proposés par les acteurs communautaires couvrent plusieurs domaines et sont généralement disponibles à hauteur 80% à 100%, sauf pour ceux qui sont liés au traitement des affections infantiles (64,5%) et à la surveillance des maladies infectieuses (58,1%).

Sur la satisfaction des besoins en SRMNIA, la majeure partie de la communauté dit avoir obtenu la satisfaction lorsqu'ils en avaient besoin, notamment en soins prénatals (92,9%), accouchement avec l'assistance de personnel de santé qualifié (94,3%) et services de contraception (81,4%).

Concernant les *obstacles au recours aux services de santé essentiels*, les principales raisons données sont l'accès à l'information et à la culture, l'accessibilité financière et géographique et l'organisation et le fonctionnement des structures de santé. Pour les obstacles à la fourniture de services communautaires, la majorité des répondants (51,6 %) déclare avoir eu *peu de soutien* contre 41,9% qui affirment avoir obtenu *une partie du soutien*. L'analyse a montré que le type de soutien nécessaire pour l'exécution correcte de la fourniture des services communautaires est, entre autres, financier (96,6%), matériels et équipements pour la mise en œuvre des activités (89,7 %), formation (65,6%) et appui pour le transport (62,1%).

Pour la participation des acteurs aux activités de surveillance, les résultats montrent qu'ils sont de l'ordre de 77,1% contre 22,9 % pour la riposte. Sur *l'utilité du vaccin*, elle est connue par la totalité des répondants (100%), selon eux, le vaccin sert à prévenir la maladie. En outre, le respect du calendrier de vaccination est effectif pour 87,1% des répondants. Concernant le refus de certains parents de vacciner leurs enfants, les deux raisons principales avancées sont le doute de l'efficacité des vaccins et la méfiance générale ou opposition vis-à-vis de tout vaccin.

I. CONTEXTE et OBJECTIFS

1.1. CONTEXTE

La survenue et la persistance de la pandémie Covid-19 ont amené l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à prendre plusieurs initiatives pour accompagner les pays à organiser la riposte avec efficacité. Ainsi, le système d'information sanitaire étant un levier important pour apporter de la précision dans la lutte, un modèle de capture et d'analyse de données sur la réactivité du système de santé et de la communauté a été proposé. Le Sénégal a été choisi parmi les cinq pays devant tester ce dispositif et, au besoin, y apporter des innovations pour son applicabilité contextuelle.

Cette proposition de l'OMS avait comme objectif d'aider à une meilleure maîtrise des données relatives à l'organisation et au contexte de la riposte. En effet, l'évolution épidémiologique rapide et l'insuffisance des moyens de capture et d'analyse des données sur les capacités d'anticipation et de réaction appellent l'urgence de disposer d'un système d'aide à la décision. Cette démarche inclusive et participative permet d'évaluer de façon séquentielle, le fonctionnement du système de santé, la perception et les besoins des communautés au fur et à mesure de l'évolution des chocs.

L'évaluation du système a débuté en novembre 2021 par un premier passage financé par l'OMS et qui a concerné uniquement le secteur public de la santé. Il est suivi par un deuxième passage en décembre 2022 avec l'OMS pour le volet public et, l'introduction du secteur privé de la santé pris en charge par la Banque mondiale à travers le Fonds de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents (GFF). Ce troisième passage qui fait l'objet de ce rapport, s'est déroulé entre les mois de mars et avril 2024 ; il a été entièrement financé par le programme FASTR (Évaluations fréquentes, systèmes et outils pour la résilience), un Fonds catalytique du GFF. En effet, le GFF soutient les pays avec des approches opportunes, rigoureuses et peu coûteuses pour le suivi des soins de santé primaires (SSP) afin d'améliorer l'utilisation des données pour de meilleurs résultats en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, adolescente et de nutrition (SRMNIA-N).

L'intérêt des approches à cycle rapide (FASTR) réside dans le fait qu'elles peuvent aider les gestionnaires des systèmes de santé à identifier les manquements dans la prestation des services, à en comprendre les causes et à réagir rapidement pour améliorer les résultats en matière de santé. Ainsi, les objectifs du soutien du FASTR au Sénégal sont les suivants : i) renforcer la capacité de suivi et d'évaluation des agents des directions et services concernés pour mener des analyses rapides ; ii) générer des données probantes sur les manquements de l'offre de services en Soins de Santé Primaires (SSP) et iii) fournir un outil de suivi pour soutenir les processus de renforcement du système de santé national.

Dans le cadre de cette collecte des données, les variables ont été revues dans l'optique de réduire le temps d'administration qui se faisait au téléphone. Ainsi, pour l'outil sur les structures de santé, l'accent a été mis sur des indicateurs de suivi sur les chocs, l'offre de services, les infrastructures, les fournitures médicales et la préparation et réponse aux urgences.

Pour l'outil du volet communautaire qui permet d'évaluer les perceptions, les besoins et demandes des communautés, six modules ont été retenus, il s'agit : i) services proposés et motivation des acteurs communautaires de santé ; ii) besoin et utilisation des services de santé essentiels dans les communautés ;

iii) obstacles au recours aux services de santé essentiels dans les communautés ; iv) obstacles à la fourniture de services communautaires ; v) participation à la surveillance et à la riposte et vi) connaissances et attitudes à l'égard de la vaccination.

Pour les deux outils, des indicateurs sensibles à la SRMNIA-N et au genre ont été pris en compte. Dans l'optique d'intégrer des analyses à dimension infrarégionale, l'échantillonnage a été revu pour constituer une masse critique de population de sondage. Ces différents changements ont été introduits dans les deux outils paramétrés dans la plateforme par le gestionnaire de données du MSAS.

Par ailleurs, les faits majeurs qui ont marqué le contexte de l'évaluation sont : i) l'intégration de la vaccination contre la Covid-19 dans les services de routine et ii) la rétention des données au niveau des structures sanitaires publiques en raison d'un mot d'ordre de grève syndical.

1.2. OBJECTIFS

○ Objectif général

Réaliser une évaluation rapide de l'état de préparation des structures sanitaires de première ligne et la réactivité communautaire dans la perspective d'assurer la continuité des prestations de services et de faire face aux chocs externes.

○ Objectifs spécifiques

- Evaluer l'état de préparation des structures publiques de santé pour la continuité des services et la gestion des chocs externes ;
- Evaluer l'état de préparation des structures privées de santé pour la continuité des services et la gestion des chocs externes ;
- Evaluer les besoins, perceptions et demandes de la communauté ;
- Evaluer l'état de préparation des structures de santé à l'échelle régionale ;
- Formuler de recommandations d'amélioration des prestations des services de santé.

1.3. CADRE CONCEPTUEL DE L'ENQUÊTE

Atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU) requiert des systèmes de santé résilients utilisant les données nationales en temps réel pour suivre les avancements des réformes de santé engagées, répondre aux perturbations des services et documenter les adaptations pour répondre à l'évolution des besoins. Durant la pandémie de COVID- 19, le Fonds mondial de financement pour les femmes, les enfants et les adolescents (GFF), a appuyé les ministères de la Santé de 22 pays à revenu faible ou intermédiaire, dans leur initiative pour quantifier les perturbations des services de santé essentiels en proposant des analyses fréquentes et rapides. Cette démarche a démontré que la dégradation des services de santé essentiels a largement participé à l'impact global de la pandémie sur la mortalité et a freiné l'effort mondial de réduction de la mortalité infantile et maternelle. En parallèle à la pandémie de COVID- 19, d'autres événements, tels que l'instabilité politique, l'insécurité persistante, les grèves des agents de santé, ou les pénuries des chaînes d'approvisionnement, ont pu accentuer les perturbations des services. Bien que de nombreux pays ne sont plus dans une phase aigüe de la pandémie, ces événements demeurent une menace pour la prestation de services et les progrès vers la CSU.

Pour aider le Ministère de la Santé et de l'Action sociale à **générer les données adéquates pour suivre les perturbations actuelles et informer les politiques publiques à venir**, le Partenaire Technique et Financier (PTF) a soutenu la poursuite des activités de surveillance centrée sur les capacités de résilience du système de soins de santé et de la communauté.

Une composante majeure de ces activités est la mise en œuvre d'enquêtes téléphoniques auprès des formations sanitaires primaires de première ligne et de la communauté.

Un système d'échantillonnage est basé sur les propositions de l'OMS et de FASTR avec le calcul de la taille de l'échantillon revu à partir de l'intégration du secteur privé et la prise en compte de la représentativité régionale. Le schéma conceptuel s'appuie sur le système de santé et l'utilisation du modèle téléphonique de collecte de données quantitatives et qualitatives. Ce dispositif est mis en œuvre de façon séquentielle pour générer des données probantes devant éclairer les décisions et les pratiques d'amélioration du système de santé.

Sur la base du cadre conceptuel ci-dessus explicité, le modèle organisationnel adopté au Sénégal est ainsi décrit :

- Mise en place par note de service d'un comité de coordination nationale au sein du MSAS composé de différentes directions et services et les PTF pour assurer le pilotage de l'initiative ;
- Mise en place d'un groupe technique de travail pour l'organisation des différentes séquences de l'enquête téléphonique (construction de la base de sondage, sélection de l'échantillon, envoi des lettres circulaires, préparation et mise en œuvre effective de l'enquête, organisation des ateliers d'analyse, de partage et de validation ;
- Identification d'une structure nationale chargée d'administrer la mise en œuvre de l'enquête. Pour ce cas, la Division de la Recherche est désignée. Ce choix se justifie par l'optique de créer des conditions favorables à une internalisation réussie de ce système de surveillance rapide des capacités.

L'outil utilisé pour la collecte est aligné à celui portant sur l'évaluation harmonisée des établissements de santé (outil SDI, SARA, SPA). Il intègre également l'outil continuité des services de santé essentielle en période de Covid-19 (CEHS). Ledit outil est également sensible au genre, aux SSP et à la SRMNIA-N. L'administration de cet outil est faite par voie téléphonique de préférence tous les trois mois avec un niveau de validation d'au moins quatre contacts de trente minutes.

II. METHODOLOGIE

2.1. POPULATION D'ETUDE

Concernant la mise en œuvre de l'enquête, deux bases de sondage ont été constituées. Il s'agit de :

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

Pour chaque base de sondage, la taille de l'échantillon a été calculée à partir des indications de l'OMS et de FASTR. Un échantillon représentatif des formations sanitaires au niveau régional a été tiré aléatoirement parmi la liste des formations sanitaires primaires. Le nombre d'établissements publics et privés sélectionnés dans chaque région est de trente (30). Pour le volet communautaire, cinq (5) répondants ont été choisis par région. Des dispositions ont été prises pour programmer des structures et des répondants de remplacement.

○ Taille de l'échantillon et remplacement

Pour atteindre la taille minimale de l'échantillon des structures et répondants de remplacement ont été paramétrés dans la plateforme.

L'opérationnalisation de la collecte a été faite grâce à deux coordonnateurs, huit superviseurs, trente-deux enquêteurs, un consultant en gestion des données et un agent d'appui technique de la Banque mondiale.

Les enquêteurs ont utilisé le téléphone pour administrer le questionnaire et des tablettes et ordinateurs pour renseigner les fiches de collecte paramétrées dans la plateforme électronique KoboToolbox. La phase de collecte programmée pour une durée de quinze jours s'est prolongée de quelques jours à cause du refus de certains répondants respectant le mot d'ordre syndical de rétention des données. Les entretiens sont conçus pour durer entre 30 et 45 minutes. Les questionnaires ont été prétestés auprès de deux structures sanitaires et les résultats ont permis d'ajuster l'outil.

○ Évaluation continue sur le terrain

Pour préparer la collecte auprès des sources sélectionnées, une lettre circulaire a été adressée aux Directeurs Régionaux de la Santé (DRS) accompagnée de la liste des formations sanitaires et des répondants sélectionnés dans chaque région. Cette mesure a été déterminante pour créer l'adhésion des différents responsables du niveau opérationnel. Une semaine avant la date prévue de l'enquête, la formation sanitaire est contactée pour fixer une séance d'entretien avec le répondant qualifié pour renseigner la fiche de collecte.

Chaque enquêteur travaillait sous l'encadrement de son superviseur à qui il a transmis son journal d'appels qui synthétise les contacts obtenus pendant la journée. Les superviseurs ont fait la synthèse des fiches à transmettre au consultant et au gestionnaire de la base. Le consultant a fait un suivi régulier de la collecte et a rendu compte au comité technique de coordination à travers des sessions de présentation du niveau de réalisation de l'enquête.

L'administration technique de la base est assurée par le gestionnaire de données qui apporte un soutien aux enquêteurs dans la manipulation de la plateforme.

Les coordonnateurs, tout en assurant le suivi global de l'enquête ont apporté des appuis quant à la collaboration des responsables des structures de santé qui faisaient apparaître des hésitations pour répondre aux sollicitations des enquêteurs.

○ **Spot check**

Le spot check est un exercice de vérification rapide pour évaluer le niveau de concordance entre les données collectées avec l'enquête téléphonique et la vérification en présentiel dans les formations sanitaires des régions de Dakar et Thiès. Il est réalisé au même moment que l'enquête téléphonique et a consisté à interroger la même structure sanitaire en présentiel juste après le format téléphonique.

Ce procédé a deux objectifs principaux : i) évaluer le degré de concordance entre l'enquête téléphonique FASTR et les enquêtes « spot check » réalisées en présentiel et ii) améliorer l'outil d'enquête téléphonique pour les questions ayant une faible concordance afin d'améliorer la qualité des données collectées par téléphone

○ **Nettoyage des données, pondération et rapports**

Des vérifications continues des données ont été faites pour identifier : i) les questions avec peu ou pas de variation ; ii) les problèmes de qualité des données (sauts, valeurs aberrantes) ; iii) l'exhaustivité/la complétude des données ; iv) les enquêtes trop rapides et v) les manquements et le niveau de progression de l'enquête. Les résultats, de cette évaluation continue de la qualité des données de l'enquête, permettront d'informer la révision en cours du questionnaire.

Concernant les pondérations d'échantillonnage, son utilisation a permis de prendre en compte la différence entre la conception de l'enquête et l'échantillonnage aléatoire simple, et assurer que la contribution des établissements au total est proportionnelle à leur présence dans le pays.

À la fin de ce cycle de l'enquête, le Comité Technique de Coordination (CTC) a reçu une mise à jour des données descriptives de l'enquête pour procéder à l'analyse et à l'interprétation ayant généré les résultats présentés dans la partie « **résultats de l'étude.** »

2.2. CONSIDERATIONS ETHIQUES

La participation à cette enquête à l'étape actuelle du processus est volontaire. Ainsi, une lettre d'information sur les enjeux et les risques liés à la participation est adressée aux répondants.

En termes d'enjeu, la présente enquête devrait déboucher sur la validation d'un outil contributif à un système de surveillance des capacités des services de première ligne.

En termes de risque, un entretien peut générer des données à caractère personnel et des informations dont l'imputabilité pourrait être mal jugée par un tiers. Ainsi, pour réduire ce risque de rupture de confidentialité et asseoir l'éthique de responsabilité, chaque répondant a reçu des informations complètes et intelligibles sur l'enquête pour décider de participer à l'enquête en toutes connaissances de cause et de façon libre. Un système d'anonymisation a été mis en place pour rompre toute possibilité de lier les données à caractère personnel aux répondants.

2.3. DIFFICULTES RENCONTREES ET SOLUTIONS APPORTEES

Au cours de cette troisième phase, des difficultés ont été notées parmi lesquelles on peut citer :

- Certaines structures de la base de données non fonctionnelles ;
- Refus de certains répondants ;

- Numéros de téléphone non fonctionnels ;
- Non disponibilité du répondant à programmer la séance d'entrevue ;
- Non paramétrage de certaines structures de remplacement ;
- Quelques défaillances notées dans la supervision ;
- Abandons d'enquêteurs ;
- Retard dans le paiement des enquêteurs ;
- Mobilité du personnel de santé.

Pour atténuer leur impact dans la mise en œuvre du processus, des ajustements ont été régulièrement opérés dans l'échantillon pour remplacer les structures non fonctionnelles. Pour le cas des numéros non fonctionnels, les directions responsables des structures ciblées ont apporté leur concours pour obtenir le bon contact. L'équipe de coordination technique a procédé à des réaménagements dans la supervision et au remplacement des enquêteurs démissionnaires.

En ce qui concerne la collaboration des points focaux des structures, l'équipe de coordination a utilisé ses contacts dans les directions et au niveau régional pour négocier avec les responsables des structures devant faciliter le travail des agents de collecte.

Concernant les structures de remplacement non paramétrées dans la base, les données ont été enregistrées au nom de celles qui sont paramétrées avec comme observation de procéder à l'affectation des données à la bonne source lors du toilettage de la base.

Pour le retard dans le paiement des enquêteurs, des discussions ont été menées avec les responsables de la comptabilité pour une meilleure diligence dans le traitement de ce problème. Toutefois, ce dysfonctionnement a eu un effet négatif dans le respect du calendrier de collecte. Il faut à ce niveau saluer l'engagement et la compréhension des enquêteurs qui ont accepté de continuer le travail malgré le non-respect des termes du contrat par le service de comptabilité du PTF.

Pour parer à la mobilité du personnel, en plus de la révision de la base de données, il est recommandé autant que possible de donner des numéros de téléphone institutionnels

2.4. CONTRAINTES ET LIMITES DE L'ENQUÊTE

La réussite de cette enquête requiert la disponibilité et l'accessibilité des données au niveau des structures. Malheureusement la persistance de la grève des syndicats avec la rétention des données constitue une contrainte majeure pour réaliser dans le temps l'étape de la collecte.

Le format de l'enquête basé sur l'appel téléphonique fait que la conversation ne peut pas dépasser trente (30) minutes de façon continue. Ainsi, il devient nécessaire de limiter les questions et donc d'exclure des variables. Cela crée ainsi des limites en termes de surveillance pouvant générer des données afin d'éclairer les décisions et les pratiques.

III. RESULTATS DE L'ETUDE

La méthodologie utilisée durant cette troisième phase de l'enquête a permis de renseigner les indicateurs traceurs de la gestion des structures de santé publiques et privées et de l'évaluation des besoins, perceptions et demandes des communautés. Les résultats de ces différents volets sont présentés dans les chapitres qui suivent.

3.1. ETAT DE PREPARATION DES STRUCTURES SANITAIRES

3.1.1. Identification et description des structures sanitaires

Dans cette partie, les informations d'identification relatives aux structures enquêtées seront abordées.

3.1.1.1. Répartition géographique des formations sanitaires au niveau national

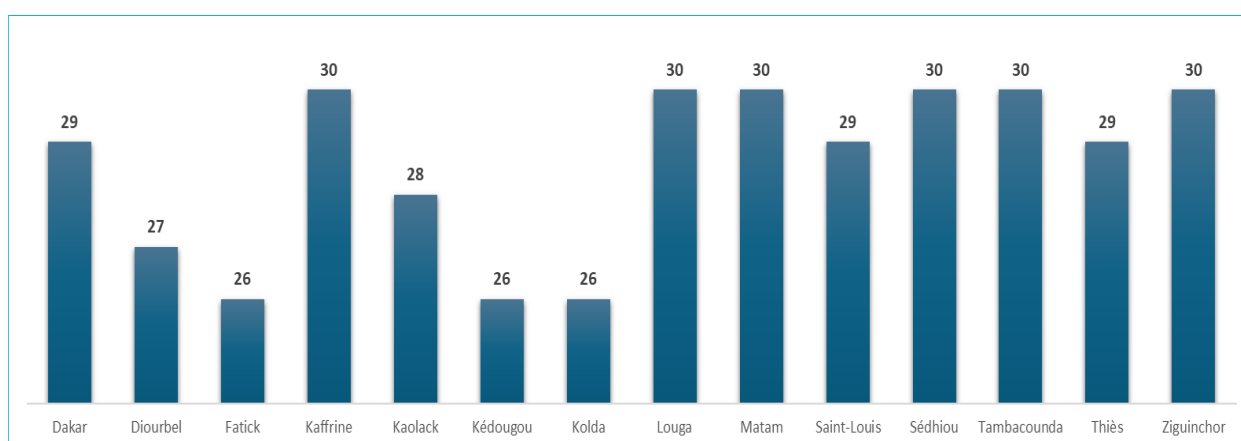


Figure 1 : Répartition géographique des formations sanitaires

L'échantillonnage était basé sur une option de représentativité régionale avec un nombre de structures prévu de 30. Ainsi, l'évaluation de l'enquête a montré que dans 6 régions le nombre a été atteint, dans 3 régions, on est à 29 structures et le reste des régions ont entre 26 et 28 formations sanitaires.

3.1.1.2. Localisation géographique des formations sanitaires

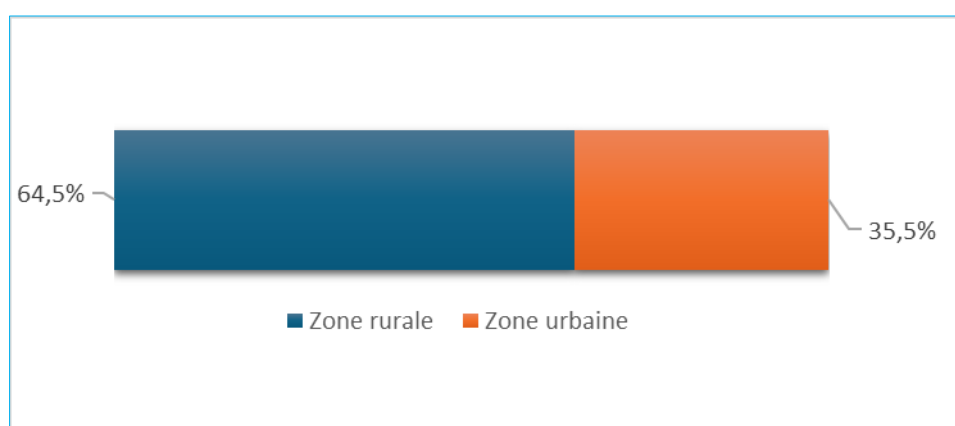


Figure 2 : Localisation géographique des formations sanitaires

La répartition selon la localisation géographique montre que 64,5% des formations sanitaires enquêtées se trouvent en zone rurale et 35,5% en zone urbaine.

3.1.1.3. Type de formations sanitaires

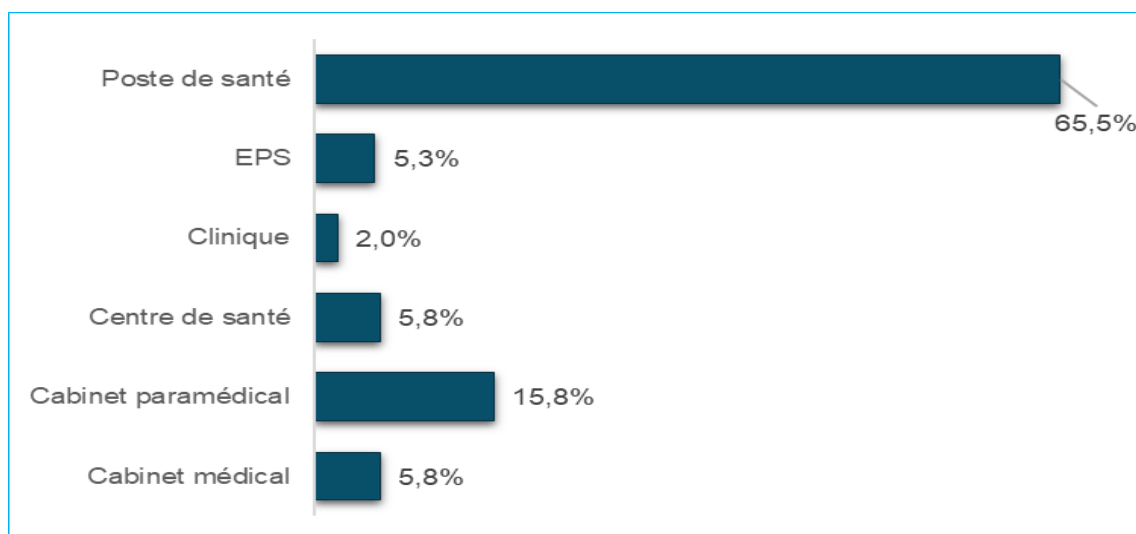


Figure 3 : Type des formations sanitaires

Les données du graphique montrent que la majorité des formations sanitaires (65,5%) est représentée par les postes de santé suivie par les cabinets paramédicaux avec 15,8%, médicaux 5,8% et centres de santé 5,8%.

3.1.1.4. Autorité administrant la formation sanitaire

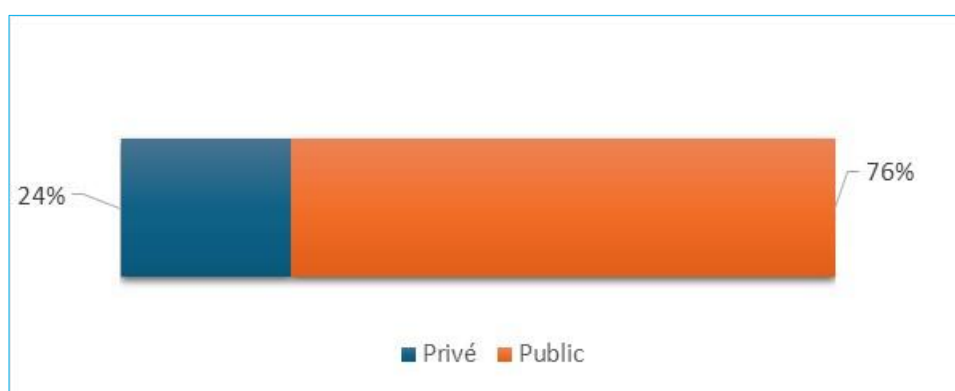


Figure 4 : Autorité administrant la formation sanitaire

Les résultats montrent que 76% des autorités administrant les formations sanitaires sont du public contre 24% du secteur privé.

3.1.1.5. Sexe des responsables des formations sanitaires interrogés

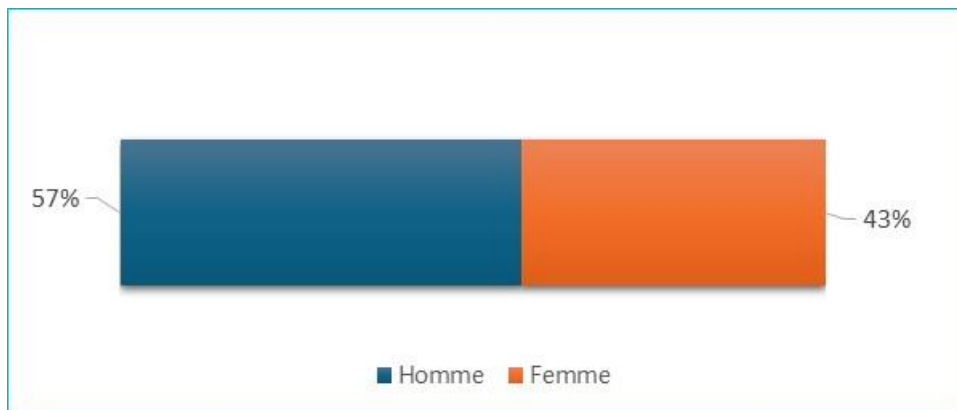


Figure 5 : Répartition par sexe des répondants

Les résultats montrent que 57% des prestataires enquêtés sont de sexe masculin contre 43% de féminin.

3.1.2. Chocs externes : événements inhabituels ayant affecté les communautés desservies

Dans cette partie, ce sont les événements inhabituels et leurs impacts sur les services de santé qui sont abordés.

3.1.2.1. Nature des chocs externes ayant affecté les communautés desservies

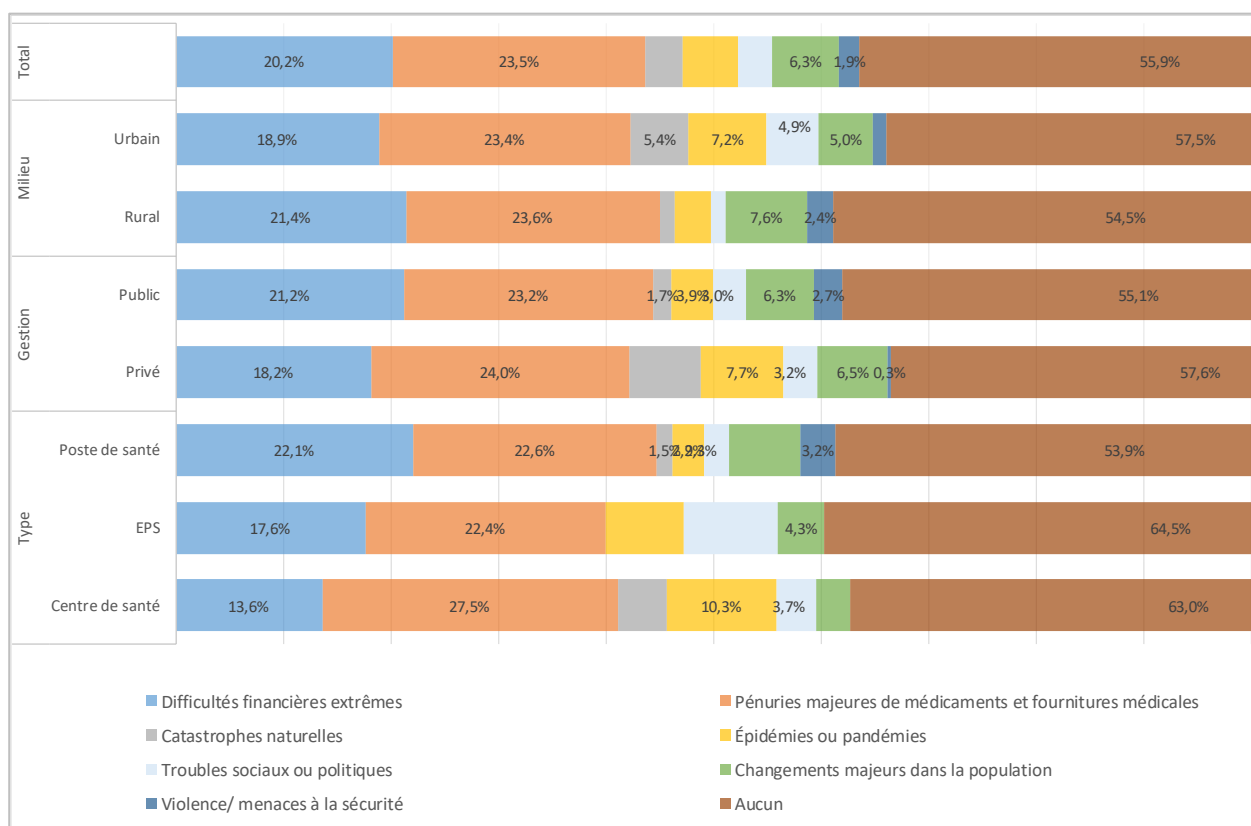


Figure 6 : Nature des chocs externes ayant affecté les communautés desservies au cours des trois derniers mois précédents l'enquête

L'enquête révèle que 55,9% estiment qu'aucun choc externe n'a eu à affecter les communautés. Par contre pour les pénuries majeures de médicaments et fournitures médicales (23,5%) et les difficultés financières extrêmes (20,2%), les communautés ont ressenti le choc.

Les *difficultés financières extrêmes* ont plus affecté le milieu rural avec 21,4%. Par contre, le choc sur les *pénuries en médicaments et fournitures médicales* est plus accentué dans les centres de santé.

Cette situation s'expliquerait par la fonction essentielle du médicament et des fournitures médicales dans l'offre de soins de qualité. L'accessibilité financière étant une condition sine qua none pour recevoir le service, son absence même temporaire affecte l'utilisateur du système.

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

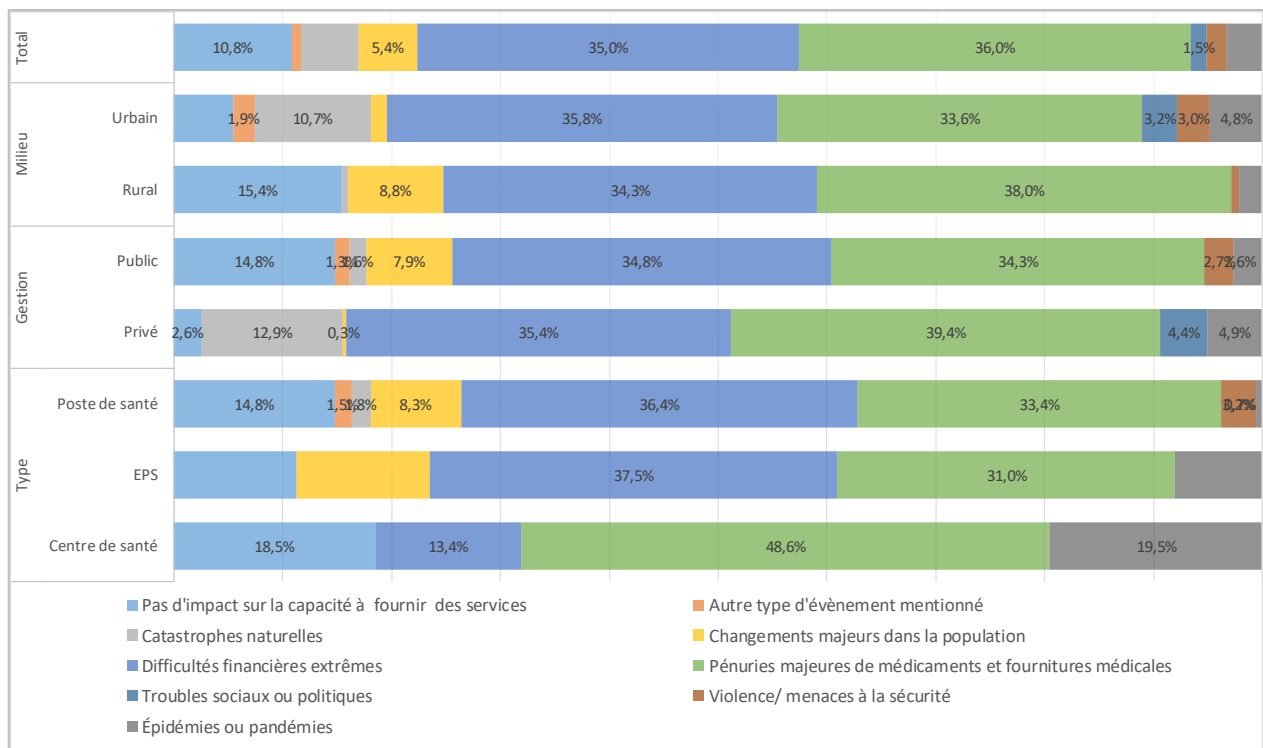


Figure 7 : Événement ayant le plus d'impact sur la capacité d'assurer la continuité des services de santé et leur durée

L'enquête révèle que les événements qui ont le plus impacté à la continuité des services sont les pénuries majeures et fournitures de médicales (36,0%) suivi des difficultés financières extrêmes (35%).

Au regard de ce qui précède, les événements qui ont un impact significatif sur la continuité des services sont les mêmes que ceux qui affectent les communautés desservies. En effet, ces deux variables constituent des facteurs importants de qualité dans l'organisation et distribution des soins.

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

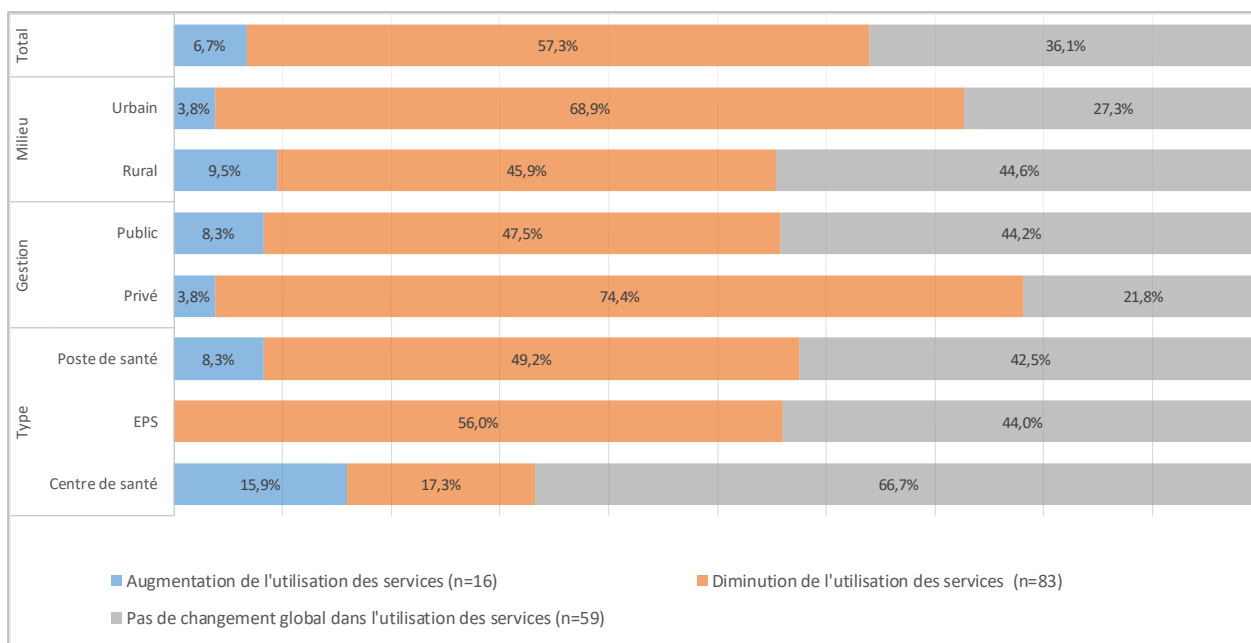


Figure 8 : Impact de ces événements sur la fréquentation des services de santé

L'enquête montre que les événements évoqués ci-dessus ont eu un impact en termes de diminution de l'utilisation des services de l'ordre de 57,3%. Par contre, 36,1% des structures de santé n'ont pas eu de changement. Toutefois, il a été noté une faible augmentation dans l'utilisation des services (6,7%).

Ce phénomène de diminution de l'utilisation des services est beaucoup plus accentué en milieu urbain qu'en milieu rural avec respectivement 68,9% et 45,9%. Selon l'autorité de gestion, une diminution de l'utilisation des services est plus élevée dans le secteur privé que public. Pour ce qui est du type de formation, les deux tiers de centres de santé n'ont pas connu de changement.

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

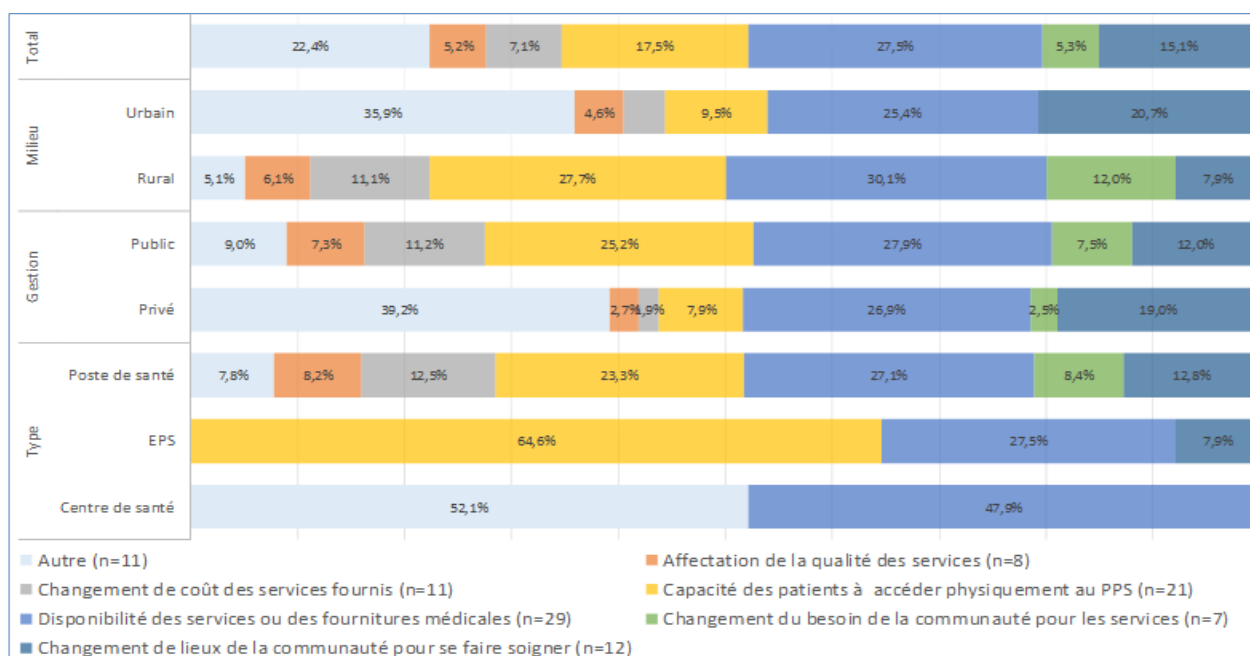


Figure 9 : Raison principale pour laquelle les événements ont affecté la fréquentation des services de santé

L'enquête montre que les principales raisons évoquées pour lesquelles les événements ont affecté la fréquentation des services de santé sont : le *changement de lieux de la communauté pour se faire soigner* (15,1%), la *disponibilité des services ou des fournitures médicales* (27,5%) et la *capacité des patients à accéder physiquement au points de prestations de services* (PPS) (17,5%).

Selon la zone d'implantation, la *disponibilité des services ou des fournitures médicales*, est la principale raison évoquée pour 30,1% des répondants en milieu urbain contre 25,4% en zone rurale. Par rapport au mode de gestion, c'est la même raison qui est avancée avec 27,9% dans les structures publiques contre 26,9% pour le privé.

Par ailleurs, on note *d'autres raisons* non précisées données par les répondants des structures urbaines (35,9%), pour le privé (39,2%) et des centres de santé (52,1%).

3.1.3. Services offerts

Dans cette partie, l'accent est mis sur les particularités liées aux services de soins offerts et les défis.

3.1.3.1. Nature et disponibilité de l'offre de services

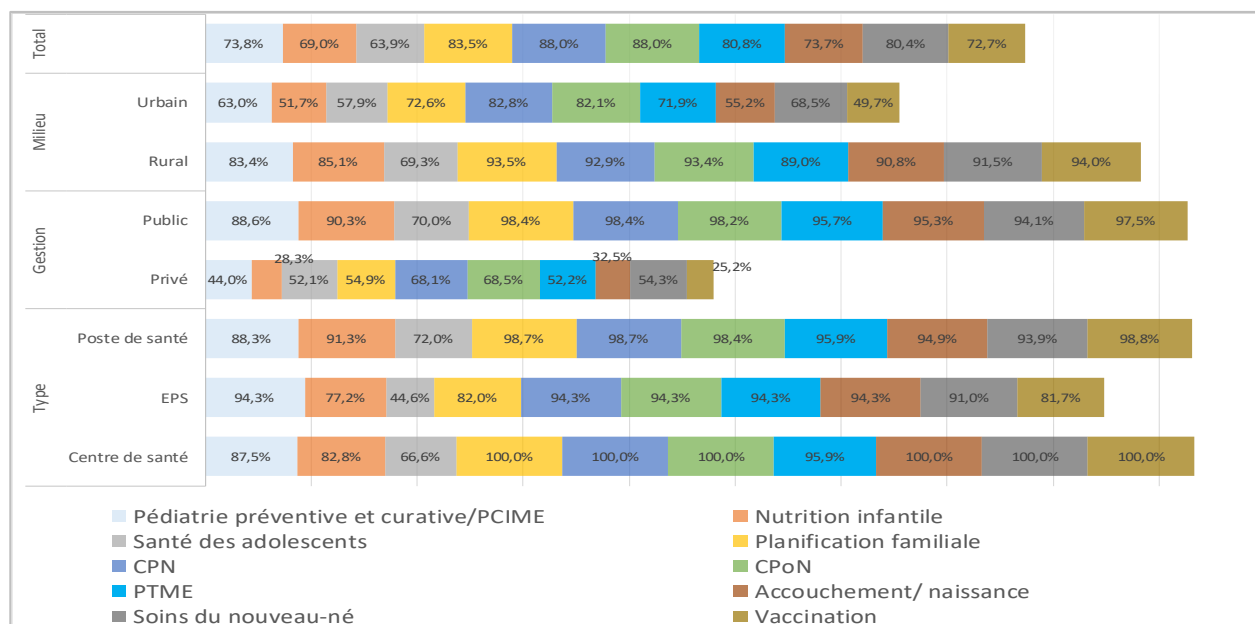


Figure 10 : Disponibilité de l'offre de services SRMNIA-N

Les résultats montrent que la disponibilité des services SRMNIA-N est assez bonne dans le pays, en l'occurrence, les CPN et les CPoN avec une couverture globale de 88% pour chacune, les PTME et les soins du nouveau-né, respectivement 80,8% et 80,4%. Par contre, l'offre de services sur la santé des adolescents (63,9%) et la vaccination (72,7%) reste la moins disponible. Au niveau urbain, ce sont les services sur la vaccination (49,7%) et la nutrition infantile (51,7%) qui sont les moins réguliers.

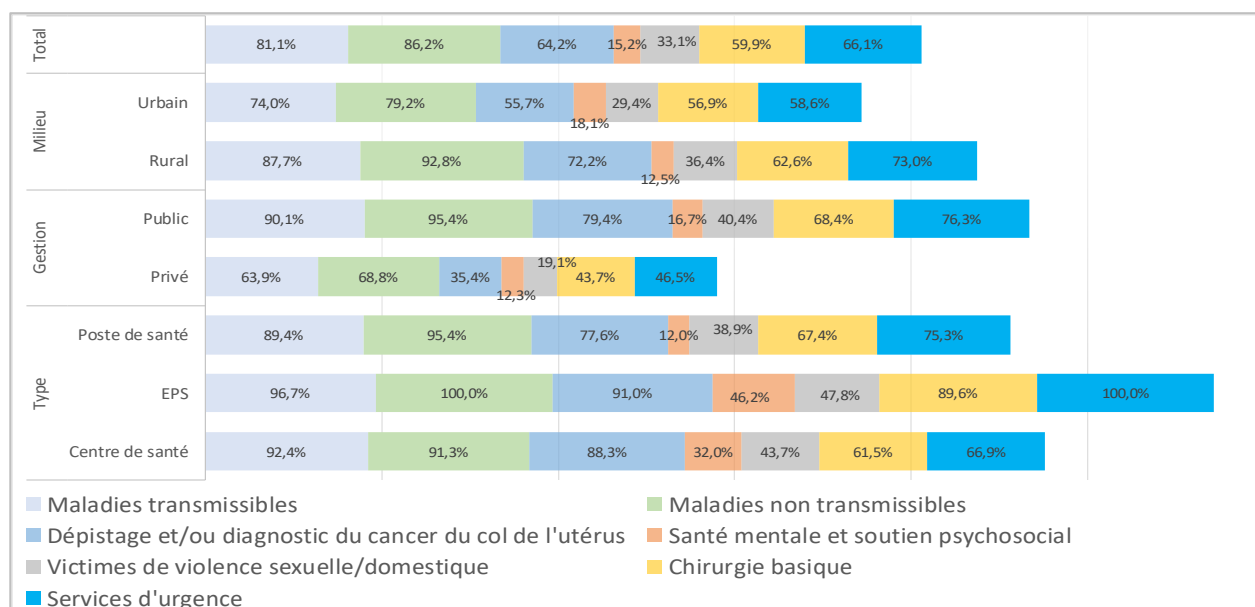


Figure 11 : Disponibilité de l'offre des autres services

Concernant les autres services, l'offre sur la santé mentale est la moins fournie au niveau national avec seulement 15,2%. Cette situation se retrouve partout, qu'il s'agisse des formations urbaines que rurales, du public ou privé et quel que soit le type de structure ; sauf que le service est bien présent dans les EPS avec 46,2%.

3.1.3.2. Nombre moyen de jours par semaine de fourniture de services

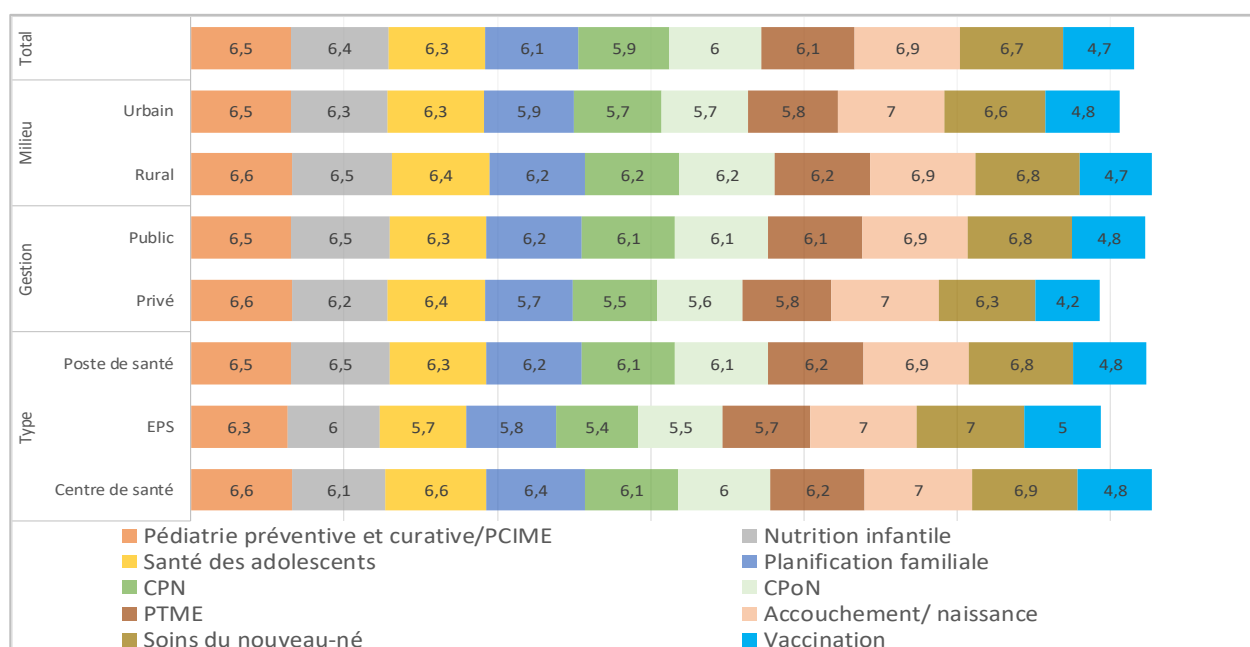


Figure 12 : Nombre moyen de jours par semaine de fourniture des services SRMNIA-N

Le nombre moyen de jours par semaine de fourniture des services SRMNIA-N reste généralement élevé avec une variation entre 6 et 7 jours dans les formations sanitaires. Néanmoins, pour la vaccination, le service n'est disponible, au plus, que 5 jours, qu'il s'agisse du milieu urbain ou rural, du public ou du privé.

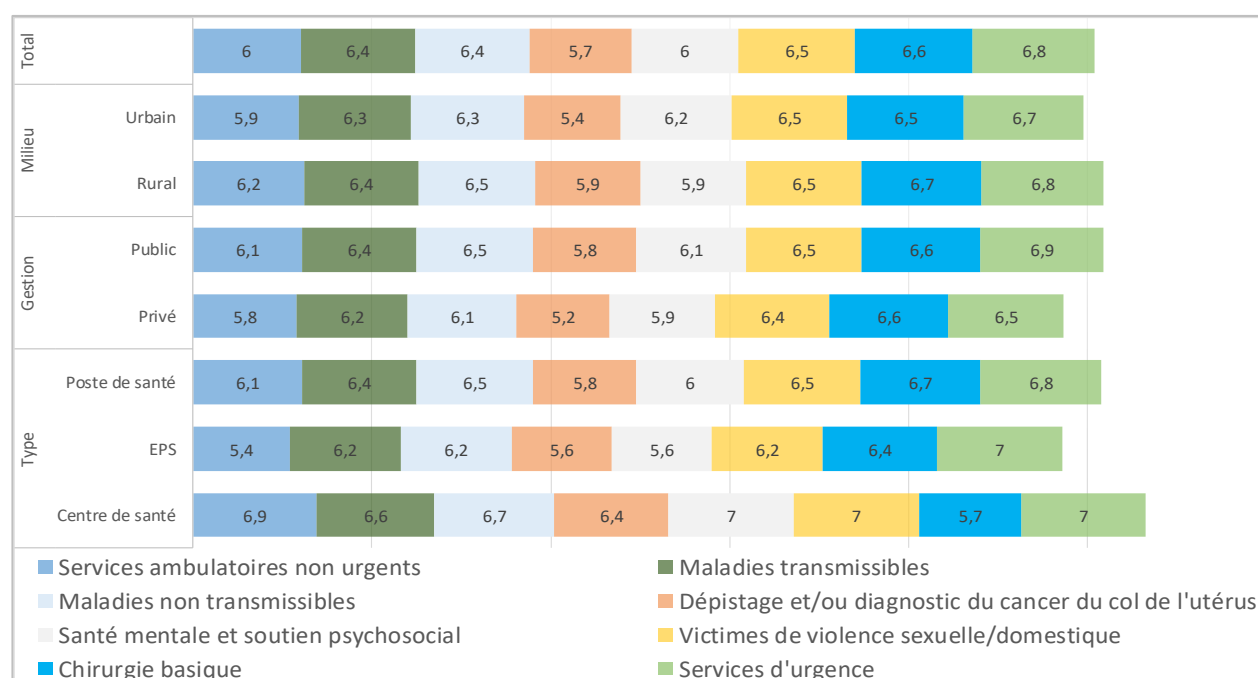


Figure 13 : Nombre moyen de jours par semaine de fourniture des autres services

Pour les autres services, la disponibilité reste bonne au niveau national, aussi bien dans les structures urbaines que rurales mais également dans le public et le privé.

3.1.3.3. Nombre moyen d'heures par jour de fourniture du service

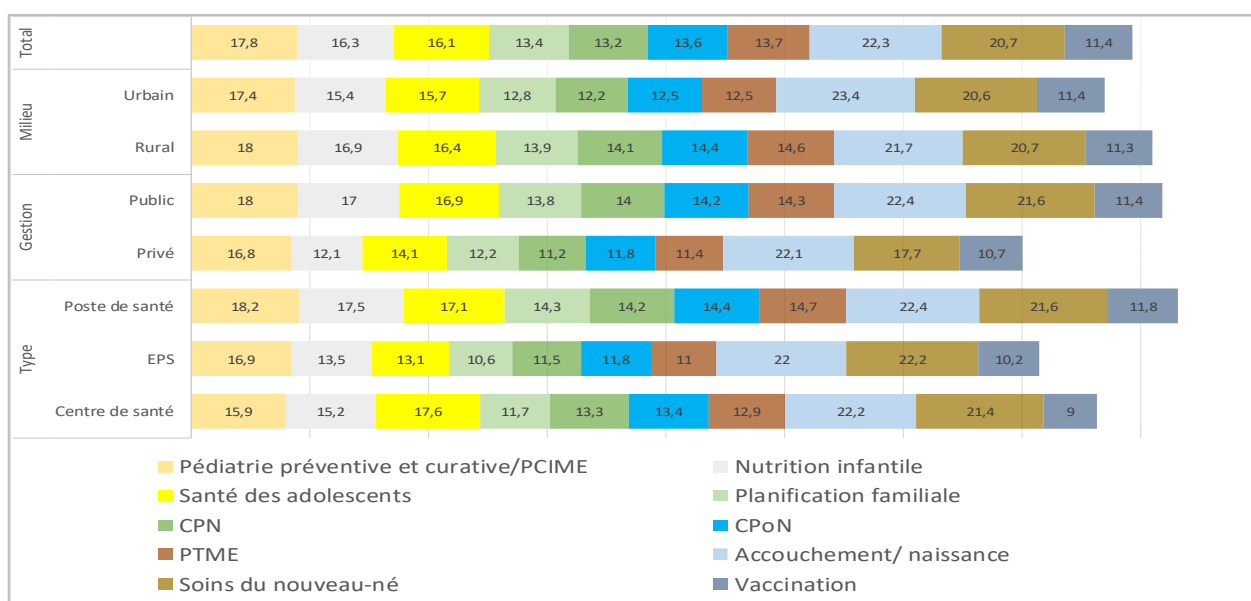


Figure 14 : Nombre moyen d'heures par jour de fourniture des services SRMNIA-N

Le nombre moyen d'heures par jour de fourniture de services SRMNIA-N est au minimum à 11,4h pour la vaccination et au maximum à 22,3h pour les accouchements. La vaccination reste l'offre de services la moins disponible au niveau national et quel que soit le milieu d'implantation et le mode de gestion. Par rapport au type de formation, les centres de santé présentent moins d'heures de disponibilité (9h).

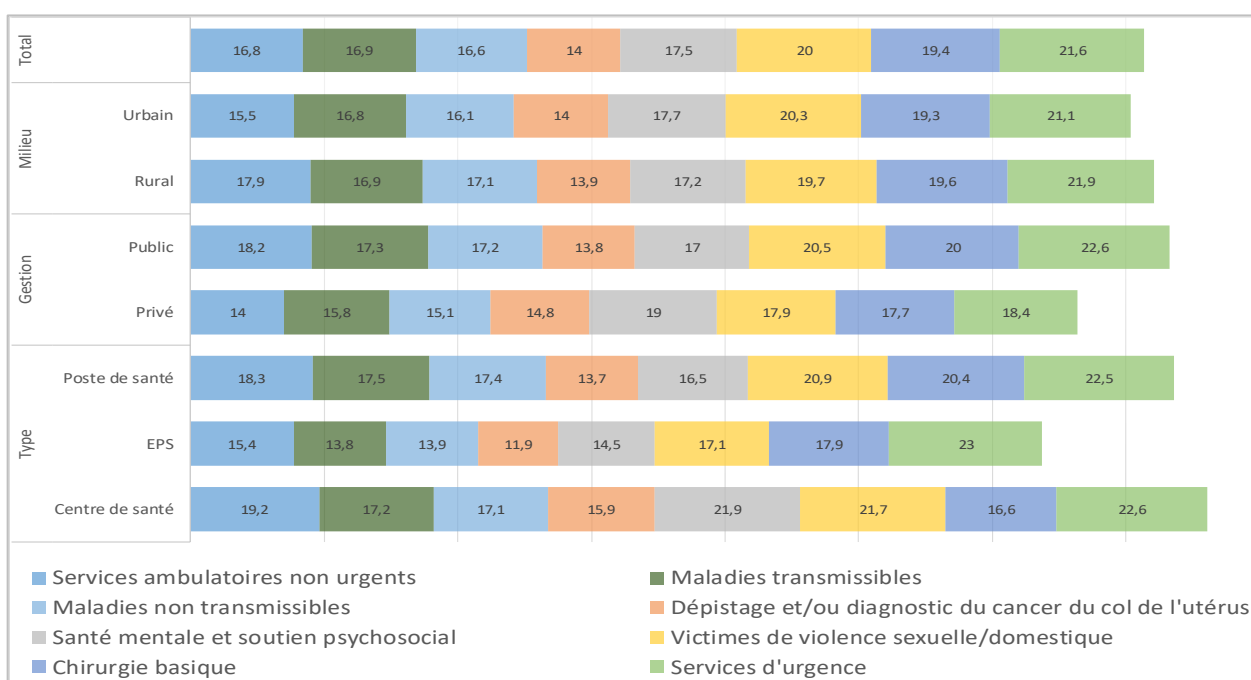


Figure 15 : Nombre moyen d'heures par jour de fourniture des autres services

Pour les autres services, le nombre moyen varie de 11,9h pour le dépistage du cancer du col de l'utérus à 23h pour les urgences dans les EPS. En outre, le nombre d'heures reste élevé pour l'ensemble des autres services, dans le rural/urbain et dans le privé comme le public.

3.1.3.4. Défi de l'infrastructure pour la fourniture des services

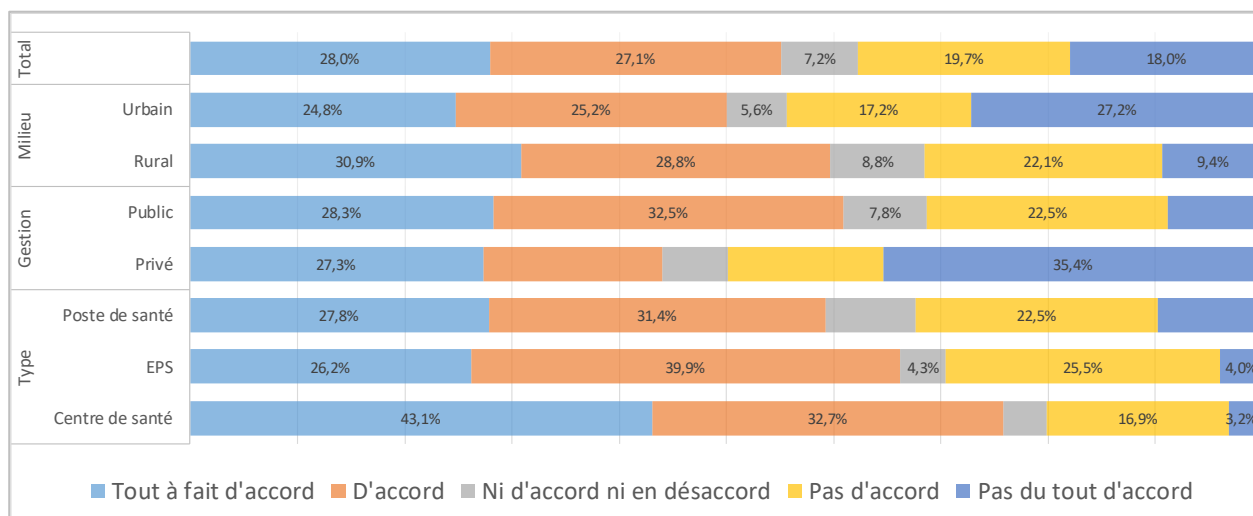


Figure 16 : Défi de l'infrastructure pour la fourniture des services

Selon les résultats au niveau national, l'infrastructure constitue un défi pour la fourniture de services pour 28% des répondants qui sont « *tout à fait d'accord* » et 27,1% qui sont « *d'accord* ». Toutefois, on constate que 18% ne sont « *pas du tout d'accord* » et 19,7% « *pas d'accord*. » Au niveau rural, 30,9% sont « *tout à fait d'accord* » contre 9,4% « *pas du tout d'accord*. » En tenant compte du mode de gestion, l'infrastructure ne semble pas être un défi dans le privé avec 35,4% qui ne sont « *pas du tout d'accord*. » Pour le type de structure, on constate que dans les centres de santé, l'infrastructure est un véritable défi pour la fourniture de services avec 43,1% de « *tout à fait d'accord* » et 32,7% de « *d'accord*. »

3.1.3.5. Défi des ressources humaines pour la fourniture des services

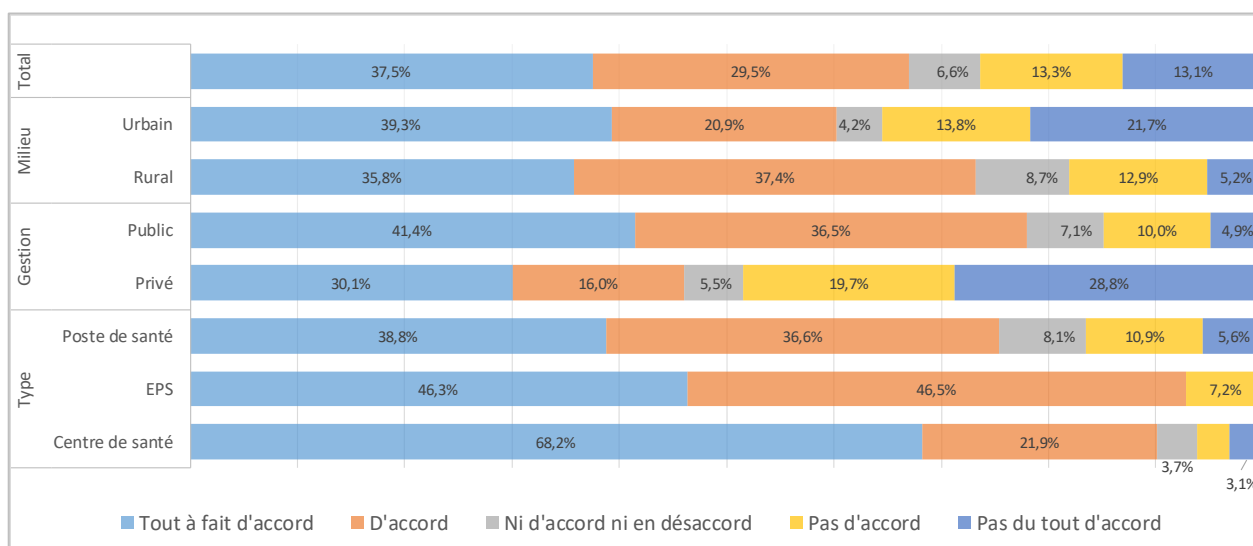


Figure 17 : Défi des ressources humaines pour la fourniture des services

Les ressources humaines restent un défi important au niveau national avec 37,5% de réponses « *tout à fait d'accord* » et 29,5% de « *d'accord*. » Cette tendance se confirme dans les structures urbaines avec respectivement 39,3% et 20,9% et publiques avec 41,4% et 36,5%.

Selon le type, les centres de santé semblent avoir plus de défis à relever avec 68,2% des répondants qui sont « *tout à fait d'accord* » et 21,9% de « *d'accord*. »

3.1.3.6. Défi de l'engagement et l'adhésion de la communauté constituée pour la fourniture des service

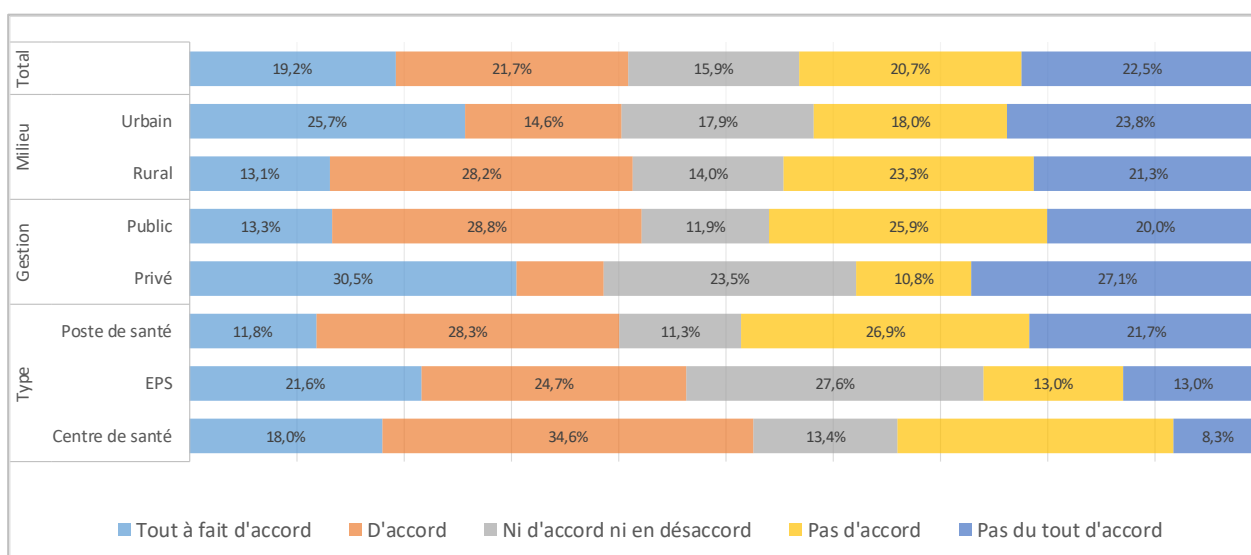


Figure 18: Défi de l'engagement et de l'adhésion de la communauté pour la fourniture des services

Concernant l'engagement et l'adhésion de la communauté, 22,5% des répondants pensent que cela ne constitue pas un défi « *pas du tout d'accord* » et 20,7% ne sont pas non plus « *pas d'accord*. » Cette tendance se confirme au niveau urbain avec 23,8% « *pas du tout d'accord*. » Néanmoins, 25,7% sont « *tout à fait d'accord* » que c'est un véritable défi comme c'est le cas pour le privé avec 30,5% et dans les EPS pour 21,6%.

3.1.3.7. Défi de la prévention des infections et l'assainissement pour la fourniture des services

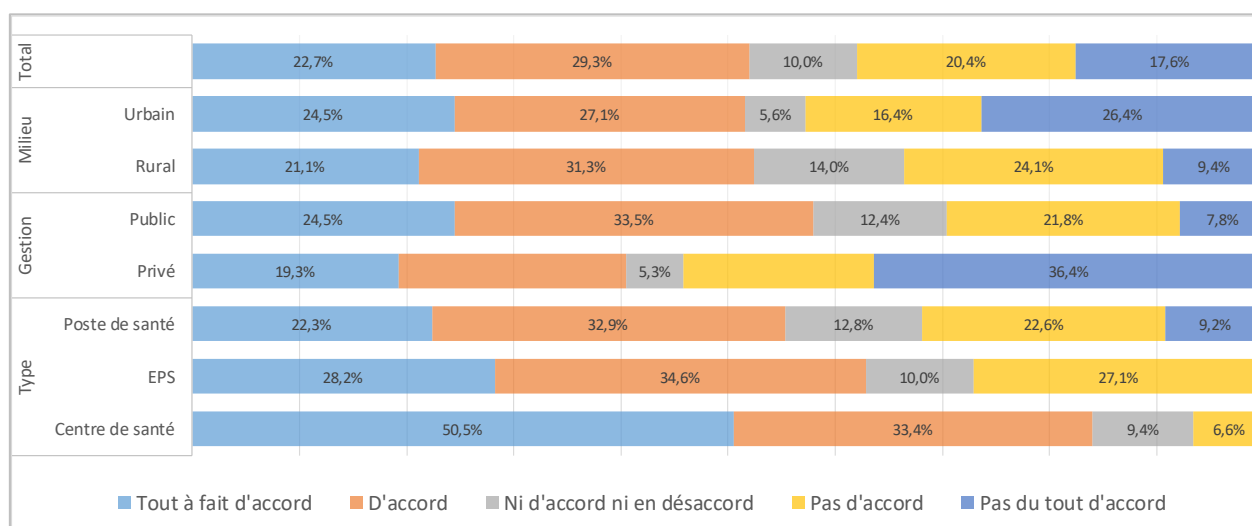


Figure 19 : Défi de la prévention des infections et de l'assainissement pour la continuité des services

Les résultats révèlent que la prévention des infections et de l'assainissement constituent un défi, au niveau national, pour 22,7% de « *tout à fait d'accord* » et 29,3% qui sont « *d'accord*. »

Selon le lieu d'implantation, il apparaît que dans les structures urbaines, cela ne constitue pas un défi pour 26,4% des répondants. De même, dans le privé, les réponses montrent que dans 36,4% des cas, ce n'est pas un défi, contrairement dans les centres de santé où 50,5% des répondants pensent que c'est un vrai défi.

3.1.3.8. Défi du transport des patients depuis ou vers cette structure pour la fourniture des services

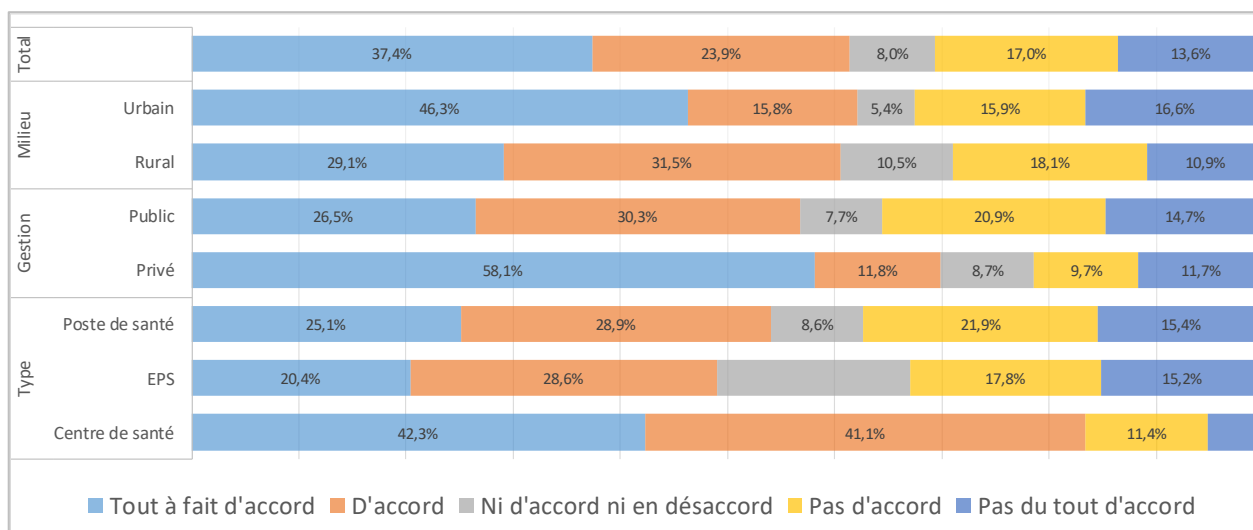


Figure 20 : Défi du transport des patients dans la fourniture des services

Concernant le transport des patients au niveau national, les répondants estiment que c'est un défi dans 37,4% des cas qui sont « *tout à fait d'accord*. » Cette tendance se confirme davantage dans les structures urbaines (46,3%) que rurales (29,1%). Selon le mode gestion, les résultats montrent que dans le privé (58,1%) le transport de patients depuis ou vers la formation sanitaire est un véritable défi. La même tendance se retrouve dans les centres de santé dont les réponses sont « *tout à fait d'accord* » (42,3%) et « *d'accord* » (41,1%).

3.1.3.9. Défi du financement pour la fourniture des services

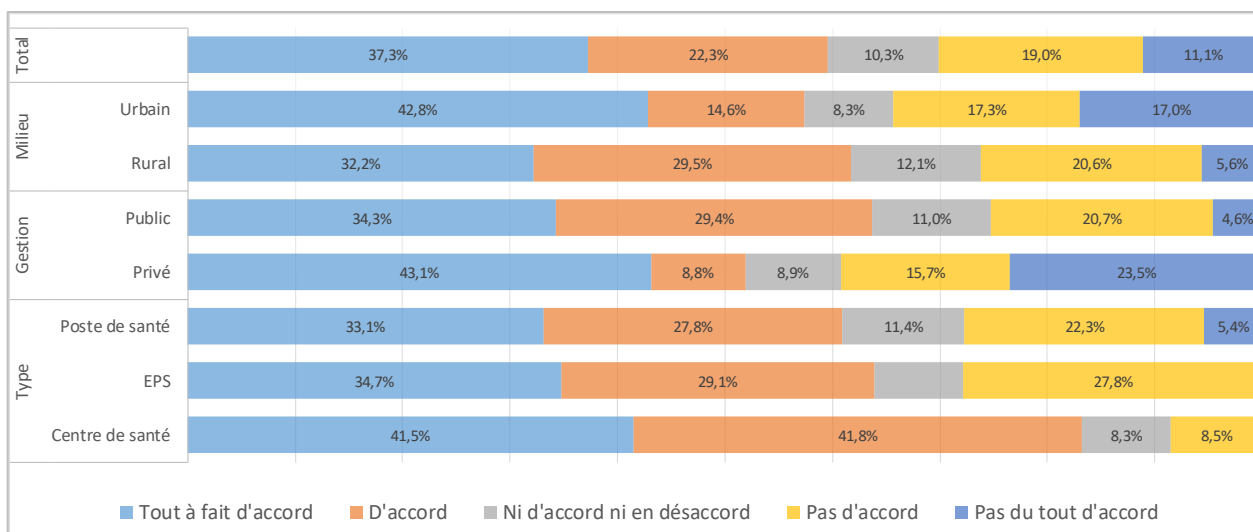


Figure 21 : Défi du financement dans la fourniture des services

D'une manière générale, le financement constitue un défi au niveau national avec 37,3% de « *tout à fait d'accord* » et 22,3% de « *d'accord.* » Selon le lieu d'implantation, du mode de gestion et du type de formations sanitaires, la tendance reste la même ; respectivement le financement est un défi pour 42,8% et 14,6% pour les structures urbaines, pour 43,1% et 8,9% pour le privé et 41,5% et 41,8% pour les centres de santé.

3.1.3.10. Défi des fournitures et équipements médicaux pour la fourniture des services

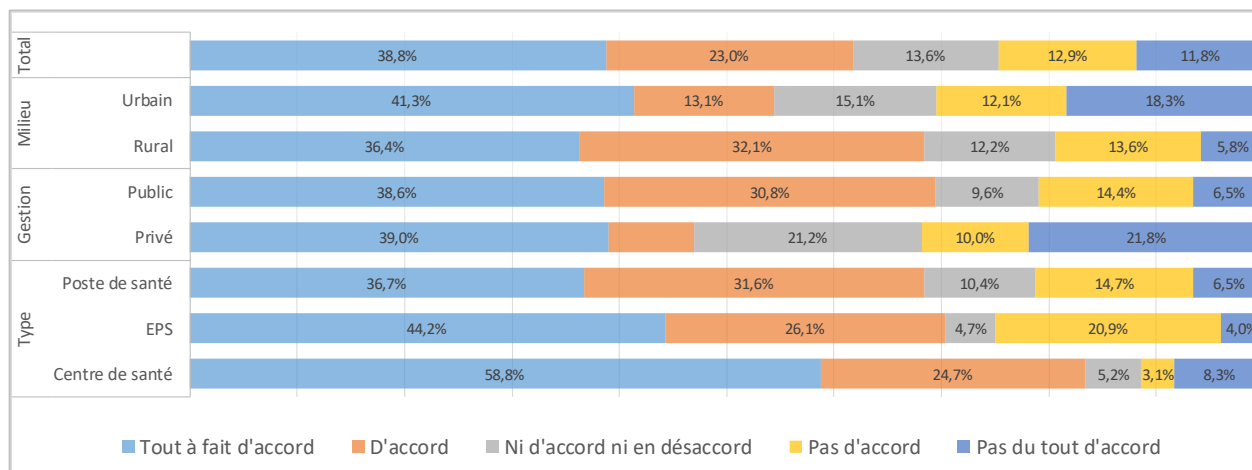


Figure 22 : Défi des équipements médicaux dans la fourniture des services

Au niveau national, les fournitures et équipements médicaux constituent un défi quant à la fourniture des services dans 38,8% des structures avec une réponse « *tout à fait d'accord* » et 23% de « *d'accord.* » Respectivement les mêmes constats se dégagent en milieu rural qu'urbain avec 36,4% et 32,1% et dans le public que le privé avec 38,6% et 30,8%. Par rapport au type des formations, c'est dans les centres de santé où les défis sont jugés énormes avec 58,8% de « *tout à fait d'accord* » et 24,7% de « *d'accord* », soit un total de 83,5%.

3.1.3.11. Défi de la qualité des soins pour la fourniture des services

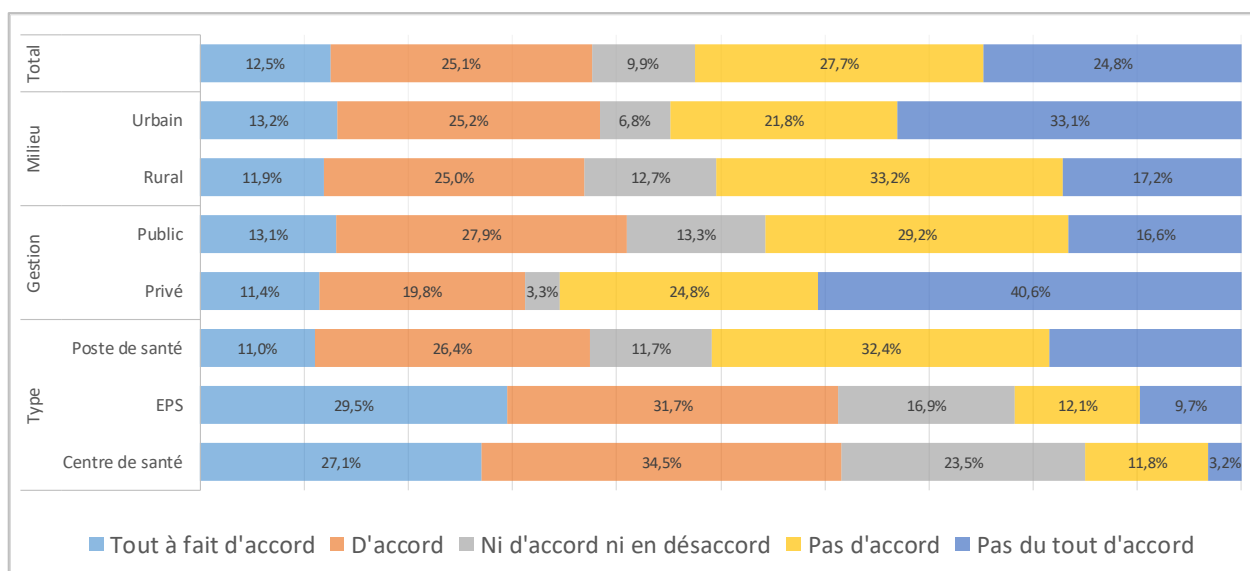


Figure 23 : Défi de la qualité des soins pour la fourniture des services

En ce qui concerne la qualité des soins, il ressort des résultats que globalement les répondants estiment que ce n'est pas un défi pour la fourniture de services avec 24,8% de « *pas du tout d'accord* » et 27,7% de « *pas d'accord* », soit un total de 52,5%. Cette même tendance se confirme selon le lien d'implantation avec en milieu urbain, respectivement 33,1% et 21,8%. Selon le mode de gestion, c'est dans le privé où cela n'est pas considéré comme un vrai défi avec 40,6% qui ne sont « *pas du tout d'accord* » et 24,8% pas « *d'accord*. »

3.1.3.12. Défi de la communication et la coordination avec les autorités supérieures pour la fourniture des services

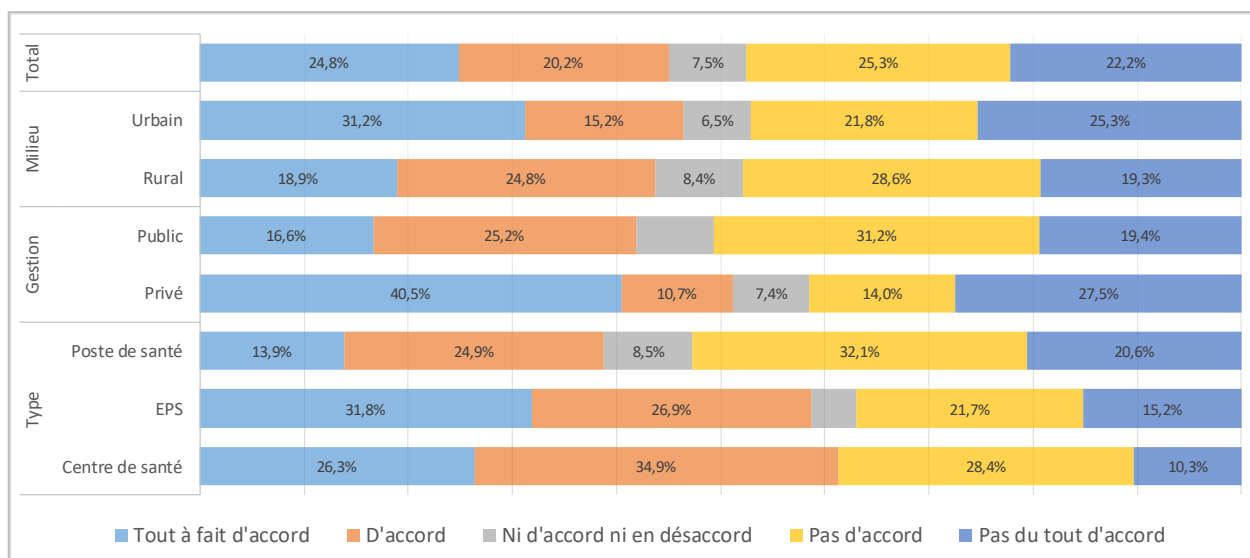


Figure 24 : Défi de la communication et de la coordination avec les autorités supérieures pour la fourniture des services

Il ressort des résultats de l'enquête, qu'au niveau national, la communication et la coordination avec les autorités supérieures sont un défi pour la fourniture de services pour 24,8% et 20,2%, soit « *tout à fait d'accord* » et « *d'accord*. » Ce défi est plus accentué en milieu urbain (31,2%) qu'en rural (18,9%), dans le privé (40,5%) que dans le public avec 16,6%. Pour le type de structures, les EPS présentent un défi de l'ordre de 31,8% contre 13,9% pour les postes de santé et 26,3% pour les centres de santé.

3.1.4. Disponibilité et qualité des infrastructures

Cette partie traite les aspects liés à la disponibilité et à la qualité des infrastructures.

3.1.4.1. Principale source d'approvisionnement en eau

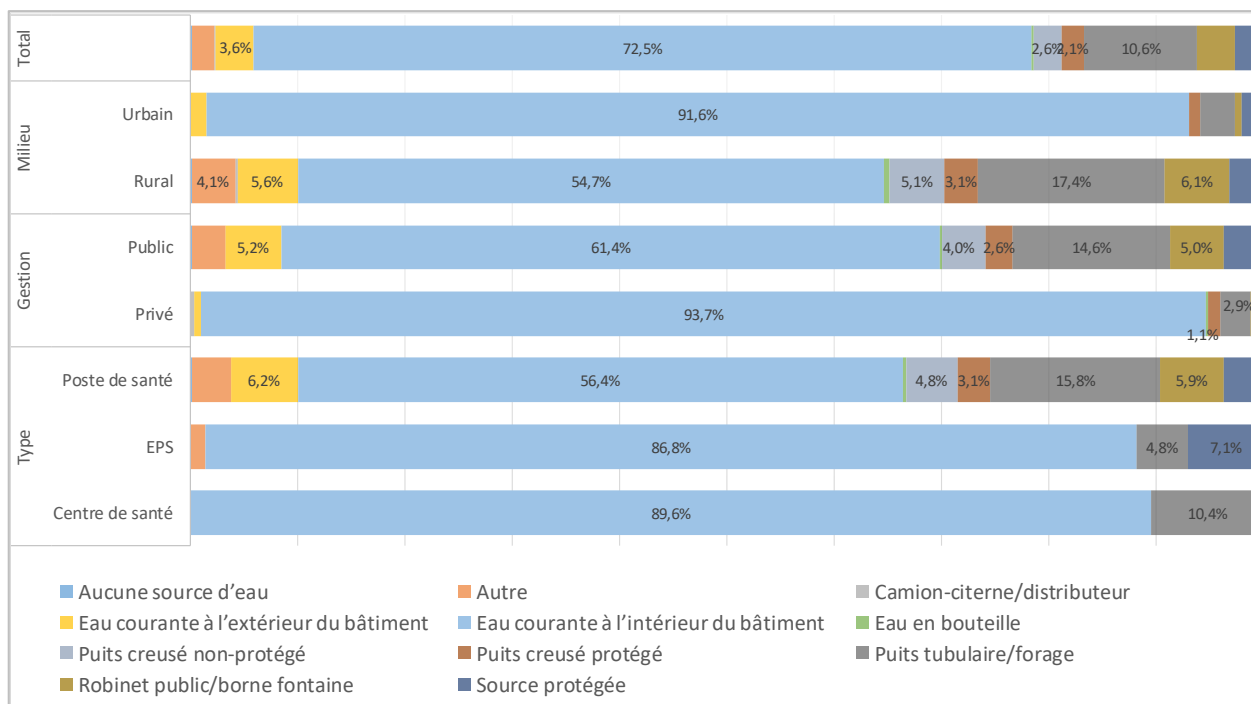


Figure 25 : Principale source d'approvisionnement en eau

L'enquête révèle que 72,5 % des structures de santé disposent d'eau courante à l'intérieur des bâtiments. Le reste (27,5%) continue de s'approvisionner à partir de sources situées à l'extérieur avec des niveaux de sécurité variable. Si l'on se réfère au rôle central de l'eau dans l'implémentation d'une hygiène individuelle et collective au sein d'une formation sanitaire, il urge de mettre en place un programme d'appui pour un approvisionnement en eau potable et sécurisée.

En zone urbaine, l'eau courante à l'intérieur du bâtiment reste la principale source d'approvisionnement (91,6%), tandis qu'en zone rurale, on note une diversité des sources : eau courante à l'intérieur du bâtiment (54,7%), puits tubulaire/forage (17,4%) et robinet public/borne fontaine (6,1%).

Aussi bien dans le public que dans le privé, l'eau courante à l'intérieur du bâtiment est la principale source d'approvisionnement en eau, avec respectivement 61,4% et 93,7%.

Dans tous les types de structures sanitaires, l'eau courante à l'intérieur du bâtiment est la principale source d'approvisionnement, avec des taux qui varient de 56,4% pour les postes de santé à 89,6% pour les centres de santé. Toutefois des sources d'approvisionnement en eau avec des niveaux de sécurités variables continuent d'être utilisées par les formations sanitaires avec une prédominance des camions citernes distributeurs.

3.1.4.2. Source d'eau située dans l'enceinte de la formation sanitaire

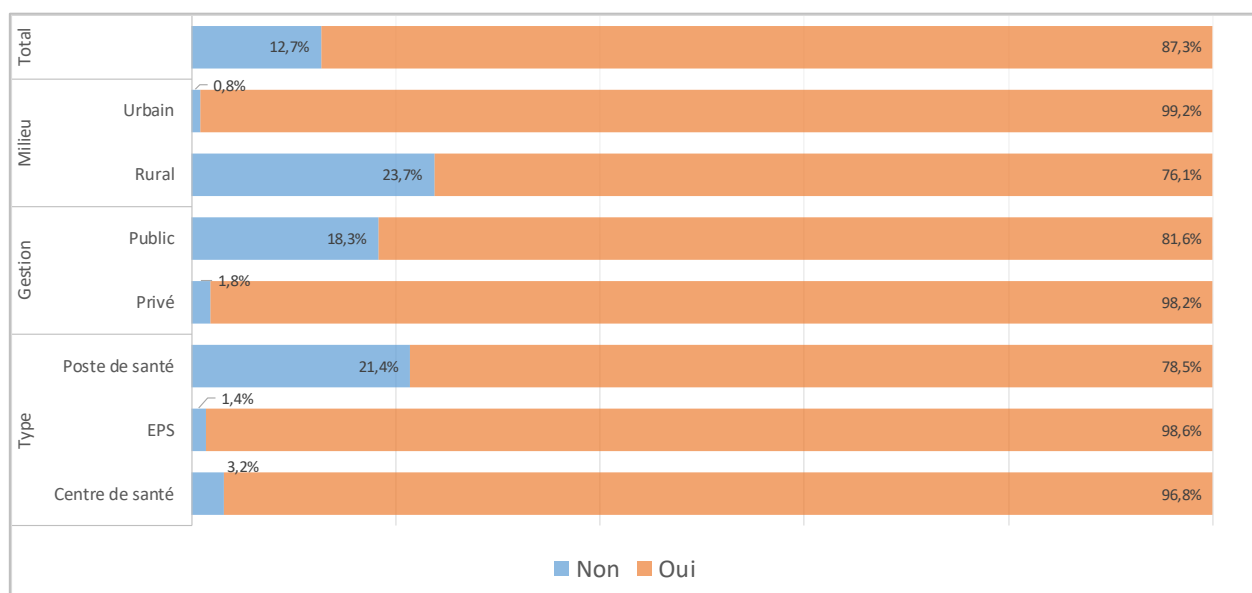


Figure 26 : Source d'eau située dans l'enceinte de la formation sanitaire

Pour l'ensemble des structures sanitaires le niveau de disponibilité des sources d'approvisionnement en eau, à l'intérieur de la structure est satisfaisant allant de 78,5 % à 99,2%. Toutefois, des déficits sont constatés au niveau des postes de santé (21,4%), et en milieu rural avec 23,7% des cas où la source d'approvisionnement est externe à la formation sanitaire.

3.1.4.3. Interruption de l'approvisionnement en eau au cours des 7 derniers jours

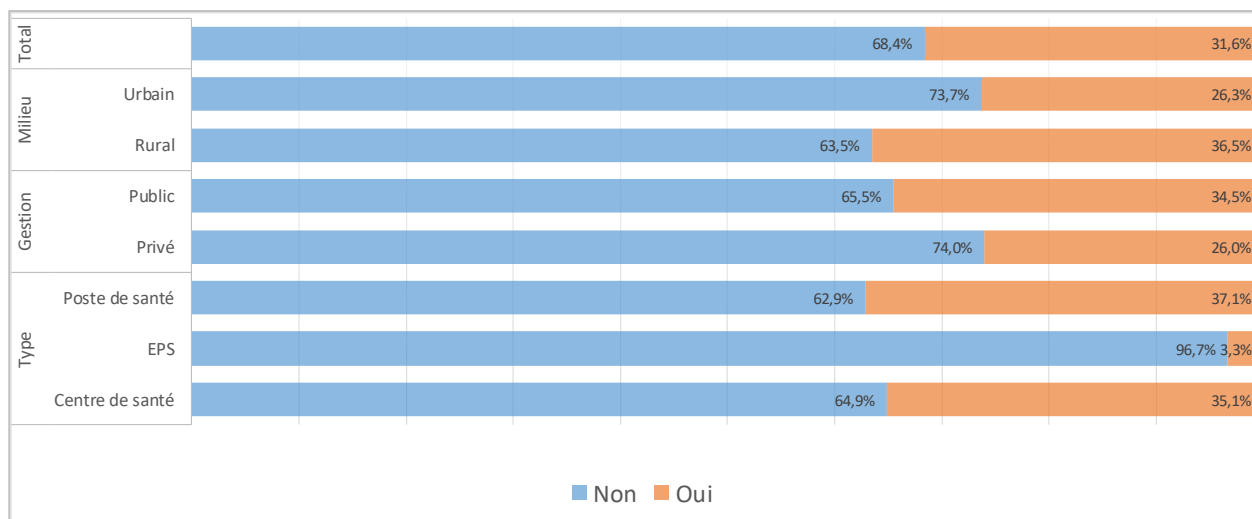


Figure 27 : Interruption de l'approvisionnement en eau au cours des 7 derniers jours

L'enquête révèle que 68,4% des structures n'ont pas vécu d'interruption de l'approvisionnement en eau au cours des 7 derniers jours contre 31,6%. L'interruption de l'approvisionnement en eau au cours des 7 derniers jours est plus marquée au niveau des postes de santé (37,1%), centres de santé (35,1%) et dans le milieu rural avec 36,5%.

Ce phénomène est également marqué dans le public (34,5 %) que dans le privé (26 %). Toutefois, le niveau d'interruption enregistré mérite une attention particulière des pouvoirs publics du fait du rôle central de l'eau dans la qualité des soins.

3.1.4.4. Disponibilité d'au moins une toilette réservée uniquement pour les différents groupes

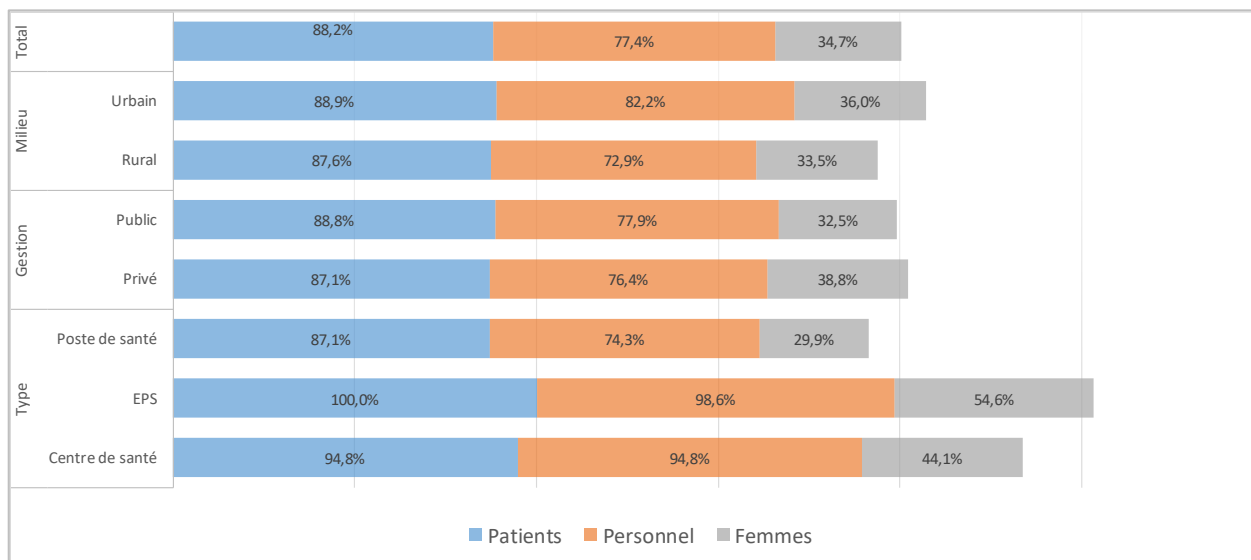


Figure 28 : Disponibilité de toilette uniquement pour les différents groupes

Dans la plupart des structures sanitaires, il existe des toilettes réservées aux patients et aux personnels avec respectivement 88,2% et 77,4%. Il convient de préciser que le niveau de disponibilité des toilettes réservées aux femmes (34,7%) est à améliorer pour une bonne prise en compte de l'aspect genre dans la répartition des toilettes.

Selon de type de structure, la disponibilité des toilettes réservées aux patients varie de 87,1% dans les postes de santé à 100% au niveau des EPS. La disponibilité de toilettes exclusivement réservées aux femmes est faible, particulièrement, au niveau des postes de santé avec 29,9% et des centres de santé avec 44,1%.

La disponibilité des toilettes réservées aux patients est de 88,8% pour le public contre 87,1% pour le privé. Cette disponibilité de toilettes réservées aux personnels est de 77,9% pour les structures sanitaires du public contre 78,4% pour le privé. Cependant le niveau de disponibilité de toilettes réservées exclusivement aux femmes est faible, aussi bien, pour le public (32,5%) que pour le privé (38,8%).

Les données de l'enquête ont également montré que la grande majorité des structures disposent de toilettes dédiées aux patients avec 88,9% en milieu urbain et 87,6% en milieu rural. Pour celles dédiées au personnel, la disponibilité est de 82,2% en zone urbaine et 72,9% en zone rurale.

Cependant, il convient de préciser que le niveau de disponibilité des toilettes réservées aux femmes est de 36% en zone urbaine contre 33,5% en zone rurale. Une situation à corriger pour une bonne prise en compte de l'aspect genre dans la répartition des toilettes.

3.1.4.5. Disponibilité d'une poubelle avec couvercle dans les toilettes réservées aux femmes

Les résultats de l'enquête ont montré que les poubelles avec couvercle dans les toilettes réservées aux femmes uniquement pour les produits d'hygiène menstruelle usagés sont disponibles dans 71,8%.

Selon le type de formation sanitaire, il ressort des résultats que la disponibilité d'une poubelle avec couvercle dans les toilettes réservées aux femmes uniquement est faible dans les postes de santé (49,6%).

Concernant le secteur public on note que presque dans 45% des structures, ce type de poubelle n'est pas disponible contre seulement 1,6% dans le privé. En zone rurale aussi la disponibilité reste faible avec 43,1% des structures qui n'en disposent pas.

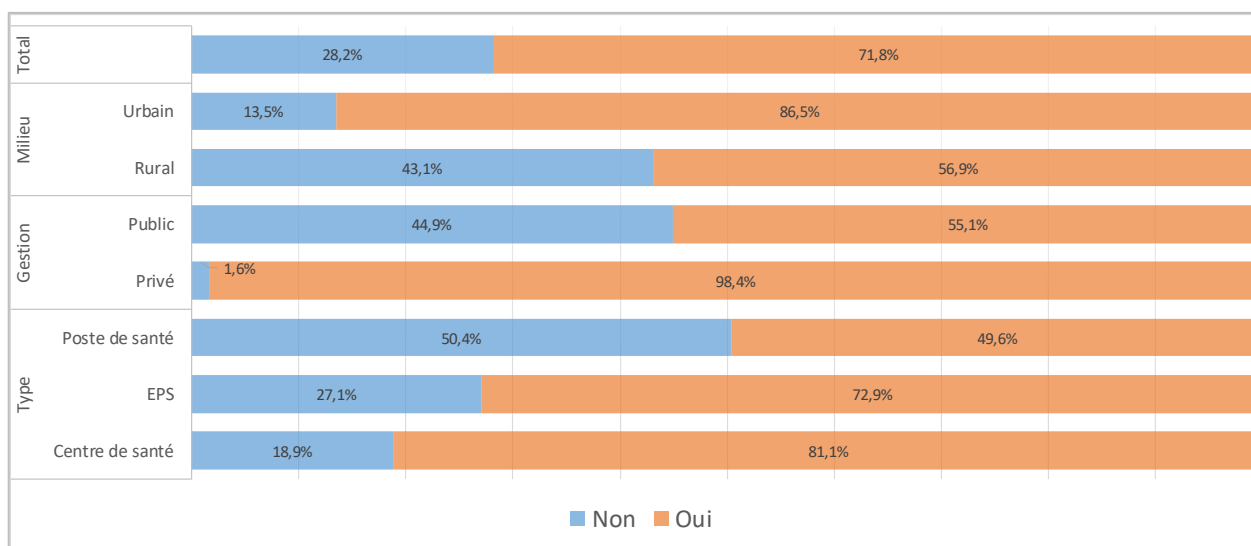


Figure 29 : Disponibilité d'une poubelle avec couvercle dans les toilettes réservées aux femmes uniquement pour les produits d'hygiène menstruelle usagés

3.1.4.6. Disponibilité de dispositifs de lavage des mains

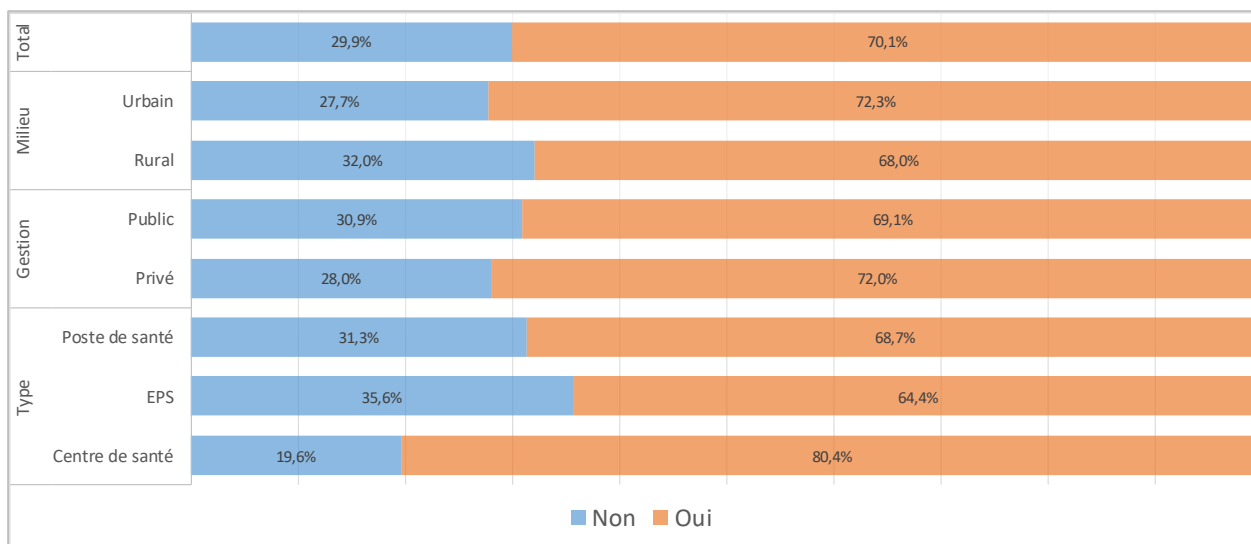


Figure 30 : Disponibilité d'un dispositif de lavage des mains

L'analyse montre que le dispositif de lavage des mains au niveau national est indisponible dans 29,9% des structures. Selon la zone d'implantation, le milieu rural est plus affecté avec 32% d'indisponibilité. Par rapport au mode de gestion, l'absence du dispositif de lavage des mains est plus marquée dans le public (30,9%) que le privé (28%).

3.1.4.7. Disponibilité de directives ou protocoles pour le nettoyage des locaux

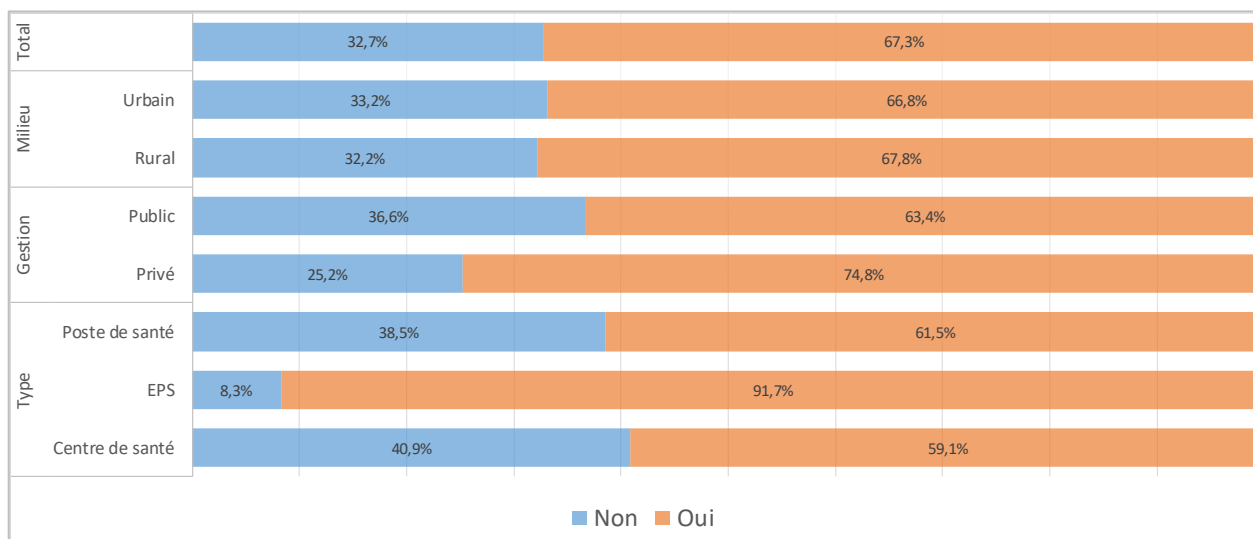


Figure 31 : Disponibilité de directives ou protocoles de nettoyage des locaux

Les directives ou protocoles pour le nettoyage des locaux ne sont pas disponibles dans 32,7% des structures. Concernant le type de structures, l'absence de directives est plus marquée dans les centres de santé (40,9%) et les postes de santé (38,5%). Par ailleurs, l'indisponibilité est plus accentuée dans le secteur public avec 36,6%. Dans les milieux rural et urbain, les taux d'indisponibilité sont presque identiques et tournent au tour de 32 et 33%.

3.1.4.8. Méthode d'élimination des déchets médicaux

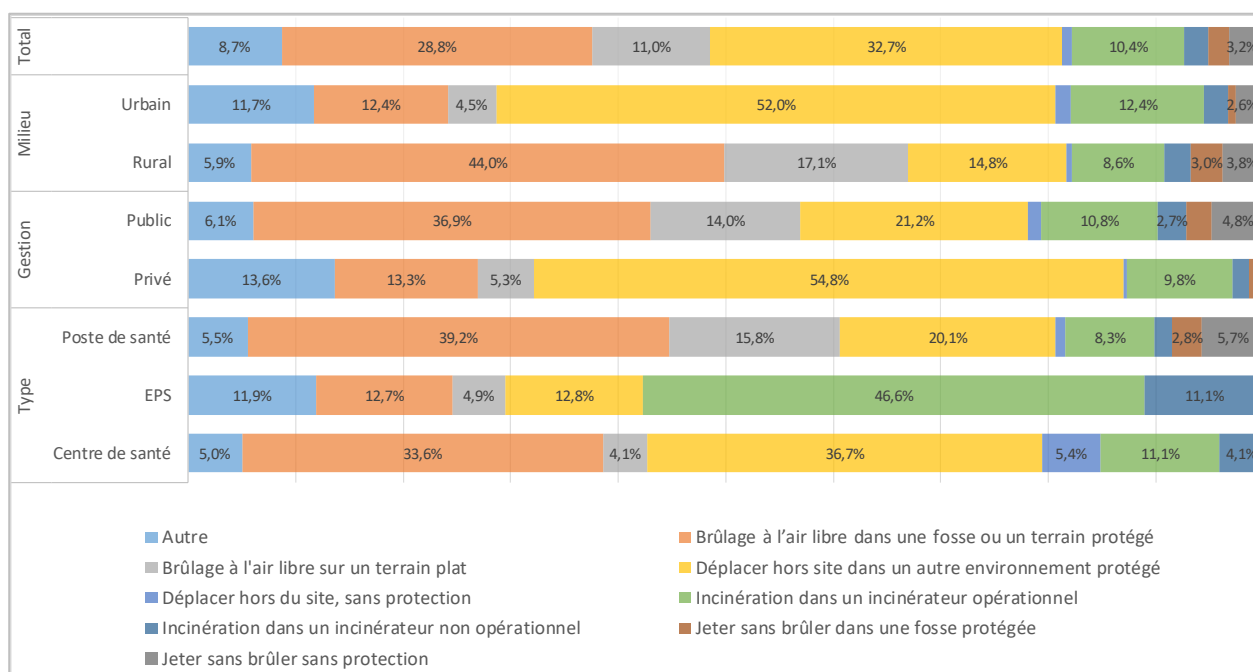


Figure 32 : Méthode d'élimination des déchets médicaux

Les résultats de l'enquête ont révélé que 28,8% des structures brûlaient les déchets à l'air libre dans une fosse ou un terrain protégé contre 32,7% qui déplacent leurs déchets hors site dans un autre environnement protégé. Cette pratique est plus marquée dans les postes de santé et les centres de santé avec respectivement 39,2% et 33,6% pour le brûlage et 20,1% et 36,7% pour le déplacement des déchets.

Au niveau des structures privées, le mode d'élimination des déchets par déplacement hors site est le plus représenté avec 54,8% contre le brûlage à l'air libre par les structures publiques avec 36,9%. Par rapport à la zone d'implantation, les déchets éliminés par déplacement hors du site sont le mode le plus utilisé en milieu urbain avec 52,0% contre le brûlage en zone rurale avec 44,0%.

3.1.4.9. Principale source d'électricité des structures de santé

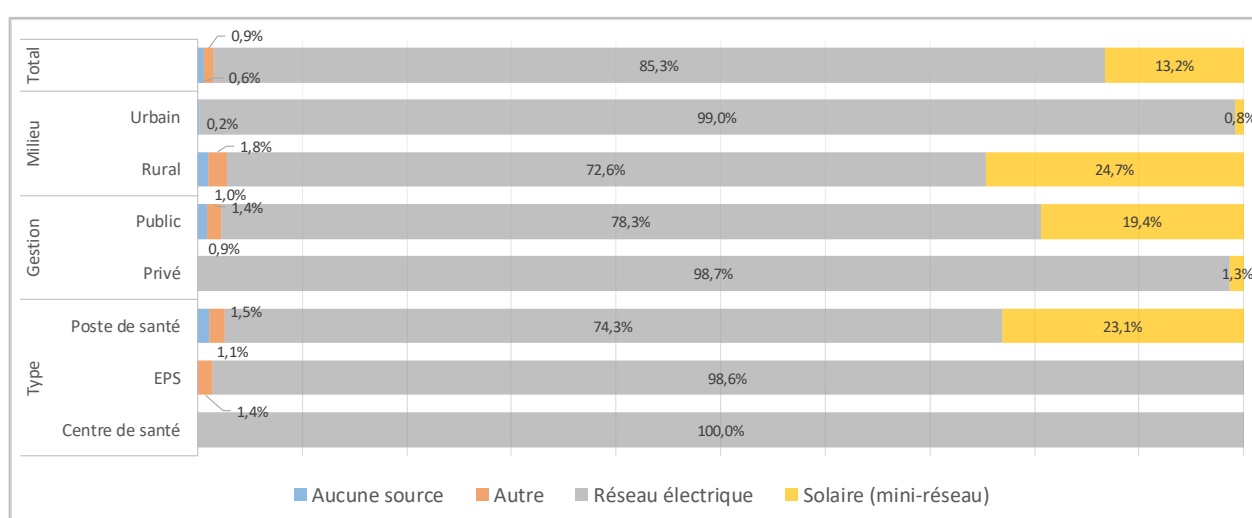


Figure 33 : Principale source d'électricité

Concernant la source d'électricité, le réseau électrique reste la principale source dans les structures de santé (85,3%). Néanmoins, 0,6% des structures n'ont aucune source d'électricité. Selon le type de formations sanitaires, le solaire n'est présent que dans les postes de santé (23,1%). Par contre, 1,1% des postes de santé n'ont aucune source d'électricité.

Par rapport au mode de gestion, il est ressorti que c'est dans le public qu'il existe le solaire (19,4%) et une absence totale de source pour 1% des structures.

Selon le milieu, le solaire est présent dans 24,7% des structures du monde rural avec 1,8% comme « autre source. » Mais qu'il s'agisse du milieu urbain ou rural, le réseau électrique reste la principale source d'alimentation des structures de santé.

3.1.4.10. Disponibilité sans interruption des services d'électricité au cours des 7 derniers jours

Les résultats sur la disponibilité de l'électricité dans les formations sanitaires dans les 7 jours précédents l'enquête révèlent une situation préoccupante. En effet, moins de la moitié des structures (47,8%) disent que l'électricité est *toujours disponible*, plus de 20%, *parfois disponible* et 2,4%, *jamais disponible*. La disponibilité est plus marquée en milieu urbain où seulement 64,7% des structures ont en permanence de l'électricité contre 32,1% dans le monde rural.

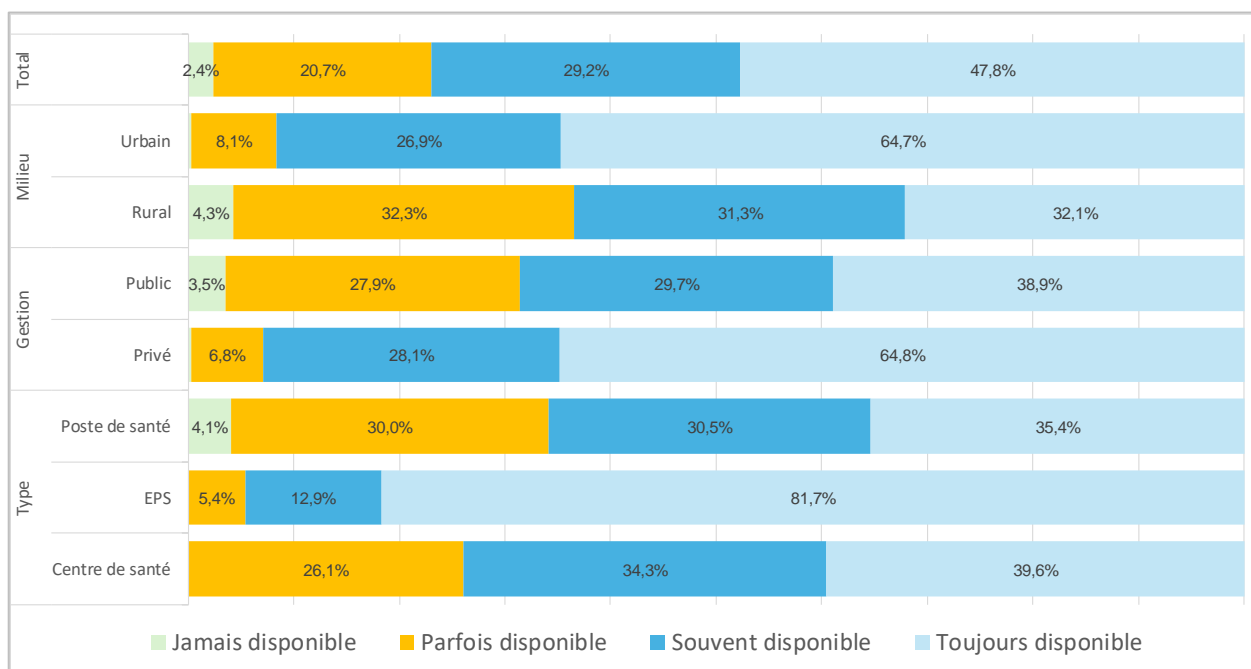


Figure 34 : Disponibilité de l'électricité dans les formations sanitaires

Considérant le mode de gestion, on constate que le privé a moins de problèmes d'alimentation avec un taux de 64,8% de « *toujours disponible* » contre 38,9% pour le public.

Selon le type de formations, l'analyse montre que de sérieux problèmes de disponibilité d'électricité, « *parfois disponible* » à 30% dans les postes de santé et à 26,1% dans les centres de santé. Par contre, les hôpitaux (EPS) alignent des taux de disponibilité satisfaisants de l'ordre de 81,7% de « *toujours disponible*. »

3.1.4.11. Disponibilité sans interruption des services des réseaux de téléphonie et d'internet

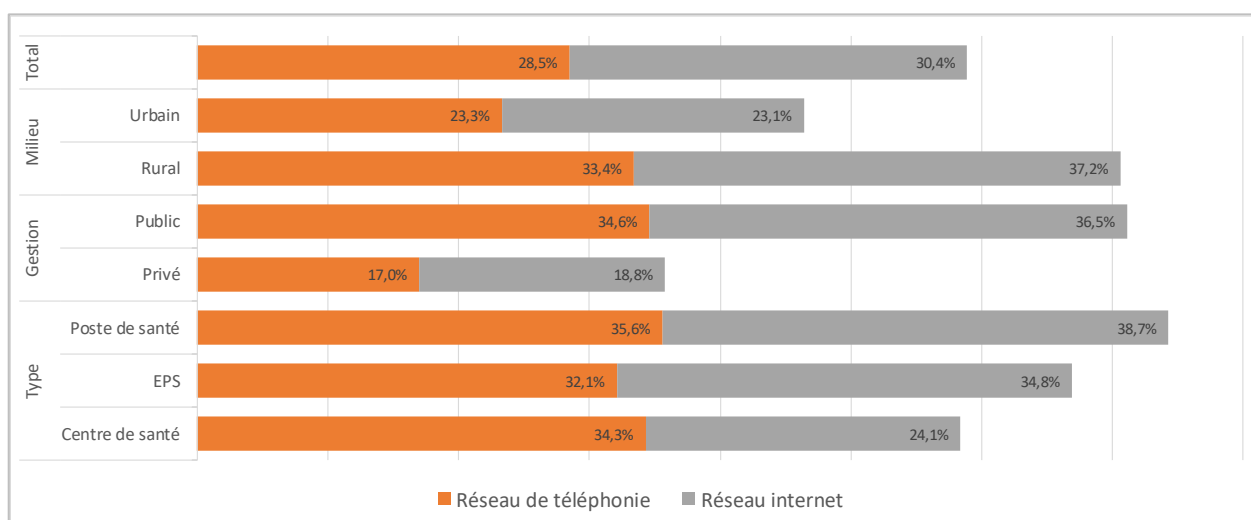


Figure 35 : Disponibilité de réseaux de téléphonie et d'internet au cours des 7 derniers jours

L'enquête révèle de faibles taux de disponibilité au niveau national des réseaux de téléphonie (28,5%) et d'internet (30,4%).

Cette tendance est beaucoup plus marquée en zone urbaine avec respectivement 23,3% et 23,1% contre le milieu rural où la disponibilité des réseaux est meilleure 33,4% et 37,2% mais reste tout de même faible.

Selon le mode de gestion, c'est le privé qui se trouve dans une situation alarmante avec des taux de disponibilité extrêmement faibles pour le réseau de téléphonie (17%) et d'internet (18,8%).

Selon le type de formation, il apparaît que dans les postes de santé, la disponibilité de l'internet sans interruption est à 38,7% contre 34,8% dans les EPS et 24,1% dans les centres de santé.

3.1.4.12. Disponibilité d'une salle qui garantit l'intimité sonore et visuelle lors des consultations

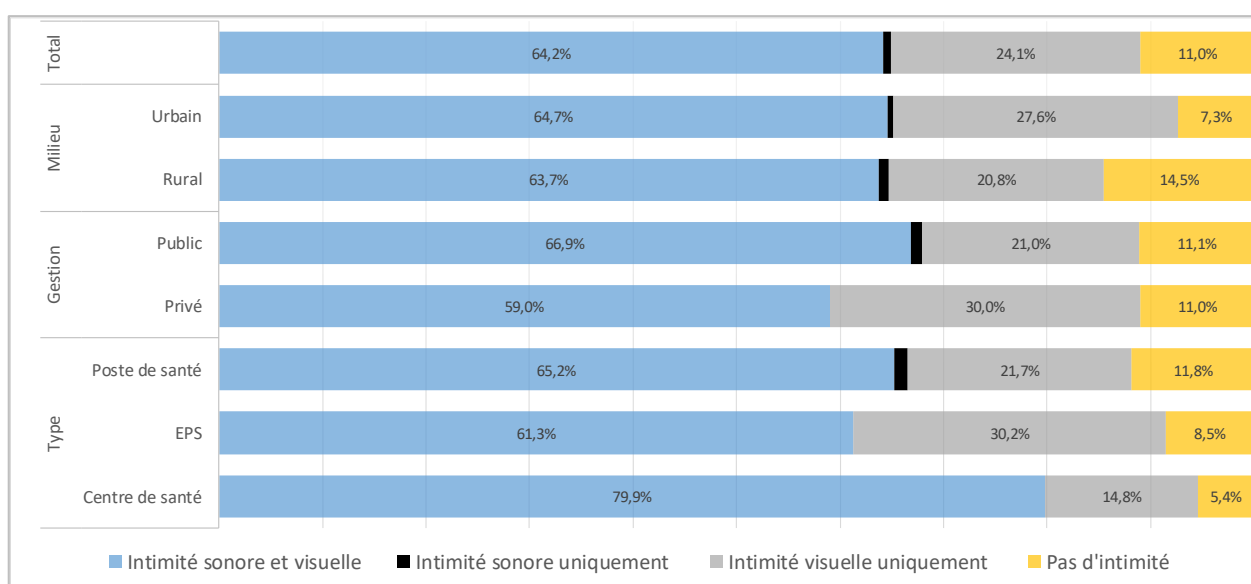


Figure 36 : Disponibilité d'une salle qui garantit l'intimité sonore et visuelle des consultations

Au niveau national, 64,2% des structures disposent d'une salle qui assure l'intimité sonore et visuelle alors que dans 24,1% des cas, seule l'intimité visuelle est assurée. Par contre, dans 11% des structures, il n'existe pas de salle qui assure l'intimité.

Par rapport au type de formation sanitaire, toutes les structures disposent d'une salle qui garantit l'intimité sonore et visuelle allant de 79,9% pour les centres de santé à 61,3% pour les EPS. On note par ailleurs une absence totale de salle d'intimité de l'ordre de 11,8% au niveau des postes de santé.

Selon le mode de gestion, 11% du public et du privé ne présentent aucune forme d'intimité, ni visuelle ni sonore et, il y a 30% des structures privées qui n'ont qu'une intimité visuelle contre 21% pour le public.

Concernant la zone d'implantation, les structures du monde rural affichent un taux 14,5% sans aucune intimité.

3.1.4.13. Disponibilité de moyen de transport au niveau des structures de santé

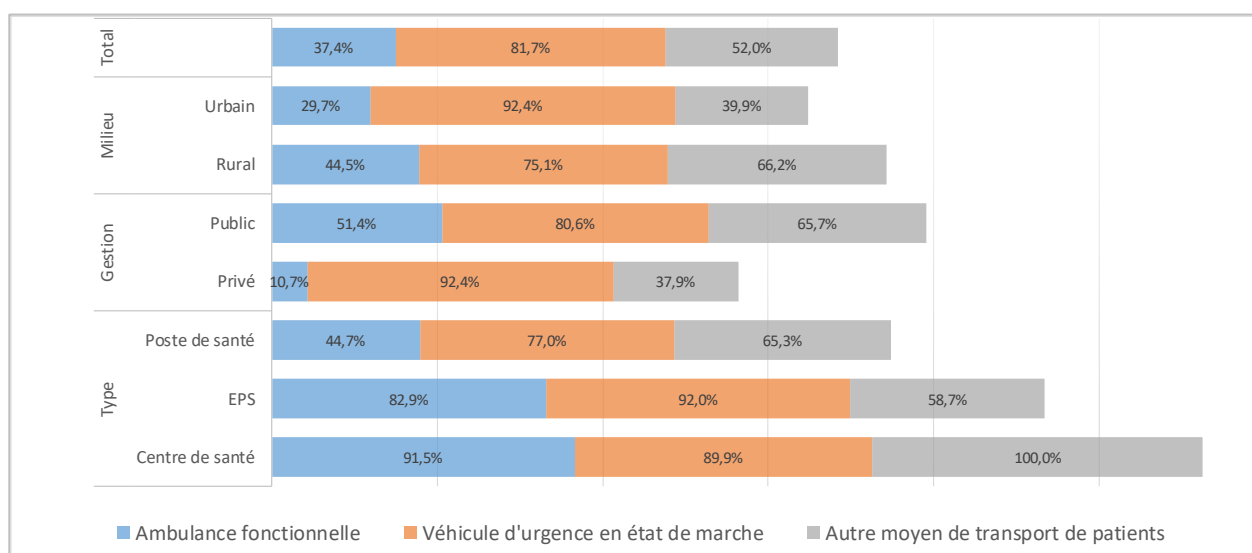


Figure 37 : Disponibilité des moyens de transport

Les résultats de l'enquête révèlent qu'au niveau national, seules 37,4% des structures sanitaires disposent d'une *ambulance fonctionnelle* contre 52% qui disent avoir un *autre moyen de transport des patients qui n'est ni ambulance fonctionnelle ni véhicule d'urgence en état de marche*. Selon le type de formation sanitaire, il ressort de l'enquête que la disponibilité d'une ambulance fonctionnelle est très faible au niveau des postes de santé avec seulement 44,7% ; contrairement dans les centres de santé (91,5%) et les EPS (82,9%) qui présentent un bon niveau de disponibilité.

Selon le mode de gestion, le privé est particulièrement marqué par la *non-disponibilité d'ambulance fonctionnelle* (10,7%) contre le public avec 51,4%. Par rapport, par rapport à la zone d'implantation, l'enquête révèle un niveau de disponibilité d'*ambulance fonctionnelle* plus en milieu rural (44,5%) qu'en milieu urbain (29,7%). Toutefois, il apparait que la disponibilité d'un *recours autre qu'une ambulance et véhicule d'urgence* est plus importante en milieu rural (66,2%) qu'en zone urbaine (39,9%).

3.1.4.14. Disponibilité d'autres moyens de transport de patients

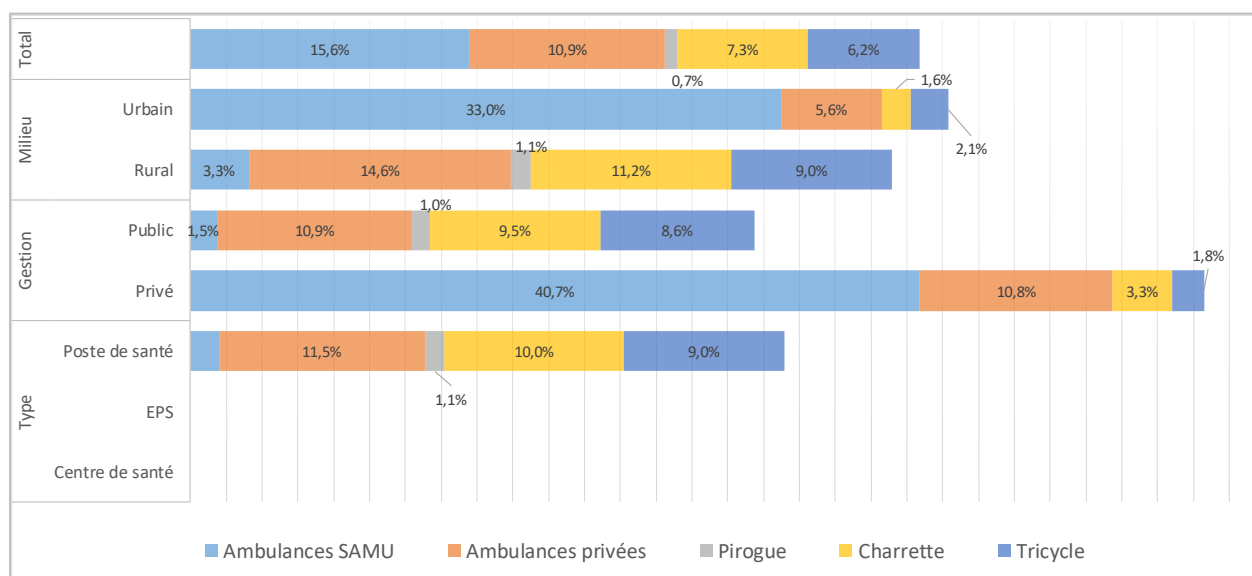


Figure 38 : Disponibilité d'autres moyens de transport de patients

Au niveau national, les « *autres moyens de transport de patients* » disponibles sont représentés par les ambulances SAMU (15,6%), les ambulances privées (10,9%), les charrettes (7,3%) et les tricycles (6,2%). Les pirogues comme moyen de transport ne représentent que 0,7%.

Selon la zone d'implantation, on note un fort taux de recours à des systèmes de transport peu adaptés pour des malades. En effet, en milieu rural, les charrettes (11,2%) et les tricycles (9%) sont les principaux moyens de transport en dehors des ambulances privées (14,6%). Cette tendance dans le rural est confirmée dans le public avec 9,5% pour les charrettes et 8,6% pour les tricycles. Par contre, le privé fait plus recours aux ambulances du SAMU avec un taux de 40,7% contre 1,5% pour le public. Les ambulances privées sont autant utilisées par le public que le privé, respectivement, 10,9% et 10,8%.

Selon le type de formations, les postes de santé, au-delà des charrettes (10%) et des tricycles (9%), ce sont les pirogues qui sont utilisées par les patients avec 1,1%.

3.1.4.15. Disponibilité d'une salle d'attente distincte pour isolement de patients

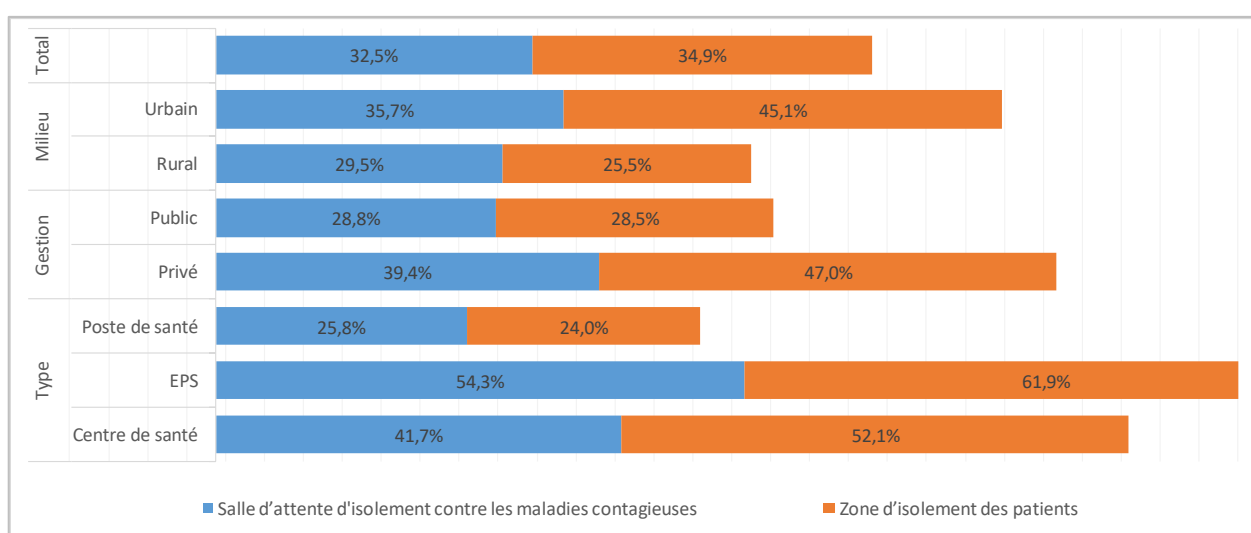


Figure 39 : Disponibilité d'une salle d'attente distincte pour isoler des patients présentant de la fièvre, des symptômes respiratoires ou d'autres symptômes de maladies contagieuses

L'enquête révèle que la disponibilité de « *salle d'attente d'isolement contre les maladies contagieuses* » est à 32,5% et celle réservée à l'*isolement des patients* à 34,9%. Ces deux espaces constituent des facteurs essentiels de respect des droits du patient mais également de la prise en compte de leur sécurité face aux risques potentiels de contamination. En conséquence, l'attention des pouvoirs publics de santé doit être attirée pour des solutions urgentes.

Par rapport à la zone d'implantation, l'enquête révèle que la disponibilité de ces deux espaces est plus marquée en zone urbaine (35,7% et 45,1%) qu'en milieu rural (29,5% et 25,5%).

En tenant compte du mode de gestion, il ressort des résultats que la disponibilité de ces deux espaces est plus marquée dans le privé (39,4% et 47%) que dans le public (28,8% et 28,5%).

Selon le type de formation, l'enquête révèle que lesdits espaces sont effectivement répertoriés au niveau des structures quel que soit le type mais à des proportions variables. Leur disponibilité est plus marquée au niveau des EPS (54,3% et 61,9%) et les centres de santé (41,7% et 52,1%).

3.1.4.16. Défis liés aux infrastructures ayant limité ou empêché la capacité à fournir des services de santé

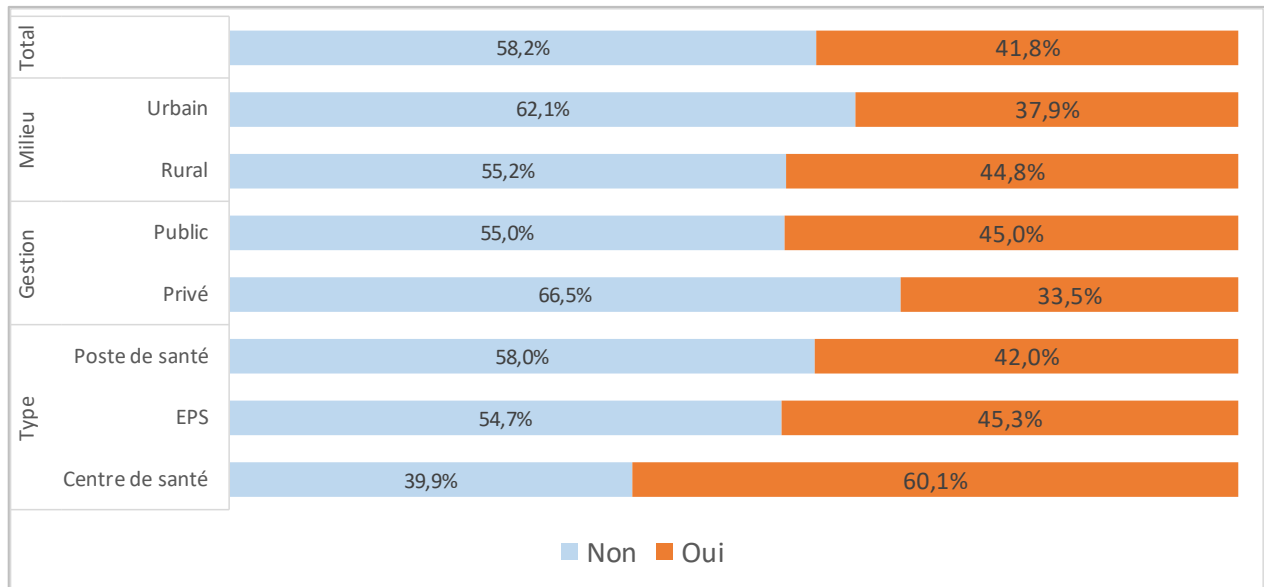


Figure 40 : Défi des infrastructures ayant limité ou empêché la capacité de la formation sanitaire à fournir des services de santé

L'enquête révèle que dans 58,2% des structures sanitaires, les défis liés aux infrastructures ne limitent ni n'empêchent leur capacité à fournir des services de santé.

En tenant compte de la zone d'implantation, les défis liés aux infrastructures ne sont pas des facteurs limitatifs quant à la fourniture des services de santé. En effet, dans 55,2% des formations en milieu rural et 62,1% en zone urbaine, les défis liés aux infrastructures ne sont pas limitatifs.

La même tendance s'est maintenue selon le mode gestion ; qu'il s'agisse du public ou du privé avec respectivement 55% et 66,5%, les défis liés aux infrastructures ne sont pas une contrainte à la fourniture de services de santé.

Selon le type de formation, les défis liés aux infrastructures constituent un facteur limitant majeur au niveau des centres de santé, soit 60,1% des formations qui sont concernées.

3.1.5. Fournitures médicales

3.1.5.1. Disponibilité et fonctionnalité d'équipements médicaux spécifiques

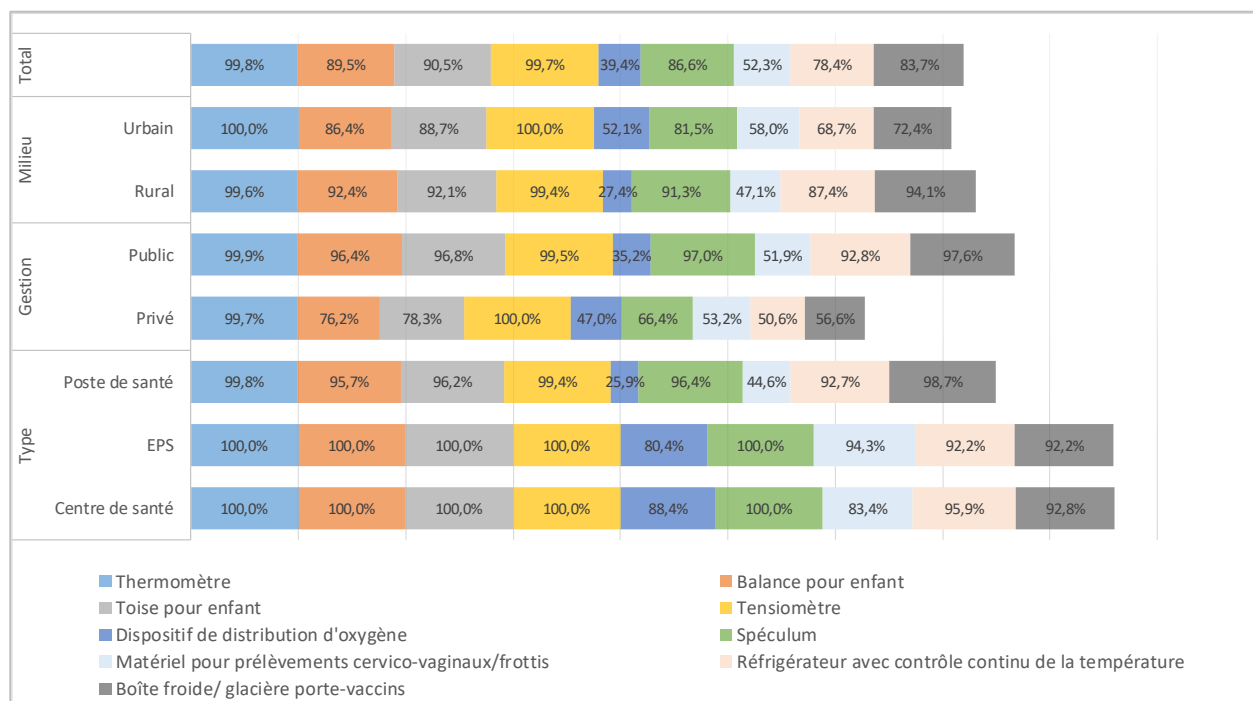


Figure 41 : Disponibilité et fonctionnalité d'équipements médicaux spécifiques

Au niveau national, l'enquête révèle que les thermomètres et les tensiomètres sont les plus disponibles avec respectivement 99,8% et 99,7%. Les matériels pour prélèvements cervico-vaginaux et les dispositifs de distribution d'oxygène sont les moins disponibles dans les structures sanitaires avec respectivement 52,3% et 39,4%.

Par rapport à la zone d'implantation, l'enquête révèle que les déficits en matériel et équipements médicaux sont constatés, particulièrement sur le dispositif de distribution d'oxygène en zone rurale (27,4%) comme en zone urbaine (52,1%).

Selon le mode de gestion, il ressort des résultats de l'enquête que les déficits en matériel et équipements médicaux sont constatés au niveau du public, particulièrement en matériel pour prélèvement cervico-vaginal/frottis (51,9%) et en dispositif de distribution d'oxygène (35,2%). Pour le privé, en dehors des tensiomètres et des tensiomètres, tous les autres matériels et équipements médicaux sont déficitaires à des proportions variables.

Selon le type de formation sanitaire, d'importants déficits en matériel et équipement médicaux essentiels sont constatés au niveau des postes de santé, en l'occurrence, des dispositifs de distribution d'oxygène (25,9%) et du matériel pour prélèvement cervico-vaginal/frottis (44,6%). Concernant les EPS et les centres de santé, la disponibilité est relativement bonne pour tout type de matériels et d'équipements, variant entre 90 et 100%, sauf pour les dispositifs de distribution d'oxygène (80,4%) dans les EPS et (88,4%) dans les centres de santé.

3.1.5.2. Disponibilité de services ou matériels de diagnostic

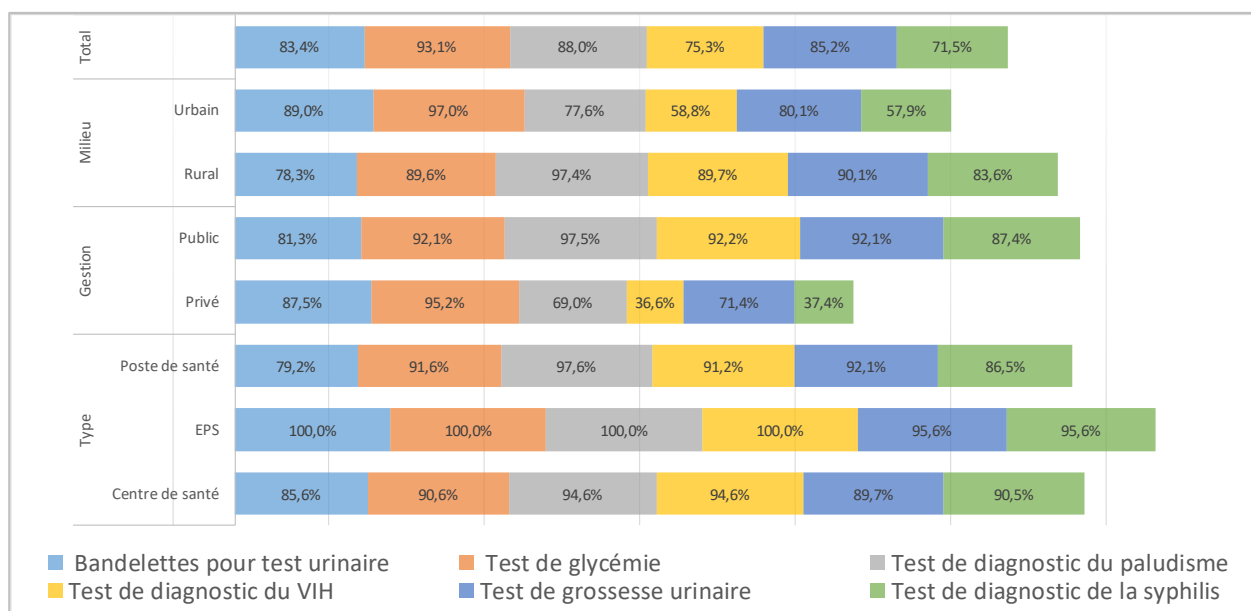


Figure 42 : Disponibilité de services ou matériels de diagnostic

Au niveau national, les services ou matériels de diagnostic restent disponibles. Cependant, on constate que pour les tests de diagnostic du VIH (75,3%) et de la syphilis (71,5%) la disponibilité est relativement faible.

Selon la zone d'implantation des structures, les niveaux de disponibilité varient selon que l'on soit en milieu rural (78,3%) contre (89%) en zone urbaine pour les bandelettes pour test urinaire et de 83,6% dans le rural contre 57,9% dans l'urbain pour les tests de diagnostic de la syphilis.

En tenant compte du mode de gestion, il apparaît que dans le privé, certains types de tests ne sont pas disponibles dans beaucoup de structures, il s'agit des tests de diagnostic de la syphilis (37,4%) et du VIH (36,6%).

Au niveau des types de formation, les postes de santé présentent un faible taux, par rapport aux EPS et centres de santé, de disponibilité des bandelettes pour test urinaire (79,2%).

3.1.5.3. Disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI)

Les équipements de protection individuelle (EPI) sont disponibles à des proportions variables selon les types. En effet, les masques de protection respiratoire (40,8%) et les lunettes de protection (23,3%) sont les moins disponibles dans les structures.

L'enquête révèle un déficit global pour l'ensemble des EPI tant en zone rurale qu'en zone urbaine. Toutefois, ce déficit est plus marqué au niveau des lunettes de protection avec en milieu urbain (27,9%) et en milieu rural (18,9%) mais également pour les masques de protection respiratoire, respectivement 38,6% et 42,8%.

Selon le mode de gestion, c'est le même constat sur le déficit, aussi bien pour le public que le privé, respectivement 47,1% et 28,5% pour les masques de protection respiratoire et 27,6% et 14,8% pour les lunettes de protection.

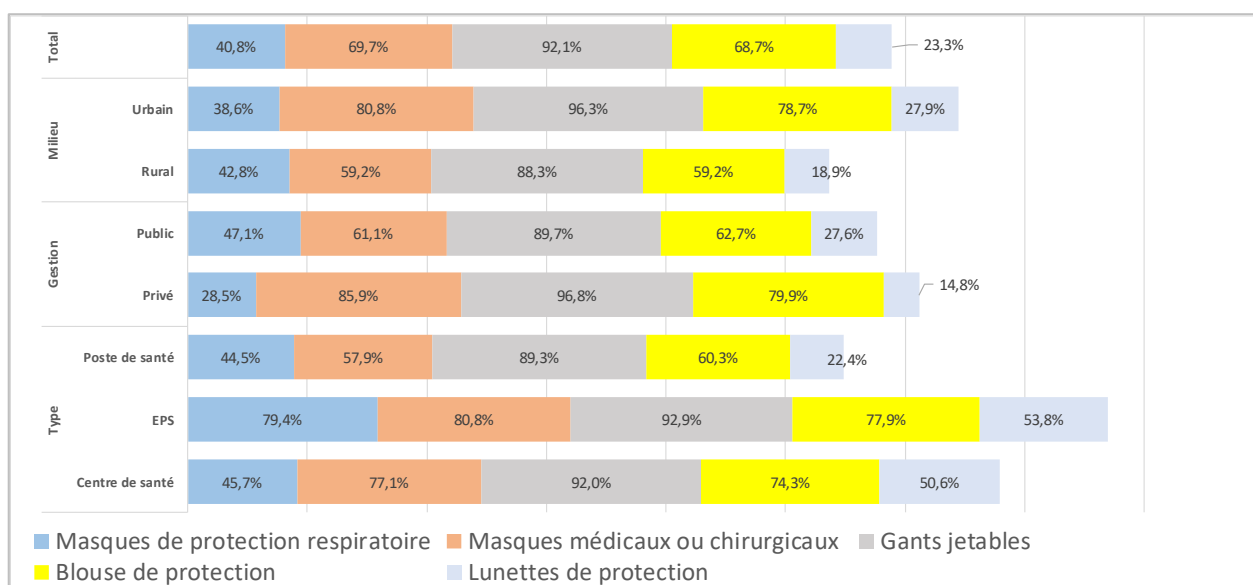


Figure 43 : Disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI)

Selon le type de formation sanitaire, des déficits sont notés au niveau des postes et des centres de santé concernant respectivement pour les masques de protection 44,5% et 45,7% et pour lunettes de protection, 22,4% et 50,6%.

3.1.5.4. Disponibilité des médicaments essentiels

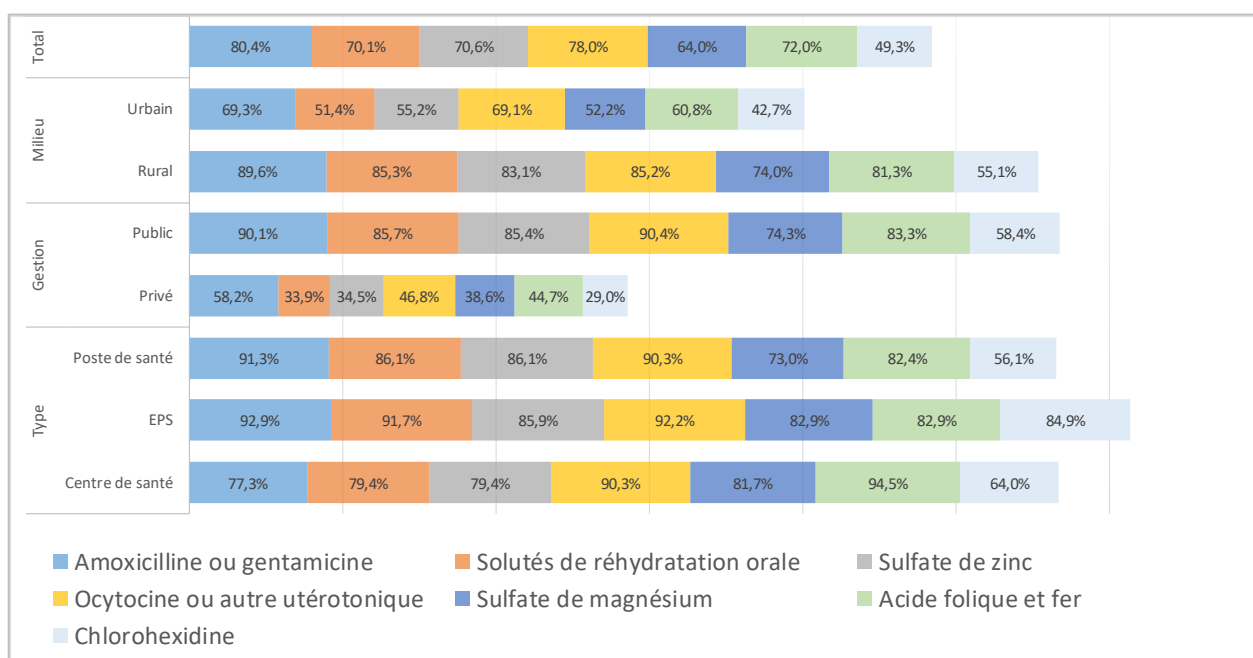


Figure 44 : Disponibilité des médicaments essentiels_n°1

La disponibilité des médicaments essentiels est à des niveaux variables selon les types. Les antipaludiques et les méthodes contraceptives réversibles à court terme sont les plus disponibles respectivement avec 83,6% et 81,9% au niveau national. La metformine, l'insuline injectable et la chlorhexidine sont les moins disponibles dans les structures de santé avec respectivement 42,5% et 49,3%.

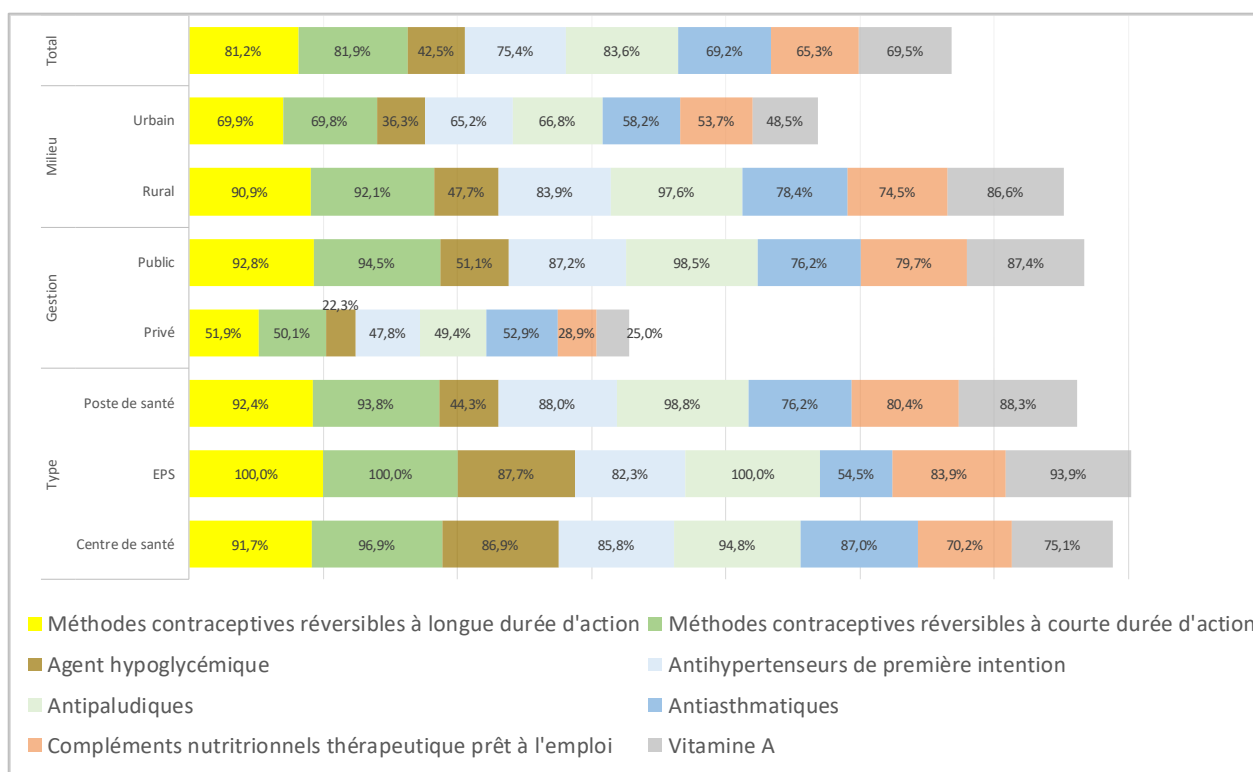


Figure 45 : Disponibilité des médicaments essentiels_n°2

Selon la zone d'implantation, les médicaments essentiels sont davantage disponibles dans les structures sanitaires implantées en zone rurale allant de 47,7% pour les agents hypoglycémiques à 92,1% pour les méthodes contraceptives à longue durée d'action. Par contre, en zone urbaine, lesdits médicaments sont moins disponibles, respectivement 36,3% pour le premier type et 69,9% pour les méthodes contraceptives.

Selon le type de formation sanitaire, les EPS sont les structures sanitaires qui disposent de tous les médicaments essentiels allant de 54,5% pour les antihistaminiques à 100% pour les antipaludéens, les méthodes contraceptives de longues et de courtes durées.

Selon le mode de gestion, on note une faible disponibilité d'agents hypoglycémiques (44,3%) dans les postes de santé et de compléments nutritionnels thérapeutiques prêts à l'emploi (70,2%) dans les centres de santé.

3.1.5.5. Disponibilité des vaccins

L'enquête révèle une disponibilité acceptable de toutes les antigènes du PEV avec des niveaux variables selon le type. Il convient toutefois de souligner une disponibilité du vaccin COVID-19 (50%) qui nécessite d'être amélioré si l'on tient compte du programme d'accélération de la couverture vaccinale contre cette maladie.

Selon la zone d'implantation, la disponibilité des médicaments est plus marquée en milieu rural (62,3% à 94,8%) qu'en milieu urbain (55,6% à 59,7%) avec une prédominance du vaccin contre la rougeole et la rubéole (94,8%).

Selon le mode de gestion, les vaccins sont surtout disponibles au sein des structures publiques (62,6% à 96,0%) qu'au niveau du privé (13,8% à 28,5%).

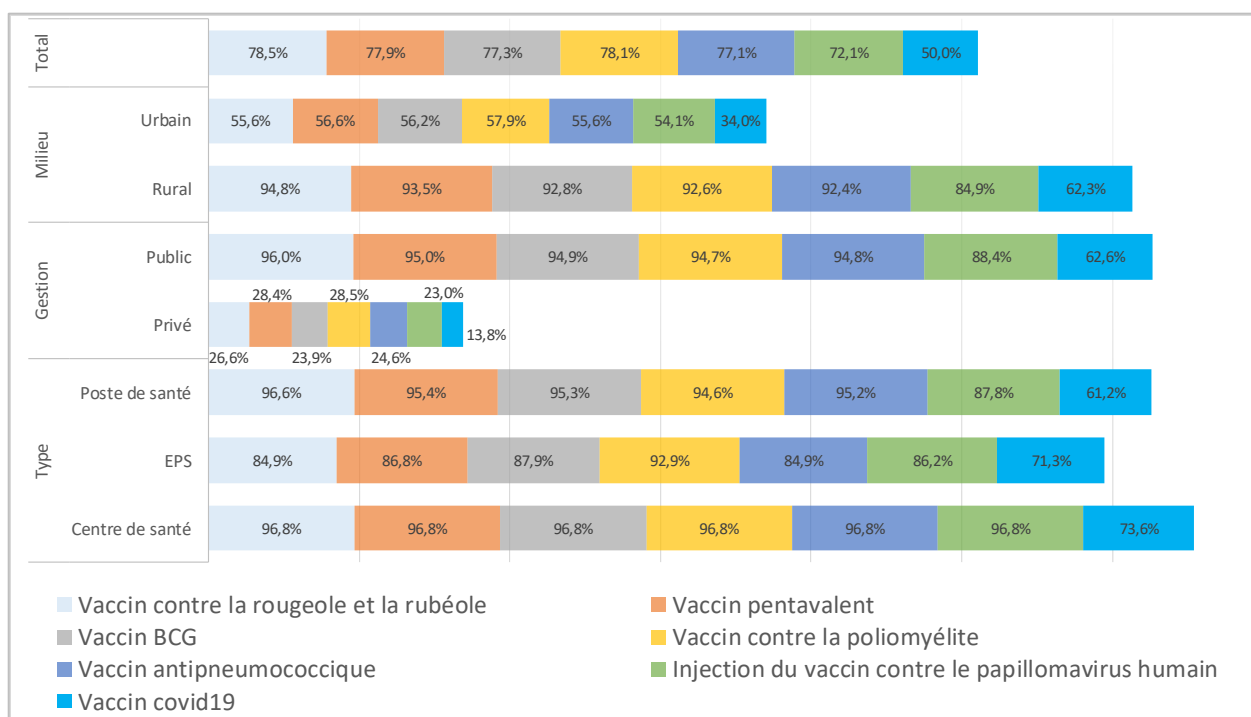


Figure 46 : Disponibilité des vaccins

Selon le type de formation sanitaire, les vaccins contre la poliomyélite et le pentavalent sont plus disponibles à tous les niveaux. Toutefois, l'enquête révèle une plus grande disponibilité de vaccins antipneumococciques au niveau des postes de santé (95,2%) et des centres de santé (96,3%).

3.1.5.6. Nature des difficultés de maintien d'un niveau suffisant de fournitures médicales

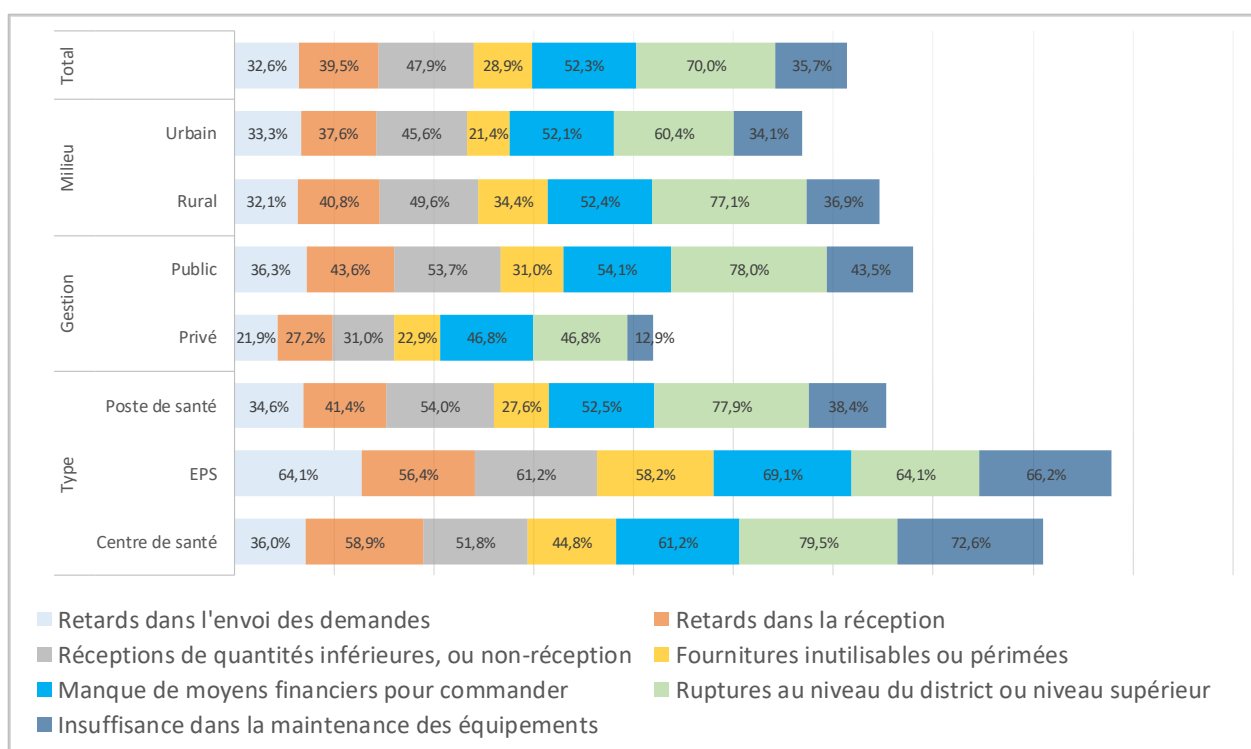


Figure 47 : Nature des difficultés de maintien d'un niveau de fournitures médicales dans votre structure

Au niveau national, l'enquête montre que les difficultés de maintien d'un niveau suffisant de fournitures médicales sont majoritairement de trois ordres : rupture au niveau des districts ou du niveau supérieur (70%), manque de moyens financiers pour commander les fournitures supplémentaires (52,3%) et réception de quantités inférieures ou non réception des fournitures attendues (47,9%).

Selon la zone d'implantation, les mêmes trois types de difficultés répertoriées au niveau national se retrouvent plus marquées en zone rurale avec respectivement 77,1%, 52,4% et 49,6%.

Par rapport au mode de gestion, les trois types de difficultés répertoriées sont plus marquée dans le public que dans le privé, avec respectivement 78%, 54,1% et 53,7%.

Concernant le type de formation sanitaire, l'enquête révèle que les ruptures sont plus marquées au niveau des centres de santé (79,5%) et que dans les EPS, ce sont les retards dans l'envoi des demandes qui posent problèmes avec 64,1% contre 36% pour les centres de santé et 34,6% pour les postes de santé.

3.1.5.7. Insuffisances de fournitures et équipements médicaux en lien avec la capacité de la structure à fournir des services de santé

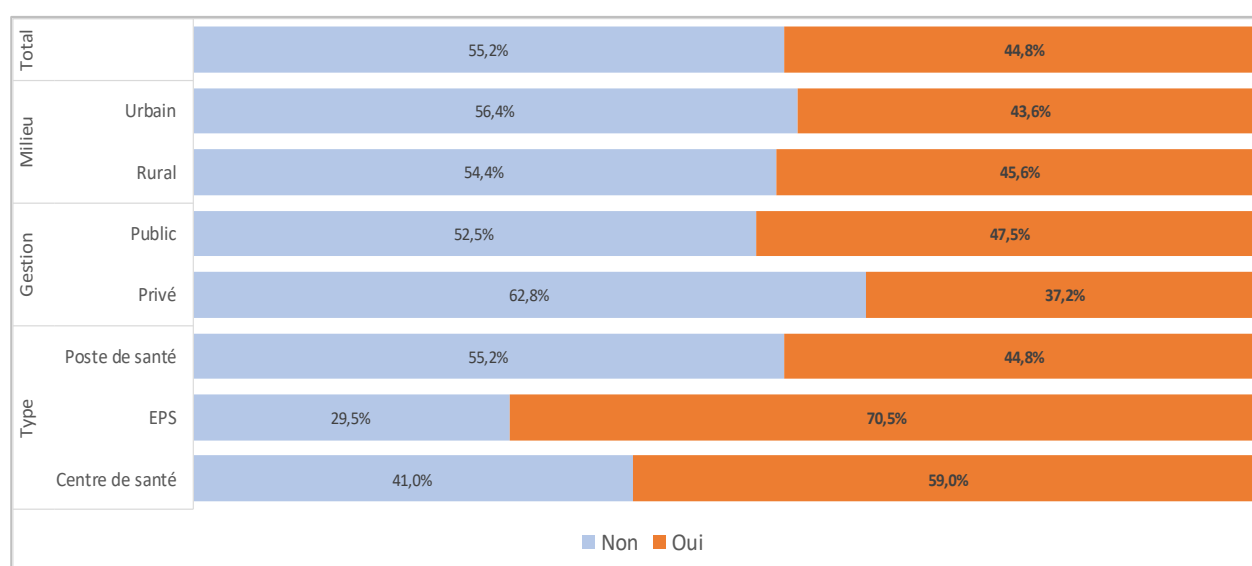


Figure 48 : Les insuffisances liées aux fournitures et équipements médicaux ont-ils limité ou empêché la capacité de la formation sanitaire à fournir des services de santé ?

L'analyse de l'enquête révèle que 44,8% des formations sanitaires lient la réduction de leurs capacités à fournir des services de santé à l'insuffisance de fournitures et d'équipement médical contre 55,2% qui affirment le contraire.

Selon la zone d'implantation, en zone rurale (54,4 %) comme urbaine (56,4 %), le lien causal entre ces deux paramètres (*insuffisance de fournitures et d'équipement médical*) n'a pas été retenu par la majorité des répondants.

Selon le mode de gestion, le lien causal entre ces deux variables est majoritairement rejeté par le privé avec 62,8% contre 52,5% pour le public.

Selon le type de formation, l'effet jugé négatif de fournitures et équipements médicaux sur la capacité à fournir des services de qualité est plus répertorié au niveau des EPS (70,5%) et des centres de santé (59%).

3.1.5.8. Réception de fournitures supplémentaires en raison du choc

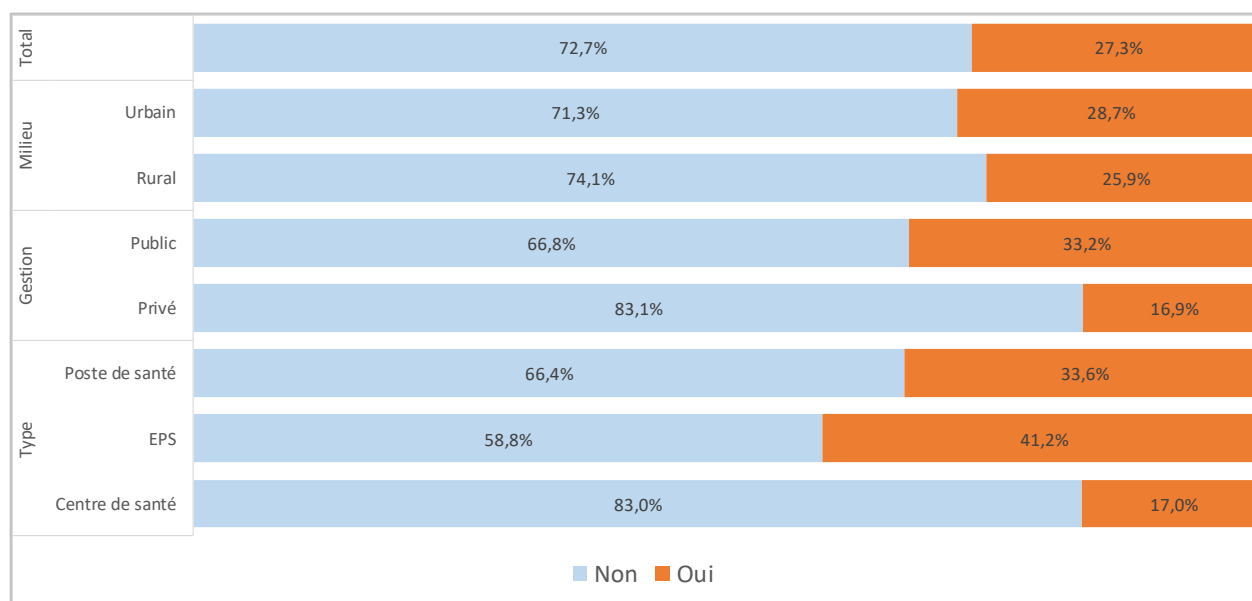


Figure 49 : Réception de fournitures supplémentaires en raison du choc

L'enquête révèle au total que 72,7 % n'ont pas reçu de fournitures supplémentaires en raison du choc (*Covid-19*). Selon la zone d'implantation, le taux des structures qui ont reçu de fournitures supplémentaires reste faible à tous les niveaux mais plus marqué en milieu rural avec 25,9%.

En tenant compte du mode de gestion, le secteur public a reçu beaucoup plus d'aide par rapport aux fournitures supplémentaire avec 33,2% contre 16,9% pour le privé. Selon le type de formation, les EPS ont reçu plus d'appui avec 41,2% suivis des postes de santé avec 33,6%.

3.1.6. Préparation et réponse aux urgences

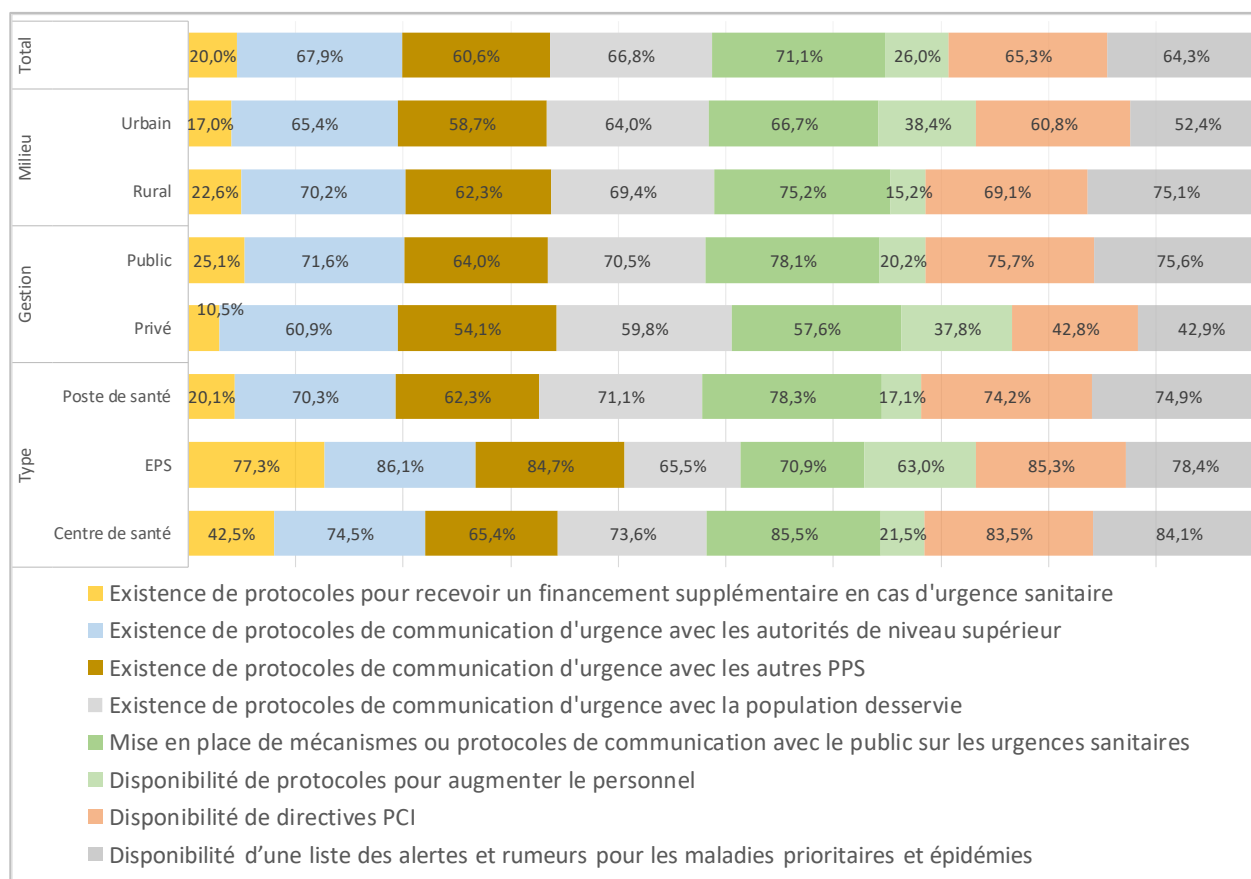


Figure 50 : Préparation et réponse aux urgences_n°1

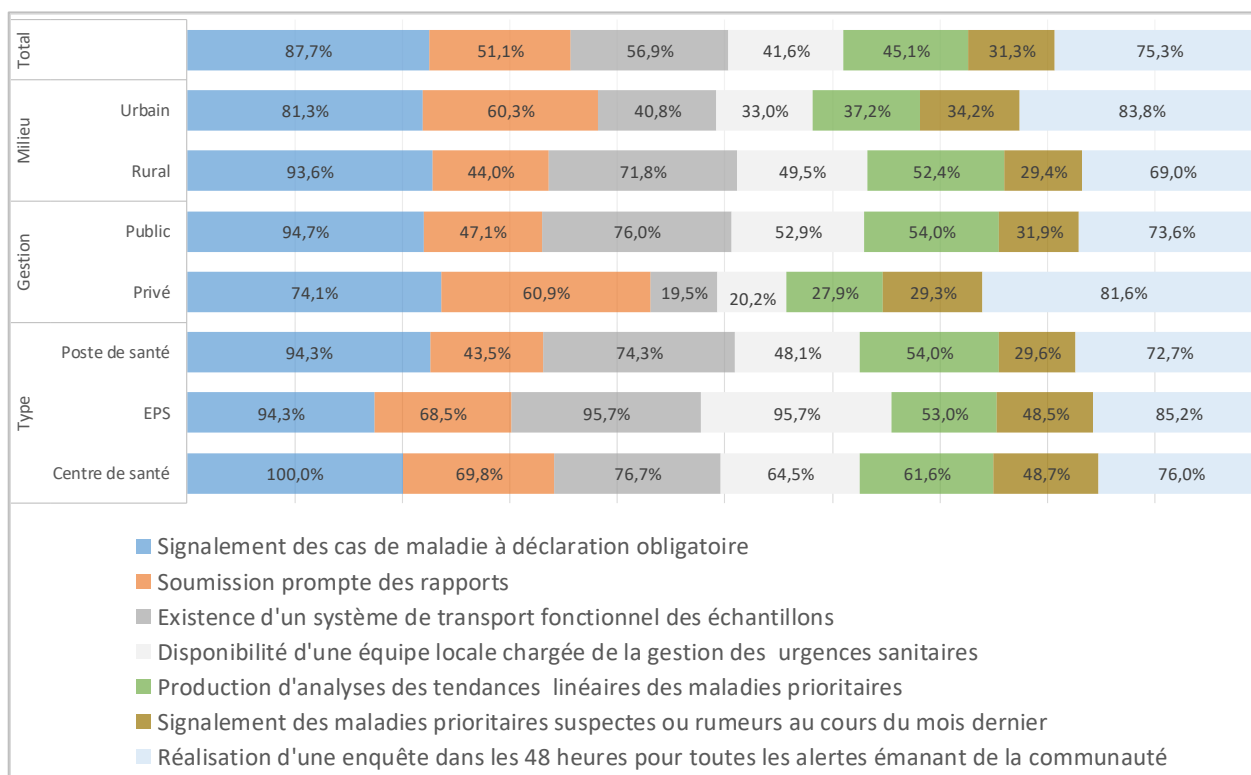


Figure 51 : Préparation et réponse aux urgences_n°2

Concernant la préparation et réponse aux urgences au niveau national, l'enquête révèle que certaines dispositions sont faiblement prises en charge, il s'agit de « *l'existence de protocoles pour recevoir un financement supplémentaire en cas d'urgence sanitaire* » (20%), de « *disponibilité de protocoles pour augmenter le personnel* » (26%) et du « *signalement des maladies prioritaires suspectes ou rumeurs au cours du mois dernier* » (31,3%). Les mêmes tendances sont observées selon le lieu d'implantation des structures et le mode gestion. En effet, les formations sanitaires en milieu urbain, respectivement sont à 17%, 38,4% et 34,2% contre 22,6%, 15,2% et 29,4% dans le rural. Pour le public et le privé, les taux restent faibles par rapport aux variables. Selon le type de formation sanitaire, les postes de santé alignent les taux les plus faibles pour lesdites dispositions.

3.2. ETAT DE PREPARATION DES STRUCTURES SANITAIRES DU PRIVE

La méthode d'échantillonnage utilisée a permis d'identifier quatre-vingt-quinze (95) structures de santé privées. La majorité de ces structures est constituée de cabinets paramédicaux 66,3% de la cible, suivis des cabinets médicaux 24,2%. Les cliniques représentent 9,5% de l'échantillon.

3.2.1. Identification et description des structures sanitaires

Ce chapitre décrit les résultats de l'enquête selon le type de structures de santé par région, leur zone d'implantation et leur statut.

3.2.1.1. Répartition des structures sanitaires par région



Figure 52 : Répartition des structures de santé privées selon le type et par région

Les résultats de l'enquête montrent une inégale distribution des 95 structures selon les régions. En effet, les régions de Dakar, Fatick, Louga, Saint-Louis et Tambacounda comptent le plus de structures, (09) par région. Par contre, les plus petits nombres de structures sont enregistrés dans les régions de Kédougou (1), Sédhiou (2) et Kaffrine (3).

Par ailleurs, seules les régions de Thiès, Tambacounda et Kaolack disposent des trois types de structures (*cabinet médical, cabinet paramédical et clinique*) dans l'échantillon. Les régions de Sédhiou, Kédougou et Kaffrine n'ont que le type (cabinet paramédical).

3.2.1.2. Zone d'implantation des structures sanitaires

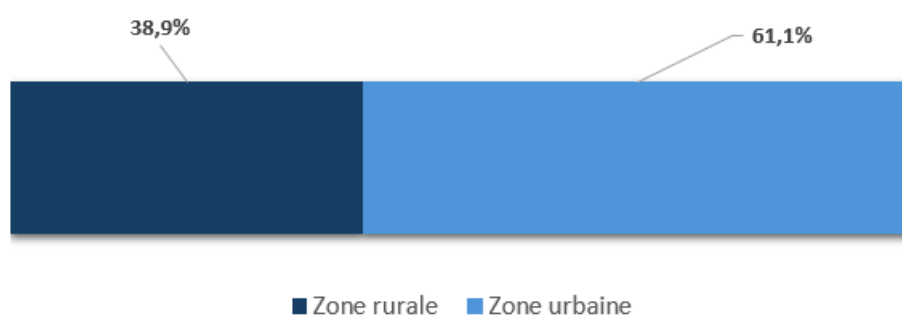


Figure 53 : Répartition géographique des structures privées

Pour la localisation géographique, les résultats ont révélé que 61,1% des structures sanitaires du privé, tout type confondu, étaient situées en zone urbaine.

3.2.1.3. Type de structures sanitaires

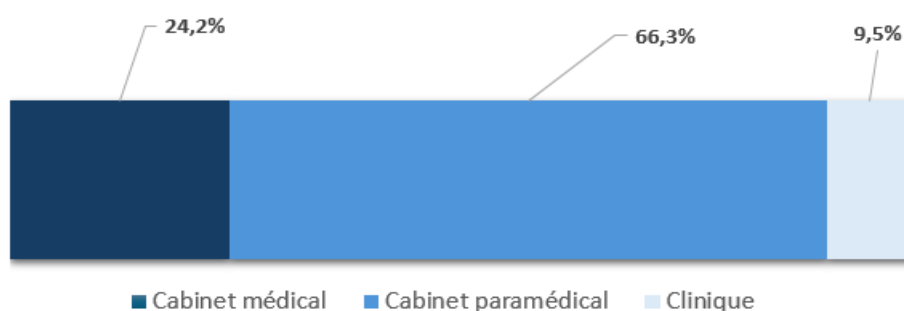


Figure 54 : Différents types de structures du privé

L'enquête a montré qu'il y avait dans l'échantillon du privé 3 types de structures : Il s'agit des cabinets médicaux (24,2%), des cabinets paramédicaux (66,3%) et des cliniques (9,5%).

3.2.1.4. Autorité administrant la formation sanitaire

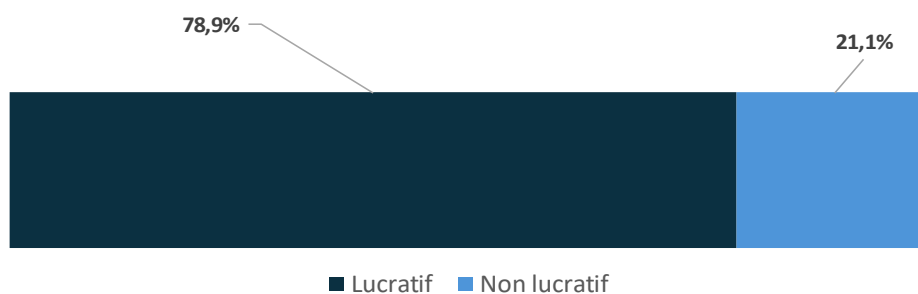


Figure 55 : Autorité administrant les structures privées

Dans l'échantillon du privé les structures à but « lucratif » représentent plus des $\frac{3}{4}$, soit 78,9%, contre le « non lucratif », 21,1%. Le mode « non lucratif » est composé par le *non lucratif confessionnel* (75%) et le *non lucratif communautaire* (25%).

3.2.2. Chocs externes : événements inhabituels ayant affecté les communautés desservies

Ce chapitre permet d'identifier les différents types d'événements inhabituels et d'évaluer leur impact sur l'offre de soins dans les structures privées.

3.2.2.1. Nature des chocs externes ayant affecté les communautés desservies par le privé

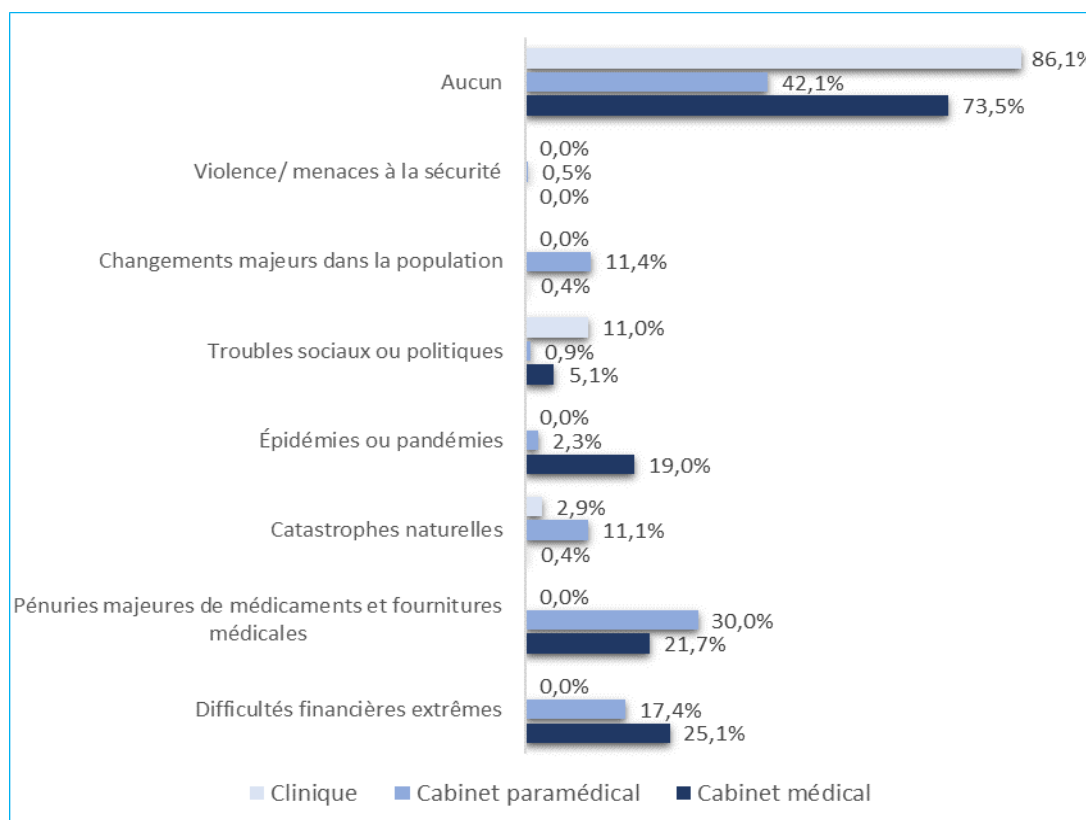


Figure 56 : Nature des chocs externes ayant affecté les services du privé au cours des trois derniers mois précédents l'enquête

Les cabinets médicaux et paramédicaux sont plus affectés par la pénurie majeure de médicaments et de fournitures médicales à des proportions respectives de 21,7% et 30%. Il en est de même pour les difficultés financières (25,1% et 17,4%). Les cliniques et les cabinets médicaux sont les plus touchés par les troubles sociaux et politiques, avec respectivement 11% et 5,1%. En effet, ces types de structures sont davantage sollicitées durant ces genres d'événements créant des besoins supplémentaires de soins (*blessures graves, fractures, blessures par balle ou armes blanches, etc.*).

Selon les répondants, les épidémies ou pandémies ont eu essentiellement un impact sur l'offre de soins dans les cabinets médicaux (19%). Par contre, aucun répondant n'a évoqué des perturbations liées aux pandémies ou épidémies dans les cliniques.

3.2.2.2. Évènement ayant le plus d'impact sur la capacité d'assurer la continuité des services de santé

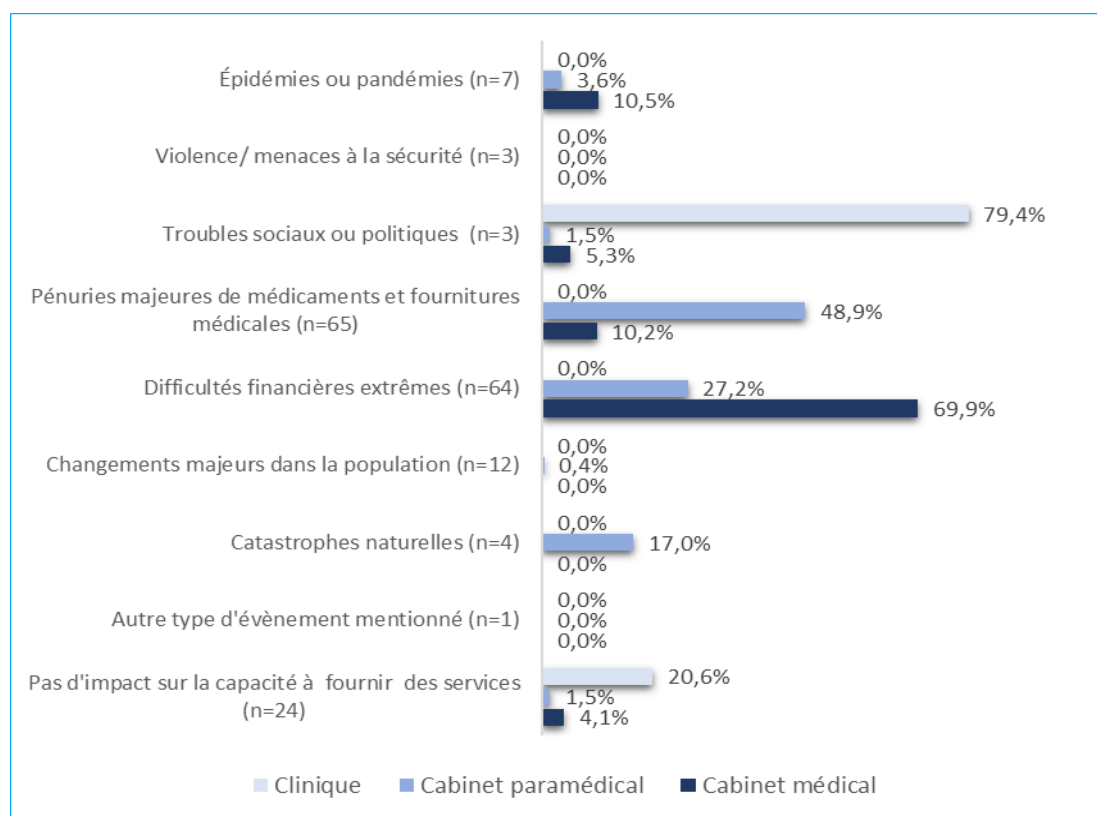


Figure 57 : Évènement ayant le plus d'impact sur la capacité d'assurer la continuité des services du privé

Selon les répondants, la capacité d'assurer la continuité des services dans les structures de santé privées est affectée par trois événements majeurs. Il s'agit des troubles sociaux et politiques qui touchent principalement les cliniques (79,4%), des pénuries majeures de médicaments et fournitures médicales qui impactent essentiellement les cabinets paramédicaux (48,9 %) et des difficultés financières externes qui affectent particulièrement les cabinets médicaux (69,9%) et paramédicaux (27,2%).

3.2.2.3. Durée des événements ayant le plus d'impact sur la capacité de fournir des soins

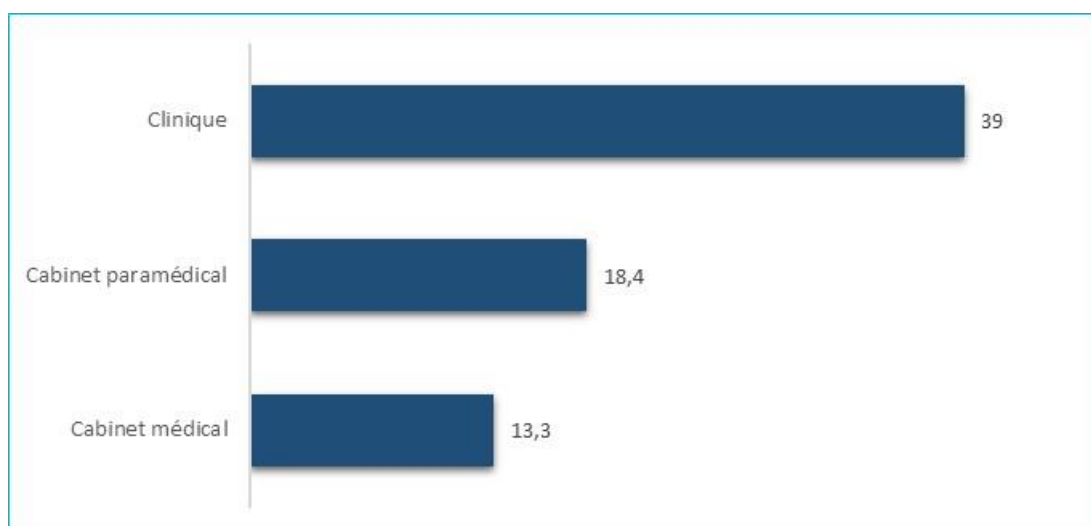


Figure 58 : Durée en mois des événements ayant le plus d'impact sur la capacité d'assurer la continuité des services, selon le type

La durée des événements qui ont impacté la continuité des services est plus importante au niveau des cliniques (39 mois). Elle est en ordre décroissant avec 18,4 mois chez les cabinets paramédicaux et 13,3 mois chez les cabinets médicaux.

3.2.2.4. Impact de ces événements sur la fréquentation des services de santé

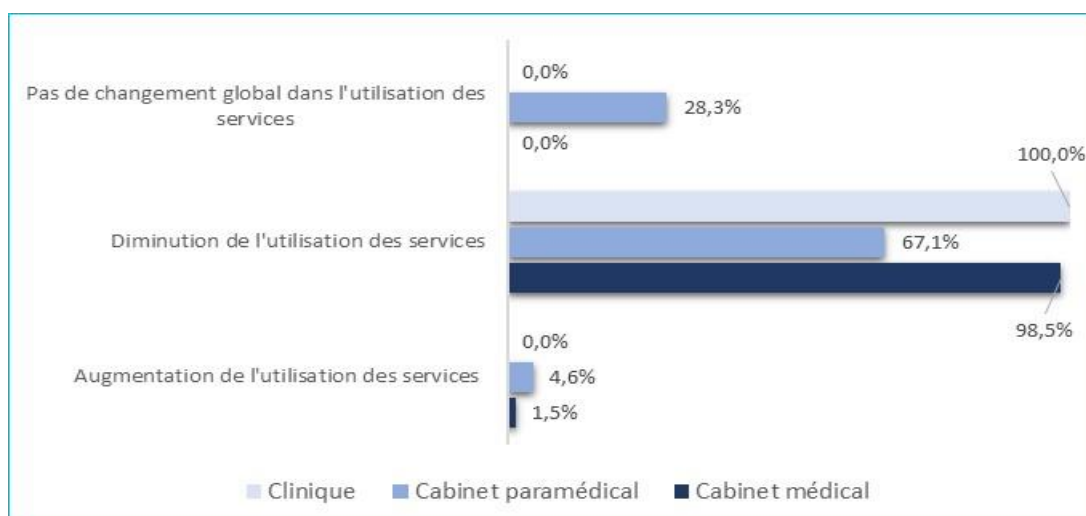


Figure 59 : Impact de ces événements sur la fréquentation des services du privé

Les répondants ont affirmé que les événements (*chocs externes*) ont affecté la fréquentation des services qu'offrent les structures privées. La diminution de la fréquentation de ces services est la conséquence la plus marquante avec respectivement, dans les cliniques (100%), dans les cabinets médicaux (98,5%) et dans les cabinets paramédicaux (67,1%). Ce qui montre que le secteur privé est globalement vulnérable aux chocs. Ainsi, la problématique de la résilience dudit secteur se pose avec acuité (*Livre blanc MSAS 2021*).

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



Figure 60 : Raison principale pour laquelle ces événements ont affecté la fréquentation des services du privé

Les principaux facteurs explicatifs de l'impact des chocs sur la fréquentation des services identifiés par les répondants sont : Capacité des patients à accéder physiquement aux points de prestation de services (PPS) qui affecte majoritairement les cliniques (100%), Disponibilités des services ou des fournitures médicales qui impactent essentiellement les cabinets paramédicaux (34,1%). D'autres raisons ont été évoquées comme affectant principalement les cabinets médicaux (74,7%) et paramédicaux (27,4%).

3.2.3. Services offerts

3.2.3.1. Nature et disponibilité de l'offre de services

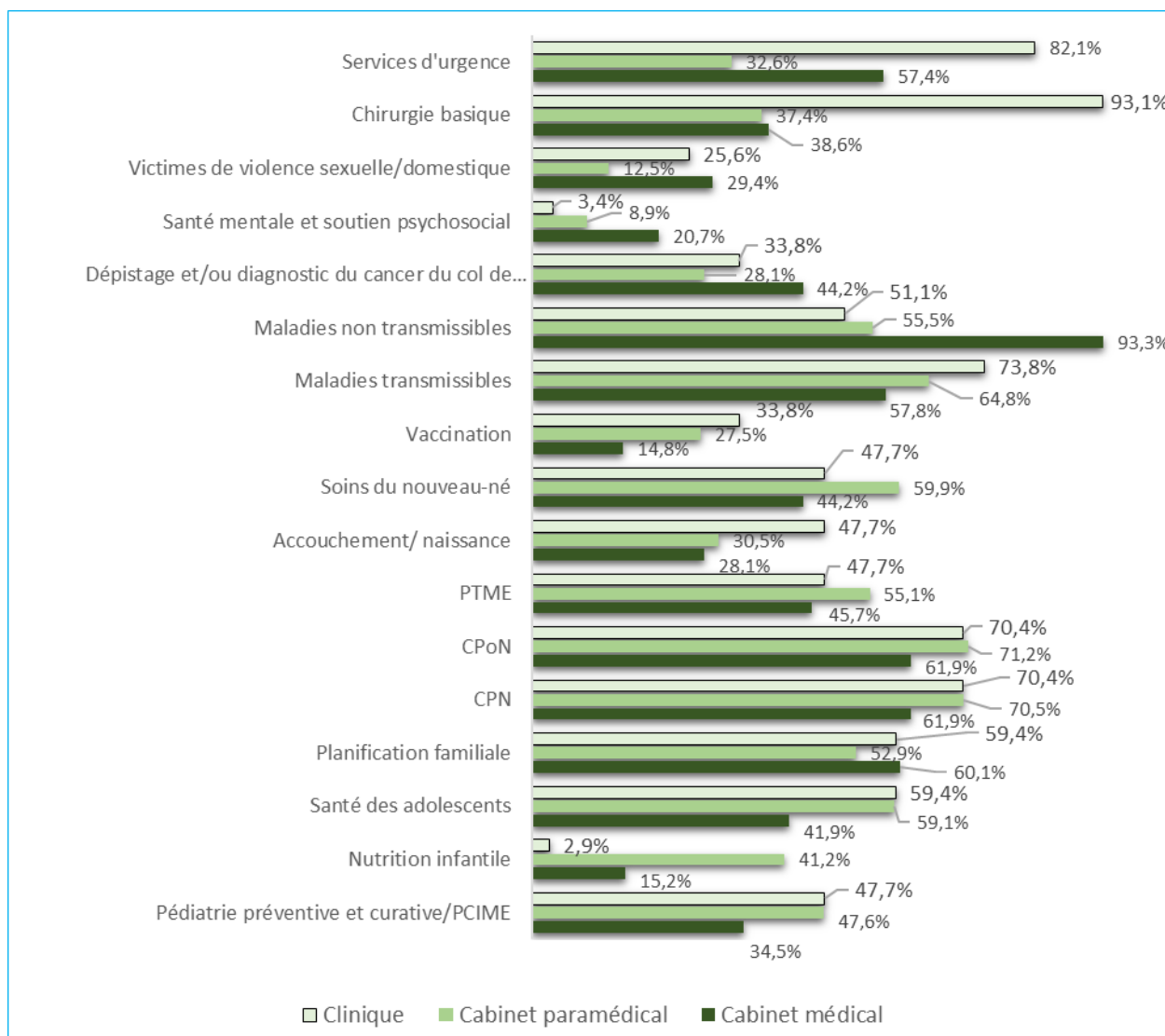


Figure 61 : Nature et disponibilité de l'offre de services

Les résultats de l'enquête ont révélé que les services d'urgence (82,1%), les chirurgies basiques (93,1%), les CPON (70,4%), les CPN (70,4%), les Maladies Transmissibles (73,8%), la planification familiale (59,4%) et la santé des adolescents (59,4%) sont plus disponibles comme offres de service dans les cliniques. La disponibilité de la prise en charge des Maladies Non Transmissibles est plus identifiée dans les cabinets médicaux (93,3%)

Par contre, la vaccination reste toujours le service le moins disponible dans les structures privées de santé : 33,8% dans les cliniques, 27,5% dans les cabinets paramédicaux et 14,8% dans les cabinets médicaux.

Toutefois, il faut remarquer une baisse drastique de l'activité de prise en charge sur la nutrition infantile dans les cliniques (2,9%) et au niveau des cabinets médicaux (15,2%).

Ces résultats s'expliqueraient par de faibles capacités dans le domaine et l'absorption de la potentielle clientèle par les dispensaires privés catholiques qui ont développé une expertise dans la lutte contre la malnutrition et mobilisé des moyens substantiels de récupération nutritionnelle.

Pour élargir les plateformes de prise en charge et mettre à contribution de façon efficace le secteur privé de la santé, il faut mettre en place un programme spécifique de renforcement de capacités et développer des activités centrées sur l'utilisation de nutriments issus de l'alimentation traditionnelle.

Le même constat est fait en santé mentale et soutien psychosocial à tous les niveaux du secteur privé : dans les cliniques (3,4%), les cabinets paramédicaux (8,9%) et les cabinets médicaux (20,7%). Cela s'expliquerait par l'absence de personnel spécialisé dans ce domaine mais surtout la non inscription officielle de cette offre dans le paquet de service habituellement disponible dans les structures privées de santé.

3.2.3.2. Nombre moyen de jours par semaine de fourniture de services

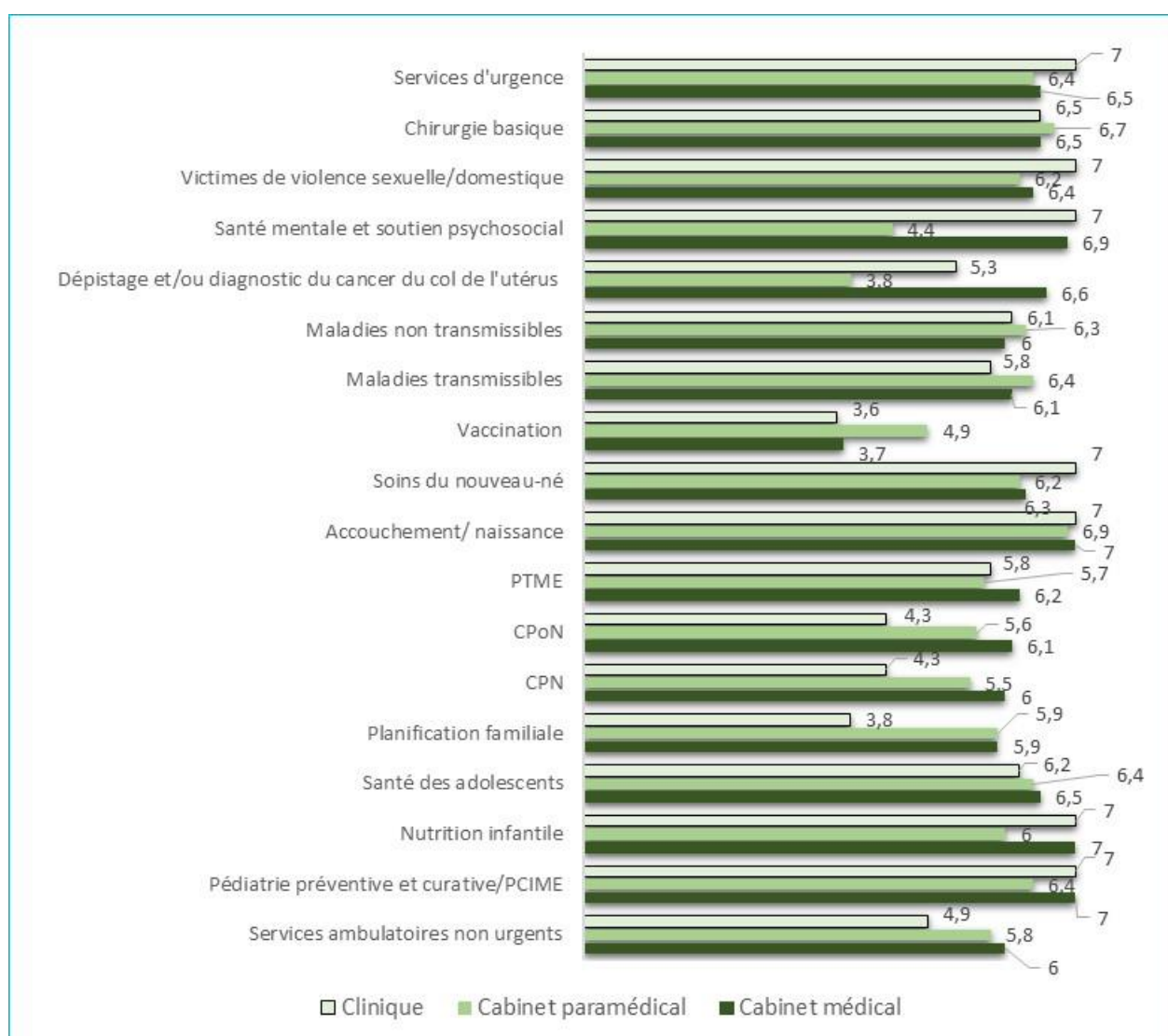


Figure 62 : Nombre moyen de jours par semaine de fourniture de services

En dehors du dépistage du cancer du col de l'utérus (3,8 J/S dans les cabinets paramédicaux), la vaccination (3,6 J/S dans les cliniques et 3,7 J/S dans les cabinets médicaux), le nombre de jours ouvrables consacrés au service offert au secteur privé est satisfaisant. Cela s'expliquerait par le fait que ces types de services font l'objet de programmation et requièrent des moyens spécifiques du fait de la particularité des cibles visées.

3.2.3.3. Nombre moyen d'heures par jour de fourniture du service

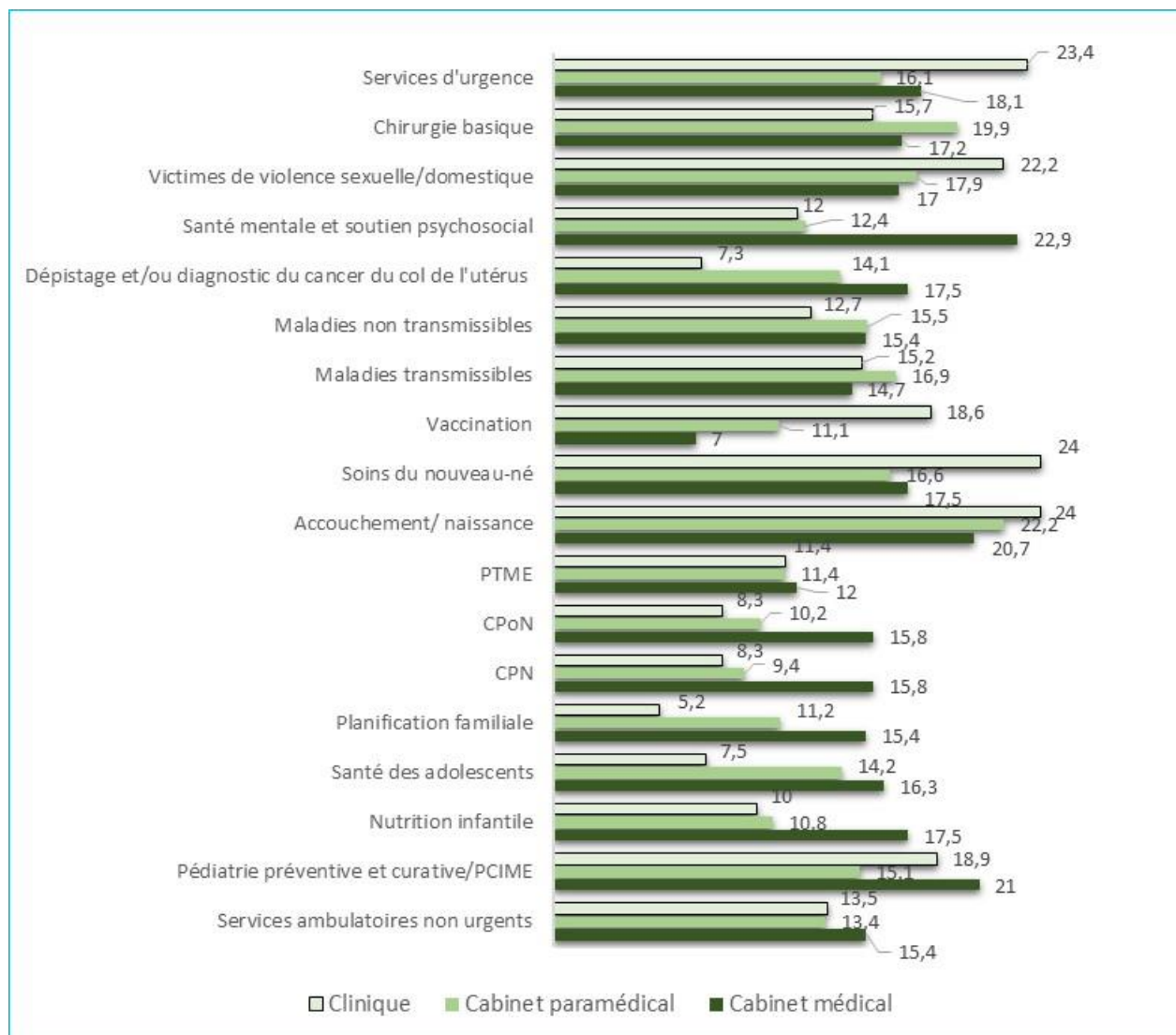


Figure 63 : Nombre moyen d'heures par jour de fourniture du service

Pour l'ensemble des services offerts au niveau du secteur privé, le nombre d'heures par jour consacrées est largement satisfaisant.

3.2.3.4. Défi de l'Infrastructure pour la fourniture des services

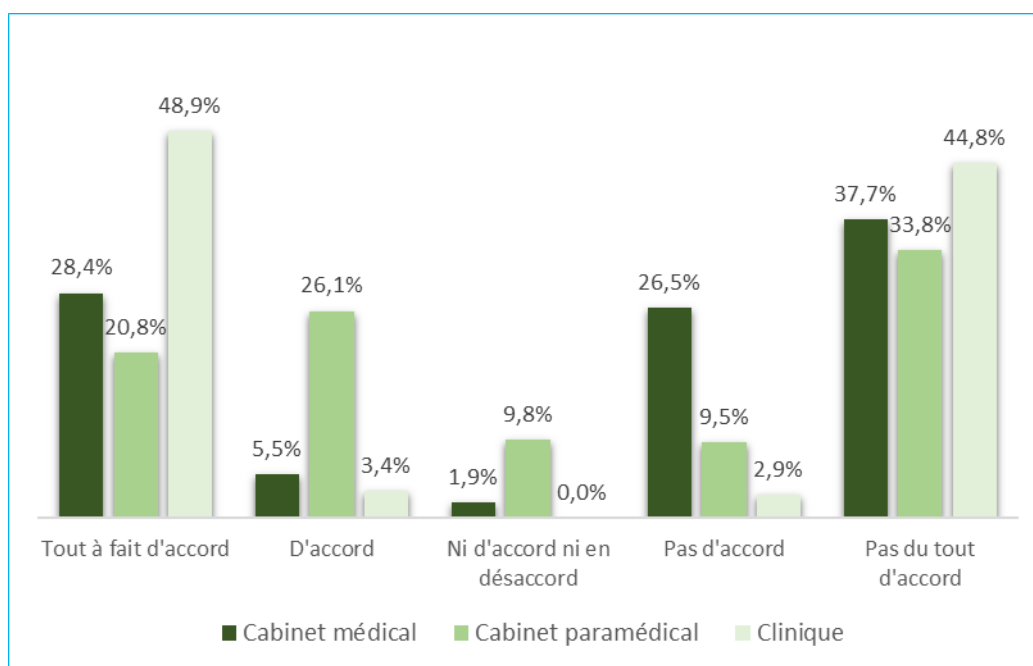


Figure 64 : Dans quelle mesure l'infrastructure constitue un défi pour la fourniture des services

Les répondants exerçant dans les cliniques considèrent majoritairement « *tout à fait d'accord* » (48,9%) que les infrastructures constituent un défi pour la fourniture des services. Pour la majorité des acteurs des cabinets médicaux (37,7%) et paramédicaux (33,8%), les infrastructures ne constituent pas du tout un défi pour la fourniture des services, « *pas du tout d'accord*. »

3.2.3.5. Défi des ressources humaines pour la fourniture des services

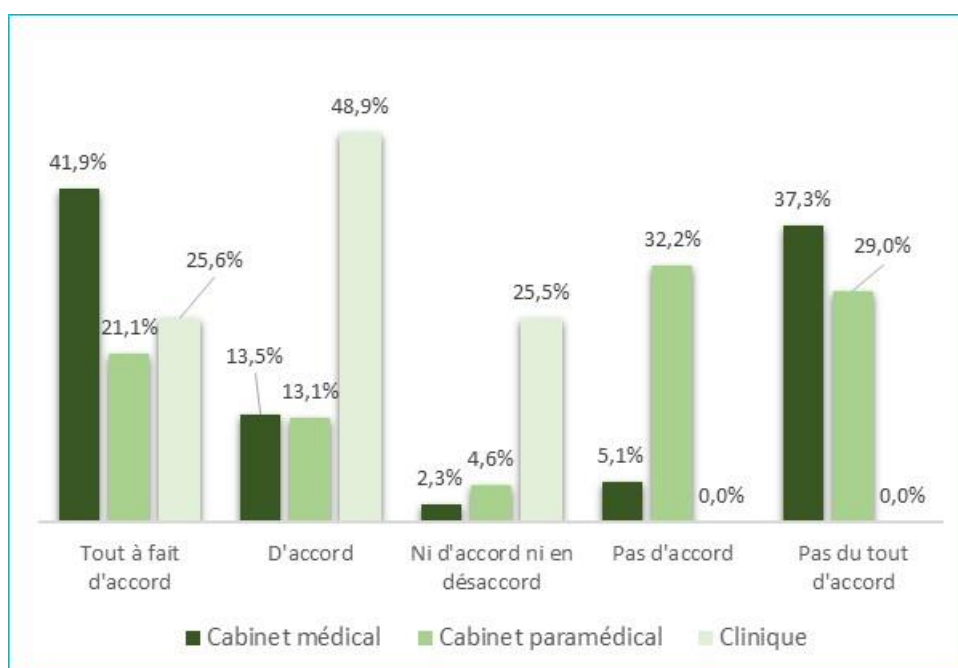


Figure 65 : Dans quelle mesure les ressources humaines constituent un défi pour la fourniture des services

La majorité des répondants exerçant dans les cabinets médicaux (41,9%) affirment être « *tout à fait d'accord* » que les Ressources humains constituent un défi pour la fourniture des services. Ceux des cliniques (48,9%) sont également « *d'accord* » avec cette affirmation. Par contre, pour les répondants des cabinets paramédicaux (32,2%) ils sont en désaccord « *pas d'accord* » avec cette assertion.

3.2.3.6. Défi de l'engagement et l'adhésion de la communauté pour la fourniture des services

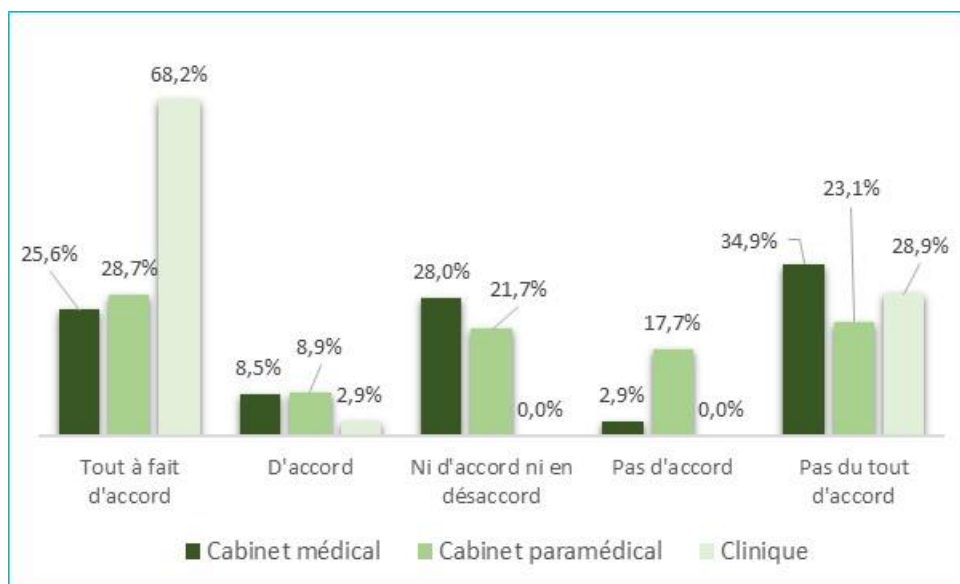


Figure 66 : Engagement et adhésion communautaires, un défi pour la fourniture des services

Les avis des répondants divergent quant à savoir dans quelle mesure l'engagement et l'adhésion communautaires représentent un défi pour la prestation de services dans les structures privées. Dans la plupart des cliniques, 68,2% des répondants ont déclaré être *tout à fait d'accord* avec cette affirmation, tandis que les 28,9% ne sont *pas du tout d'accord*. Pour les cabinets médicaux, 34,9% des répondants ne sont *pas du tout d'accord*. En ce qui concerne les cabinets paramédicaux, 28,7% des participants étaient *tout à fait d'accord*, alors que 23,1% n'étaient pas *du tout d'accord*.

3.2.3.7. Défi de la prévention des infections et l'assainissement pour la fourniture des services

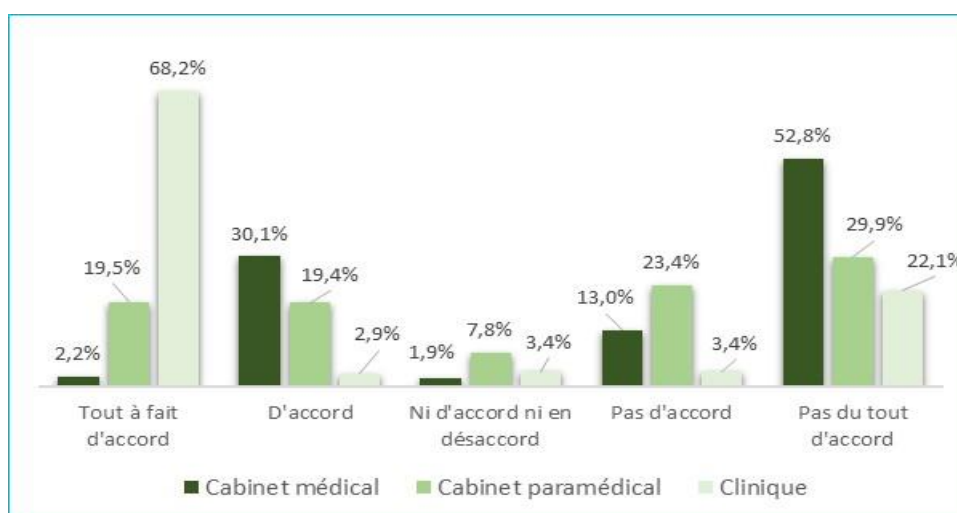


Figure 67 : La prévention des infections et l'assainissement, un défi pour la fourniture des services

Les résultats montrent que dans les cliniques (68,2%), la prévention des infections et l'assainissement constituent un défi pour la fourniture des services, « *tout à fait d'accord* », tandis que 22,1% *ne sont pas du tout d'accord*. Par contre, dans les cabinets médicaux, 52,8% des répondants *ne sont pas du tout d'accord* alors que 30,1% sont *d'accord*. En ce qui concerne les cabinets paramédicaux, 19,5% des participants sont *tout à fait d'accord*, alors que 29,9% *ne sont pas du tout d'accord*.

3.2.3.8. Défi du transport des patients depuis ou vers cette structure pour la fourniture des services

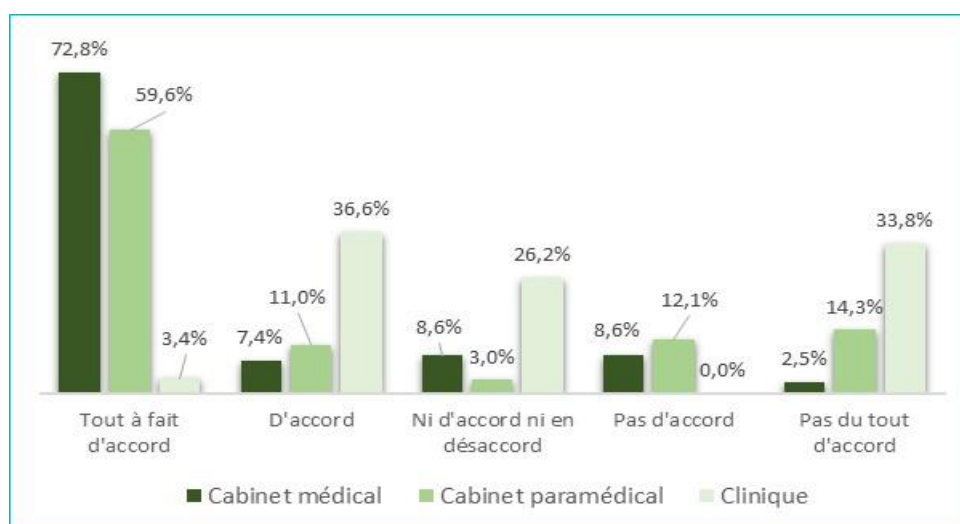


Figure 68 : Le transport des patients depuis ou vers cette formation sanitaire constitue un défi pour la fourniture des services

Les avis des répondants divergent quant à savoir dans quelle mesure le transport des patients représente un défi pour la fourniture des services. Pour la plupart des cliniques (59,6%), les répondants ont déclaré être *tout à fait d'accord* avec cette affirmation, tandis que 14,3% *ne sont pas du tout d'accord*. Concernant les cabinets médicaux, 72,8% des répondants *ne sont pas du tout d'accord*. Pour les cabinets paramédicaux, 36,6% des répondants étaient *tout à fait d'accord* contre 14,3%, *pas du tout d'accord*.

3.2.3.9. Défi du financement pour la fourniture des services

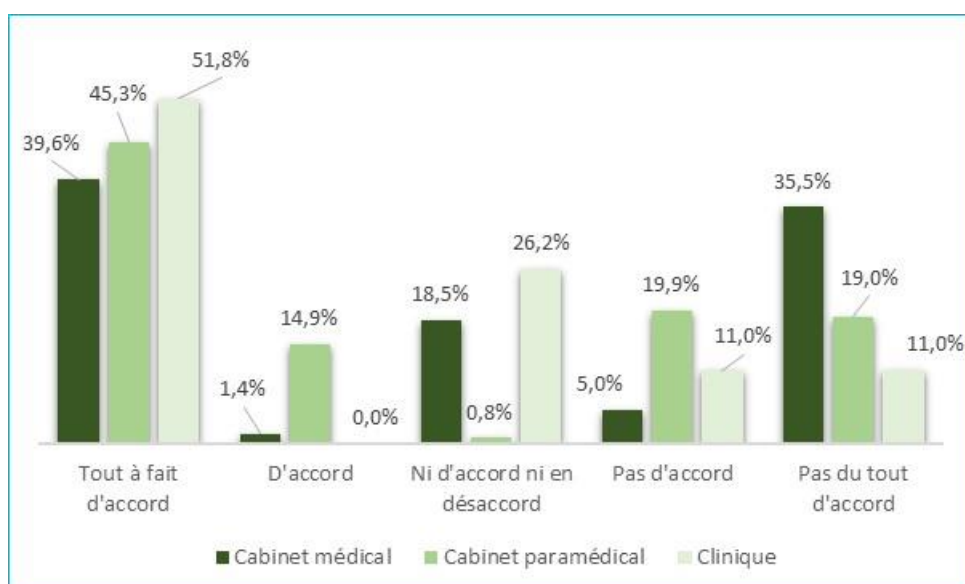


Figure 69 : le financement, un défi pour la fourniture des services

La majorité des répondants des cabinets médicaux (39,6%), paramédicaux (45,3%) et des cliniques (51,8%) considèrent que le financement constitue un défi pour la fourniture des services.

3.2.3.10. Défi des fournitures et équipements médicaux pour la fourniture des services

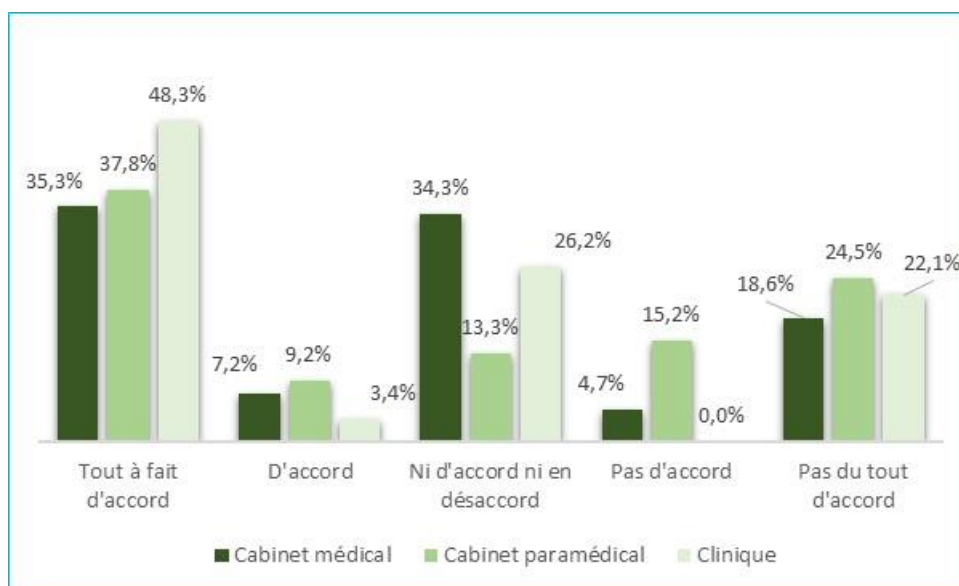


Figure 70 : Les fournitures et équipements médicaux, un défi pour la fourniture des services

La majorité des répondants des cabinets médicaux (35,3%), des cabinets paramédicaux (37,8%) et des cliniques (48,3%) considèrent que les fournitures et équipements médicaux constituent un défi pour la fourniture des services.

3.2.3.11. Défi de la qualité des soins pour la fourniture des services

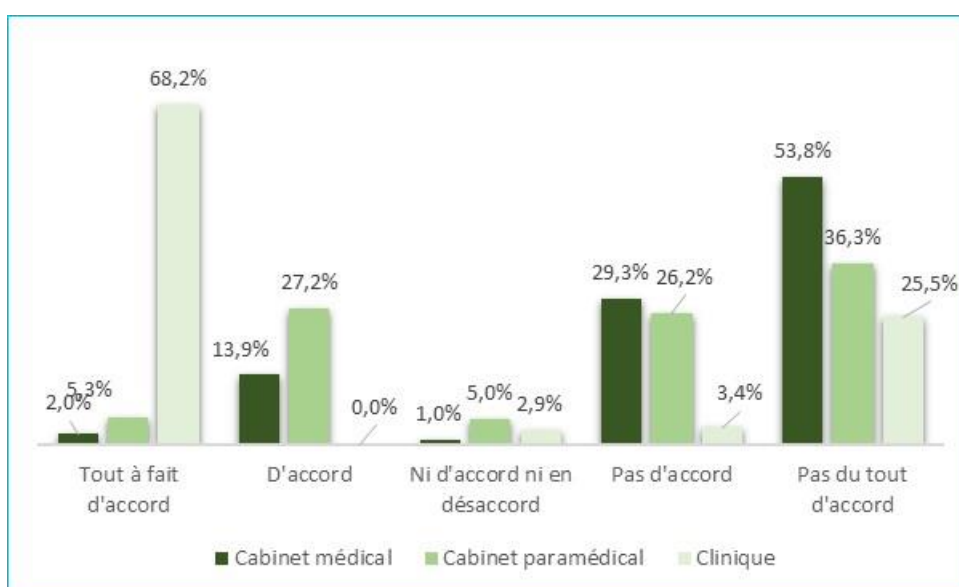


Figure 71 : la qualité des soins, un défi pour la fourniture des services

La qualité des soins constitue un défi pour la fourniture des services pour la majorité des répondants des cliniques (68,2%). Par contre, la majorité des répondants des cabinets médicaux (53,8%) et paramédicaux (36,3%) estiment que la qualité des soins ne constitue *pas du tout un défi* pour la fourniture des services.

3.2.3.12. *Défi de la communication et la coordination avec les autorités supérieures pour la fourniture des services*

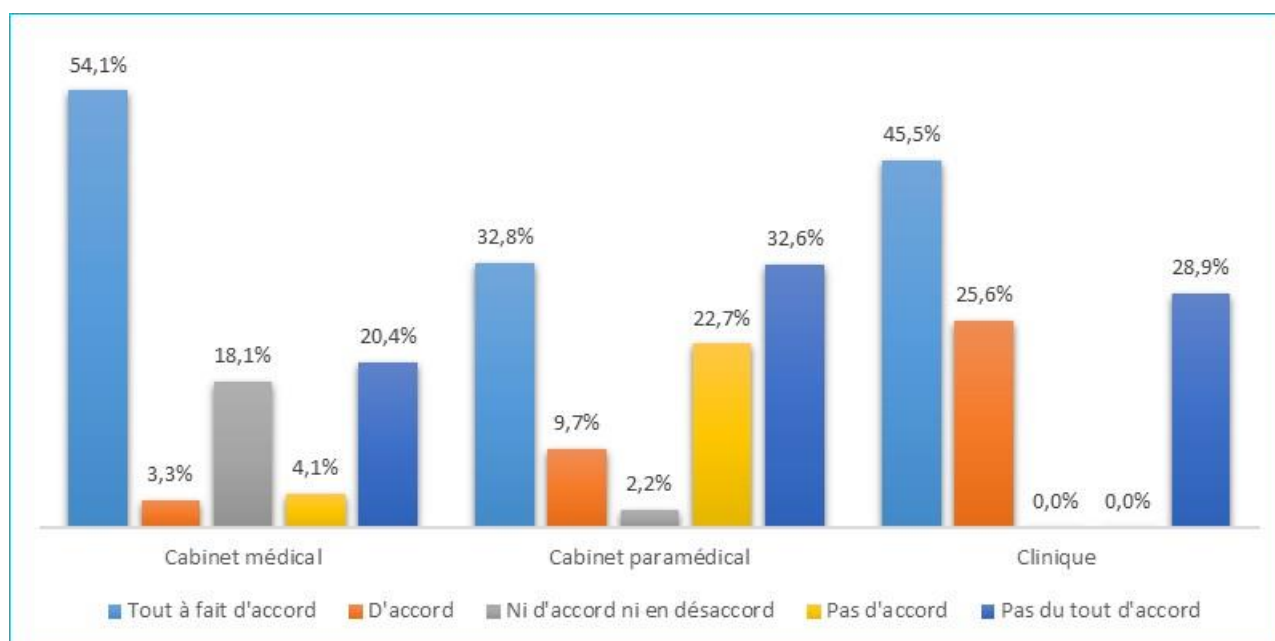


Figure 72 : *Communication et Coordination avec les autorités supérieures et défi pour la fourniture des services*

La plupart des répondants des cabinets médicaux (54,1%), paramédicaux (32,8%) et des cliniques (45,5%) sont tout à fait d'accord avec le fait que la communication et la coordination avec les autorités supérieures constituent un défi pour la fourniture des services.

3.2.4. Disponibilité et qualité des infrastructures

3.2.4.1. Principale source d'approvisionnement en eau

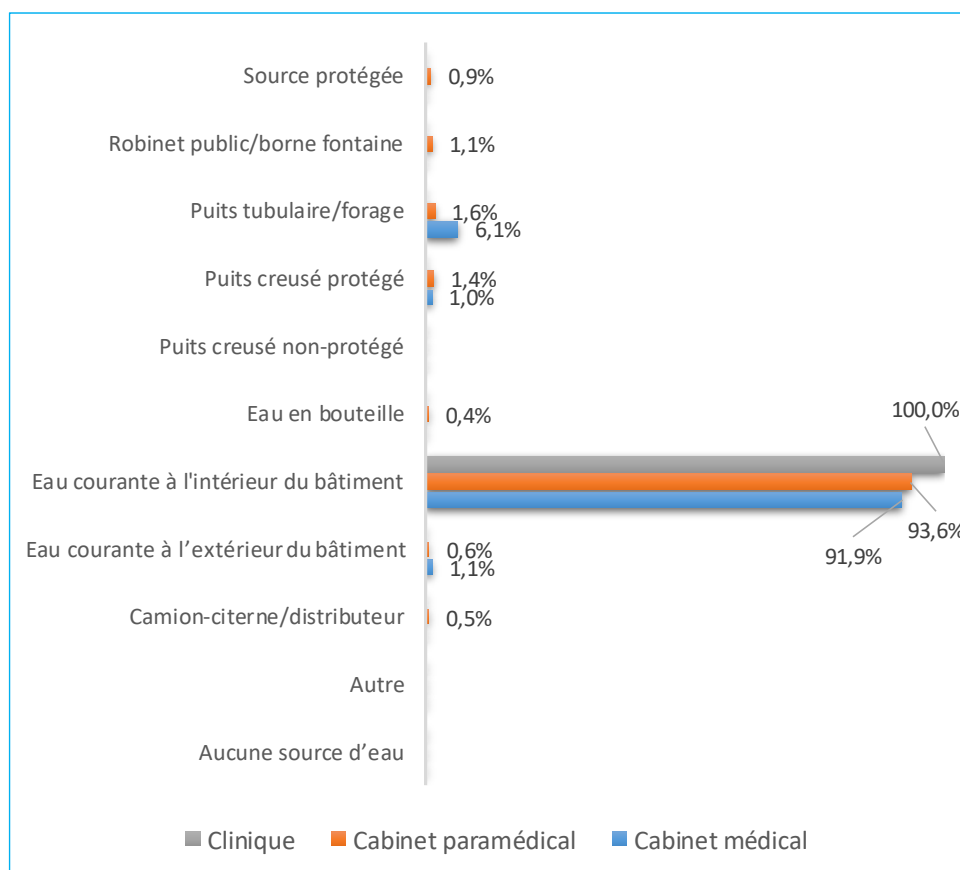


Figure 73 : Principale source d'approvisionnement en eau

Toutes les cliniques (100%) sont équipées d'un approvisionnement en eau courante à l'intérieur de leurs bâtiments comme source principale d'eau. De plus, la majorité des cabinets médicaux (91,9%) et paramédicaux (93,6%) bénéficient également de cette ressource. Par ailleurs, il convient de signaler les approvisionnements en eau à partir de sources extérieures avec des pourcentages variables selon les structures : dans les cabinets paramédicaux (1,1% de robinets publics, 1,6% de puits tubulaires/Forage, 1,4% de puits creusés protégés) ; dans les cabinets médicaux (6,1% puits tubulaires/forage, 1,1% de puits creusés protégés, 1,1% des sources d'eau courante à l'extérieur du bâtiment).

3.2.4.2. Source d'eau située dans l'enceinte de la formation sanitaire

Tous cabinets médicaux et les cliniques (100%) disposent d'une source d'approvisionnement en eau courante à l'intérieur de leur établissement. De plus, la grande majorité des cabinets paramédicaux (96,7%) bénéficient également de cette ressource. Cependant, 3,3% des cabinets paramédicaux déclarent ne pas avoir d'eau courante au sein de leurs structures.

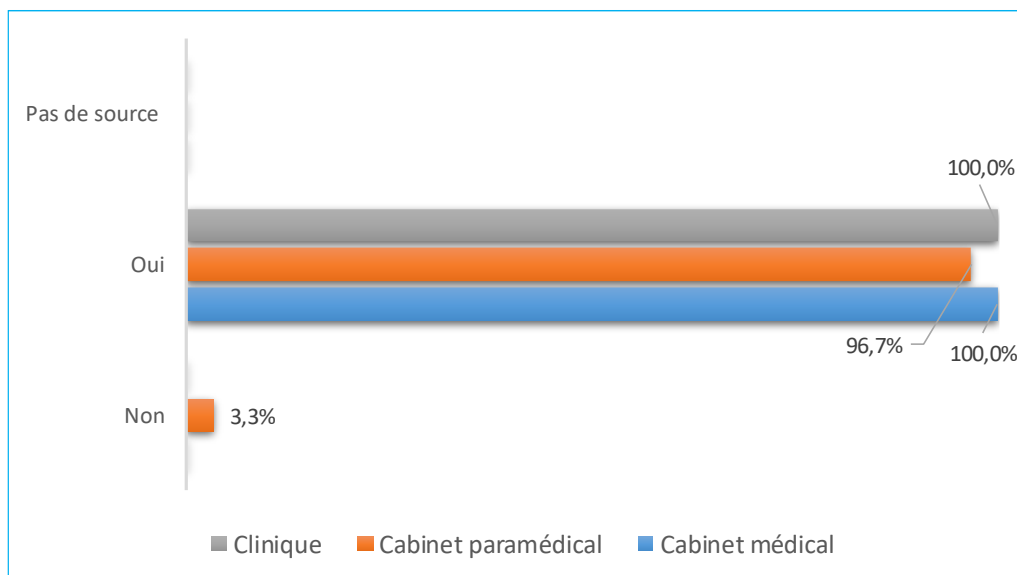


Figure 74 : Source d'eau située dans l'enceinte de la formation sanitaire

3.2.4.3. Interruption de l'approvisionnement en eau au cours des 7 derniers jours

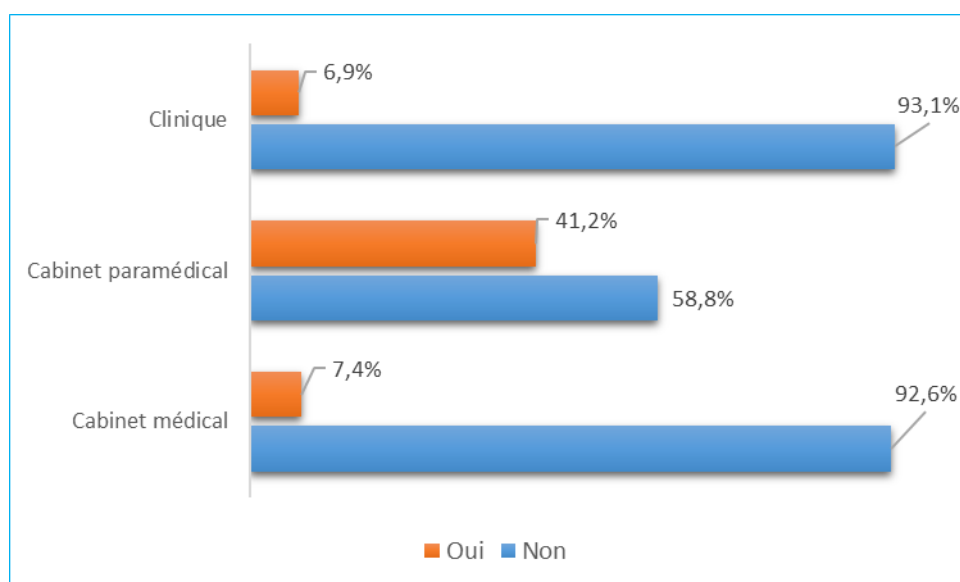


Figure 75 : Interruption de l'approvisionnement en eau au cours des 7 derniers jours

Au cours des sept jours précédant l'enquête, les répondants ont signalé une interruption de l'approvisionnement en eau dans 41,2% des cabinets paramédicaux, 7,4% cabinets médicaux et 6,9% des cliniques

3.2.4.4. Disponibilité et type de toilettes fonctionnelles à l'usage du personnel et des patients

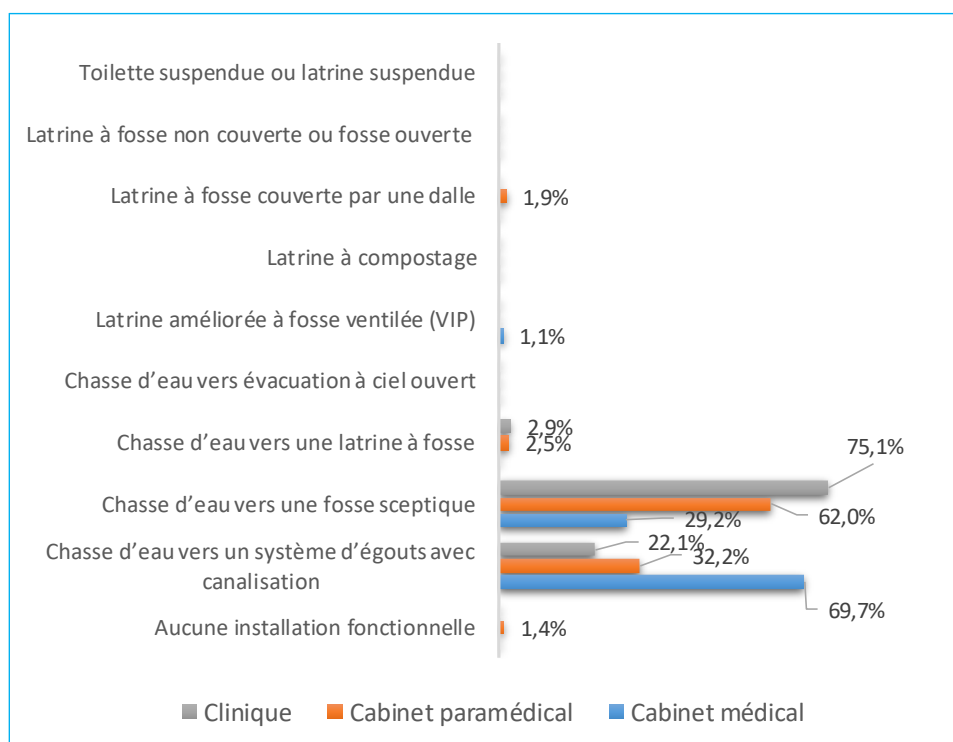


Figure 76 : Disponibilité et type de toilettes fonctionnelles à l'usage du personnel et des patients

Les toilettes de type « *chasse d'eau vers une fosse septique* » sont disponibles et fonctionnelles pour le personnel et les patients dans la majorité des cliniques (75,1%) et des cabinets paramédicaux (62%). Dans les cabinets médicaux, la majorité des répondants (68,7%) déclare la disponibilité de toilettes avec « *chasse d'eau vers un système d'égouts avec canalisation.* » Des répondants des services paramédicaux (1,4%) affirment ne disposer d'aucune installation de toilette fonctionnelle.

3.2.4.5. Disponibilité d'au moins une toilette réservée uniquement pour les différents groupes

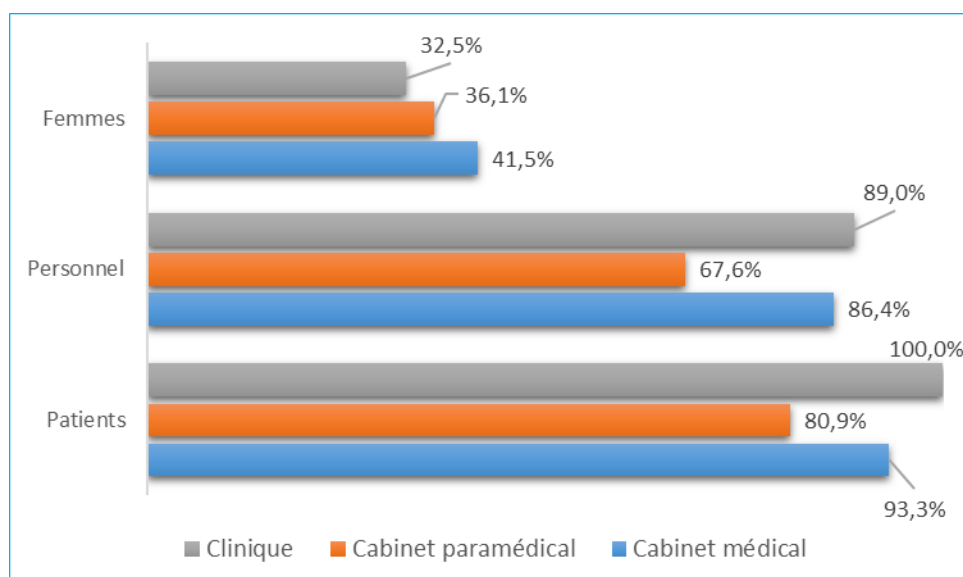


Figure 77 : Disponibilité d'au moins une toilette réservée uniquement pour les différents groupes

Toutes les cliniques (100%) disposent d'au moins une toilette réservée exclusivement aux patients, tout comme la majorité des cabinets médicaux (93,3%) et paramédicaux (80,9%). En revanche, les toilettes réservées aux femmes ne sont disponibles que dans certaines structures : 41,5% des cabinets médicaux, 36,1% des cabinets paramédicaux et 32,5% des cliniques.

3.2.4.6. Disponibilité d'une poubelle avec couvercle dans les toilettes réservées aux femmes

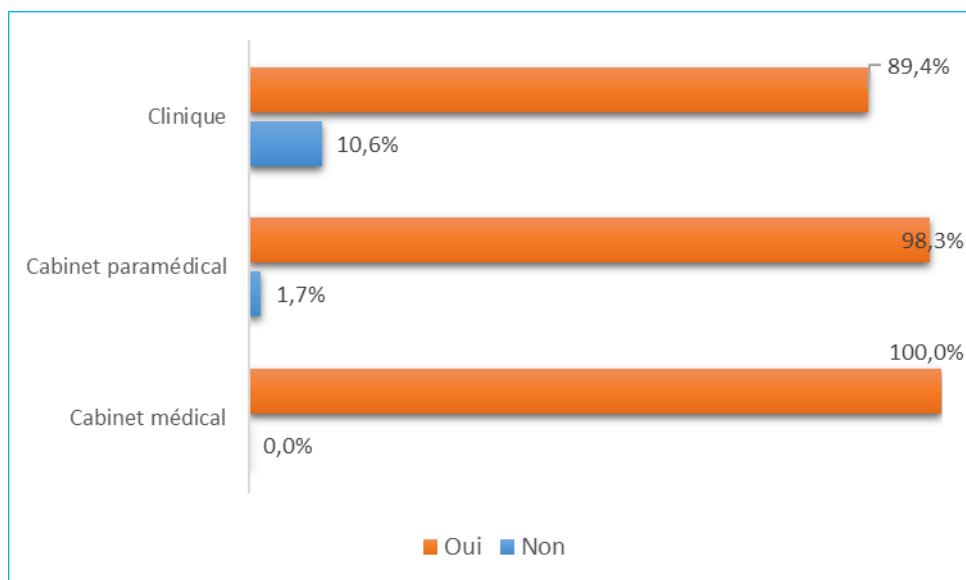


Figure 78 : Disponibilité d'une poubelle avec couvercle dans les toilettes réservées aux femmes uniquement pour les produits d'hygiène menstruelle usagés

Dans tous les cabinets médicaux (100%) équipés de toilettes réservées uniquement aux femmes, une poubelle avec couvercle pour les produits d'hygiène menstruelle usagés est disponible. Il en va de même pour la majorité des cabinets paramédicaux (98,3%) et des cliniques (89,4%).

3.2.4.7. Disponibilité de dispositifs de lavage des mains

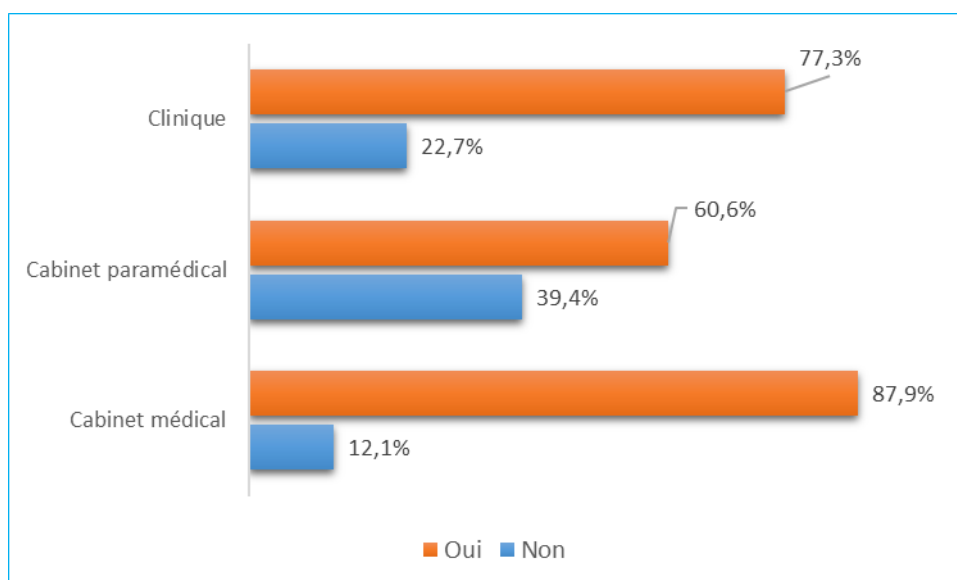


Figure 79 : Disponibilité de dispositifs de lavage des mains

L'absence de dispositifs de lavage des mains est évoquée par 39,4% des répondants des cabinets paramédicaux, 22,7% de ceux des cliniques et 12,1% de ceux des cabinets médicaux. Il est impératif que les autorités sanitaires prennent des mesures pour assurer le respect des obligations figurant dans les cahiers de charges d'ouverture des structures de santé, y compris le bon fonctionnement des dispositifs de lavage des mains.

3.2.4.8. Disponibilité de directives ou protocoles pour le nettoyage des locaux

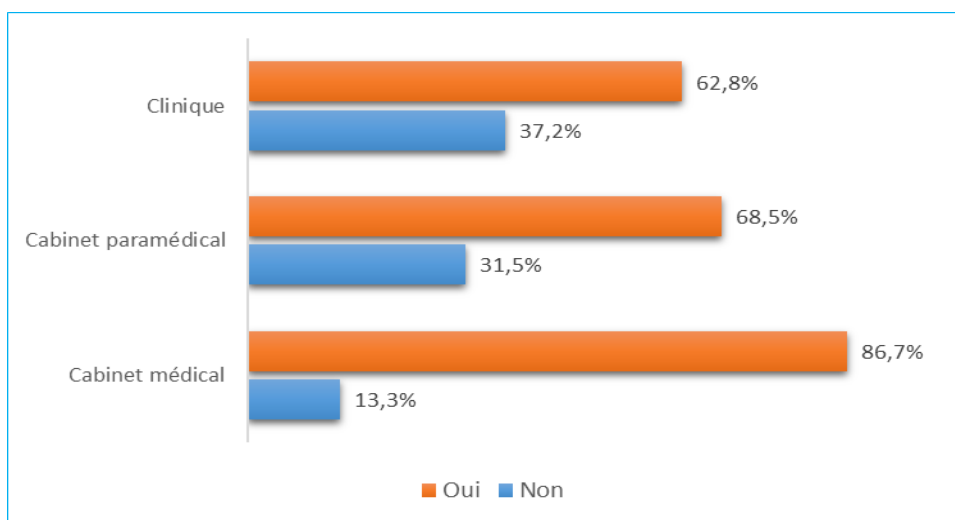


Figure 80 : Disponibilité de directives ou protocoles pour le nettoyage des locaux

La non disponibilité de directives ou de protocoles pour le nettoyage des locaux a été confirmée par des répondants des cliniques (37,2%), des cabinets paramédicaux (31,5%) et des cabinets médicaux (13,3%). Il est impératif que les autorités sanitaires prennent des mesures pour assurer le respect des obligations figurant dans les cahiers des charges d'ouverture des structures de santé.

3.2.4.9. Méthode d'élimination des déchets médicaux

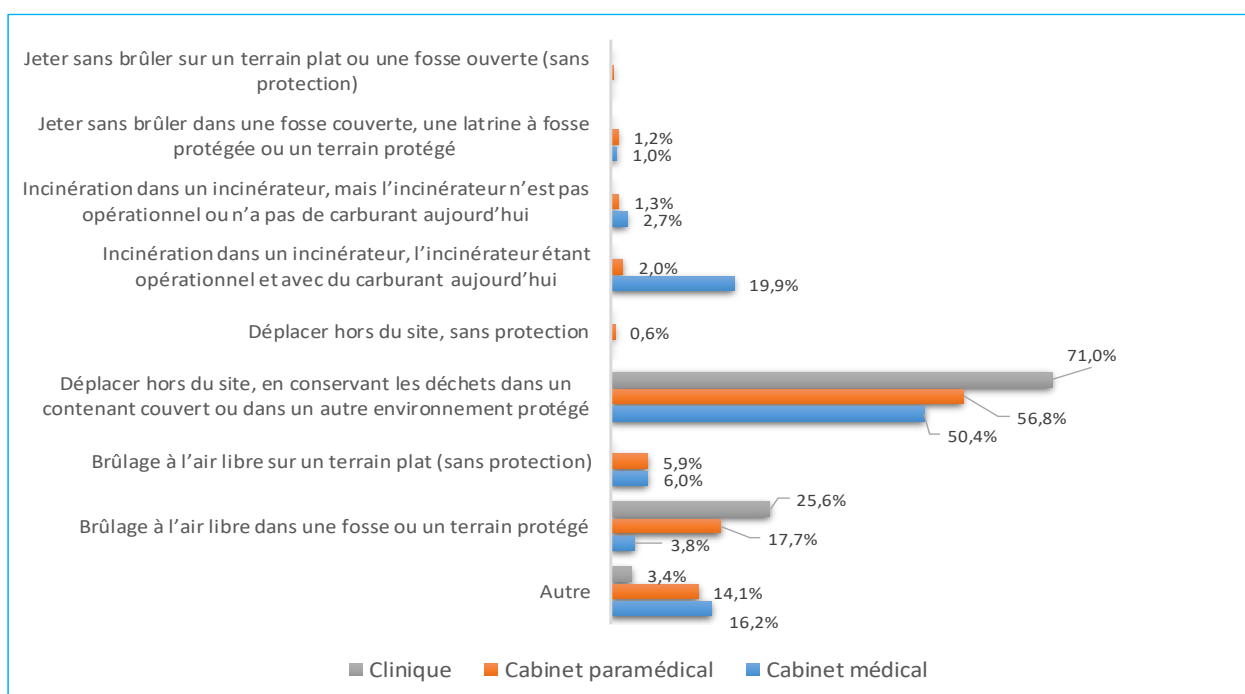


Figure 81 : Méthode d'élimination des déchets médicaux

La majorité des répondants des cliniques (71%), des cabinets médicaux (50,4%) et des cabinets paramédicaux (56,8%) déclarent éliminer leurs déchets médicaux en les *transportant hors du site dans des conteneurs couverts ou dans un autre environnement protégé*. Cependant, certaines pratiques préoccupantes ont été signalées, notamment le *brûlage à l'air libre sur un terrain plat sans protection* (25,6%) dans les cliniques, 17,7% dans les cabinets paramédicaux et 3,8% dans les cabinets médicaux. De plus, 0,6% des répondants des cabinets médicaux ont indiqué éliminer leurs déchets médicaux en les *déplaçant hors du site sans aucune protection*.

Il est essentiel que les autorités sanitaires renforcent la réglementation et la surveillance des pratiques d'élimination des déchets médicaux. Des directives strictes devraient être mises en place pour interdire les méthodes non sécurisées, telles que le brûlage à l'air libre et pour garantir une élimination sécurisée de tous les déchets médicaux par l'utilisation de conteneurs appropriés et des sites de traitement conformes aux normes de protection de l'environnement et de la santé publique.

3.2.4.10. Principale source d'électricité

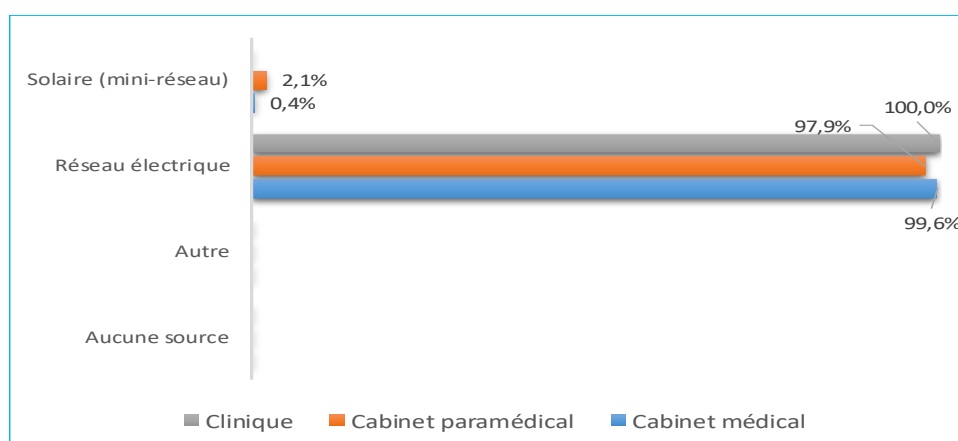


Figure 82 : Principale source d'électricité

Toutes les structures enquêtées disposent d'une source d'électricité. Le réseau électrique est utilisé par toutes les cliniques (100%) de même que la majorité des cabinets médicaux (99,6%) et paramédicaux (97,9%). Cependant, 2,1% des cabinets paramédicaux et 0,4% des cabinets médicaux disposent du solaire (mini-réseau).

3.2.4.11. Disponibilité sans interruption des services au cours des 7 derniers jours

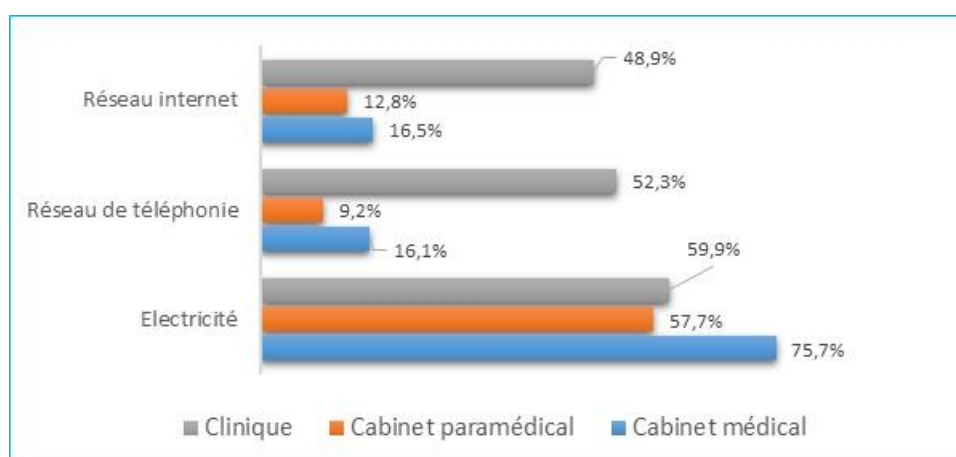


Figure 83 : Disponibilité sans interruption des services au cours des 7 derniers jours

Au cours des sept jours précédant l'enquête, la majorité des répondants ont signalé une interruption de l'électricité dans les cabinets médicaux (75,7%), paramédicaux (57,7) et dans les cliniques (59,9%).

L'interruption du réseau de téléphonie est signalée par les répondants des cliniques (52,3%), des cabinets médicaux (16,1%), et paramédicaux (9,2%).

Quant au réseau internet (48,9%) des répondants des cliniques, (12,8%) des cabinets paramédicaux et (16,5%) des cabinets médicaux ont signalé des interruptions.

Les interruptions fréquentes de l'électricité signalées par les cabinets médicaux, paramédicaux et les cliniques suggèrent un besoin urgent d'améliorer la stabilité du réseau électrique dans ces établissements. Il est recommandé d'investir dans des sources d'énergie de secours, tels que les générateurs ou les panneaux solaires, pour garantir une continuité des services.

Les autorités sanitaires devraient collaborer avec les fournisseurs d'énergie pour identifier les zones les plus touchées et développer des solutions ciblées pour minimiser les interruptions.

Les interruptions du réseau téléphonique et internet dans les cliniques et cabinets médicaux soulignent la nécessité d'améliorer les infrastructures de télécommunications. Il est recommandé d'engager des discussions avec les opérateurs de téléphonie mobile et les fournisseurs de services internet pour améliorer la couverture et la qualité du service dans ces zones.

3.2.4.12. Disponibilité d'une salle qui garantit l'intimité sonore et visuelle lors des consultations

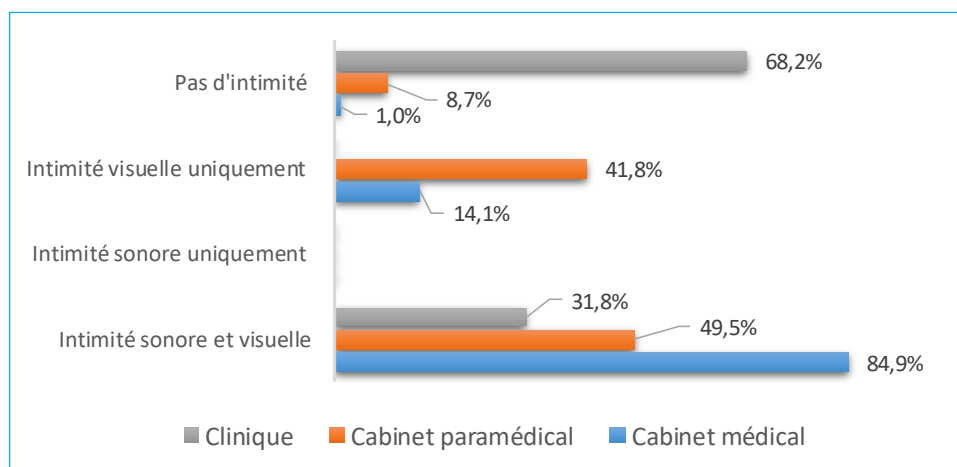


Figure 84 : Disponibilité d'une salle qui garantit l'intimité sonore et visuelle lors des consultations

Les répondants des cliniques (68,2%), ceux des cabinets paramédicaux (8,7%) et médicaux (1%) ont indiqué qu'il n'y avait aucune salle de consultation qui garantissait l'intimité sonore et visuelle au sein de leurs structures. La majorité des répondants des cabinets médicaux (84,9%) et paramédicaux (49,5%) indiquent avoir une salle de consultation garantissant l'intimité sonore et visuelle au sein de leurs structures.

Il est crucial d'améliorer les conditions d'intimité dans les salles de consultation des cliniques, où une majorité de répondants ont identifié un manque d'intimité sonore et visuelle. Cela pourrait inclure l'installation de parois insonorisées, l'amélioration de l'aménagement spatial, ou l'ajout d'équipements permettant de garantir la confidentialité des consultations.

Établir des normes en matière d'intimité sonore et visuelle pour toutes les structures sanitaires du public et du privé. Ces normes devraient être régulièrement évaluées et mises à jour en fonction des standards internationaux.

3.2.4.13. Disponibilité de moyen de transport

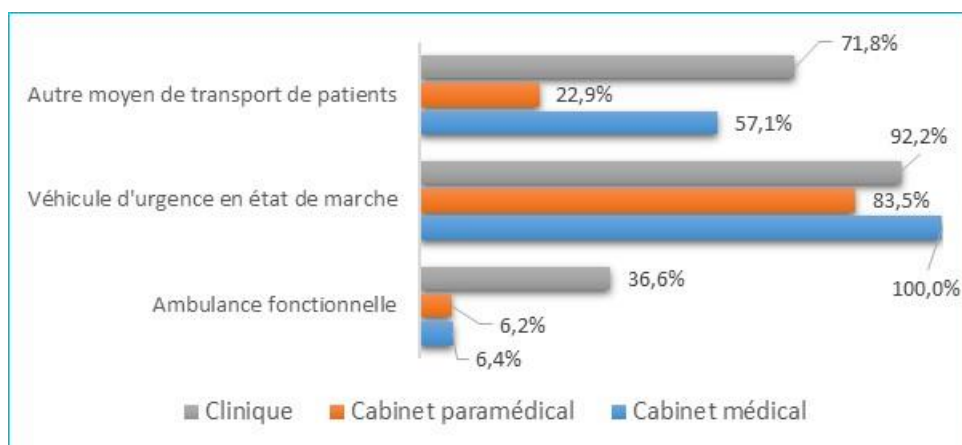


Figure 85 : Disponibilité de moyen de transport

Seulement 36,6% des cliniques, 6,4% des cabinets médicaux, et 6,2% des cabinets paramédicaux disposent d'une *ambulance fonctionnelle*. Cependant, tous les cabinets médicaux (100%) font appel à un *véhicule d'urgence en bon état de marche* pour le transport des patients, tandis que la majorité des cabinets paramédicaux (83,5%) et des cliniques (92,2%) utilisent également des *véhicules d'urgence fonctionnels*.

3.2.4.14. Autres moyens de transport de patients disponibles

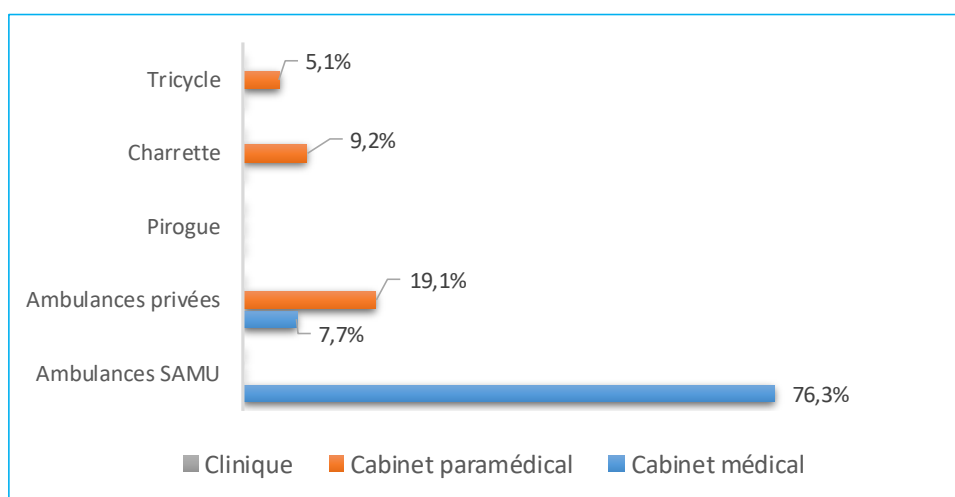


Figure 86 : Autres moyens de transport de patients disponibles

Parmi les structures qui utilisent des moyens de transport de patients autres que les ambulances et les véhicules d'urgence en état de marche, les répondants des cabinets paramédicaux rapportent utiliser des charrettes (9,2%), des tricycles (5,1%) et des ambulances privées (19,1%). La majorité des cabinets médicaux (76,3%) font appel aux ambulances du SAMU.

3.2.4.15. Disponibilité de salles et zone d'isolement

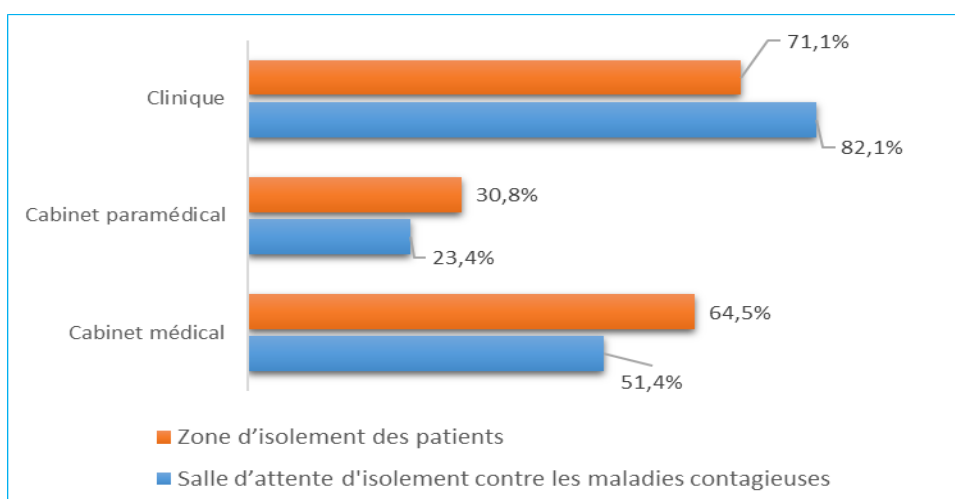


Figure 87 : Disponibilité de salles et zone d'isolement

Les répondants des cabinets paramédicaux indiquent que seulement 30,8 % de leur structure possèdent une zone d'isolement pour les patients et 23,4 % une salle d'attente dédiée à l'isolement contre les maladies contagieuses. De même, seuls 51,4 % des cabinets médicaux disposent d'une salle d'attente pour l'isolement contre 82,1 % pour les cliniques.

Pour l'amélioration, encourager la mutualisation des ambulances entre différentes structures de santé pour optimiser l'utilisation des ressources disponibles, surtout entre les cabinets médicaux et paramédicaux qui disposent de moins d'ambulances fonctionnelles.

3.2.4.16. Défis liés aux infrastructures ayant limité ou empêché la capacité de la structure à fournir des services de santé

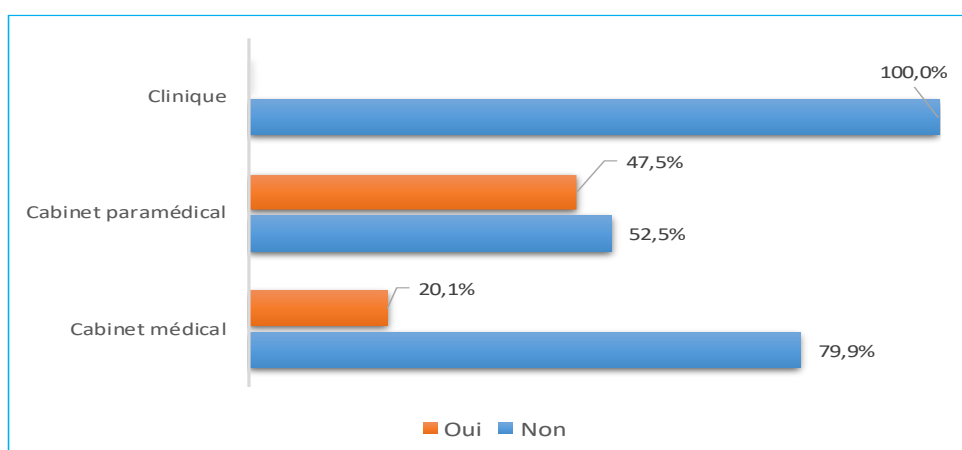


Figure 88 : Comment les défis liés aux infrastructures ont limité ou empêché la capacité de la formation sanitaire à fournir des services de santé

Les répondants des cabinets médicaux (20,1%) et paramédicaux (47,5%) affirment que les défis liés aux infrastructures limitent ou empêchent leur capacité de fournir de services de santé. Par contre les répondants des cliniques n'ont pas cette perception.

3.2.5. Fournitures médicales

3.2.5.1. Disponibilité et fonctionnalité d'équipements médicaux spécifiques

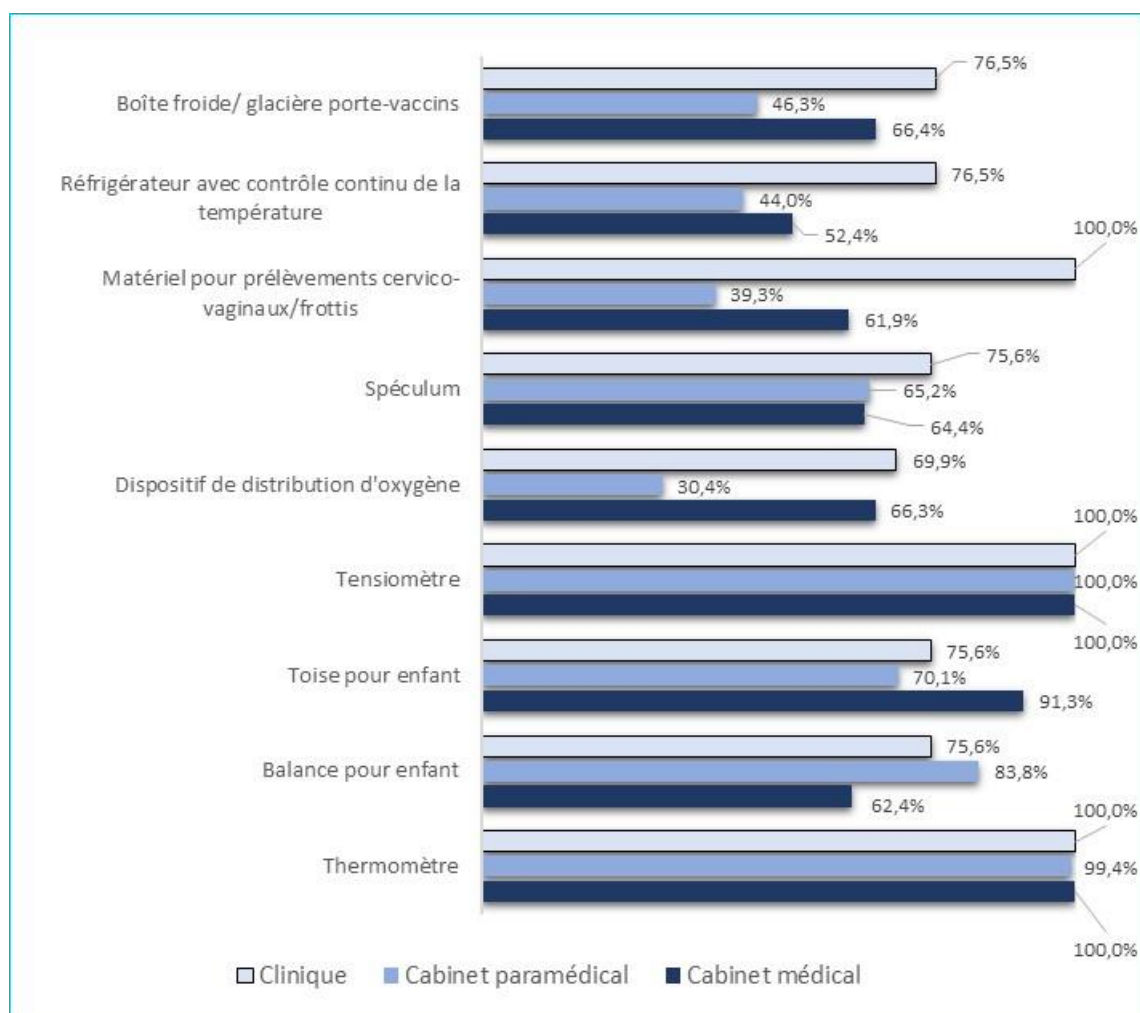


Figure 89 : Disponibilité et fonctionnalité d'équipements médicaux spécifiques

L'enquête révèle la disponibilité de boîte froide/Glacière porte-vaccins dans seulement 76,5% des cliniques, 66,4% des cabinets médicaux et 46,3% des cabinets paramédicaux. De même que pour les réfrigérateurs avec contrôle continu de la température, le niveau de disponibilité est de 76,5% dans les cliniques, 66,4% dans les cabinets médicaux et 46,3% dans les cabinets paramédicaux.

Concernant la disponibilité des matériels cervicaux vaginaux/Frottis, l'enquête révèle 61,9% dans les cabinets médicaux et 39,3% dans les cabinets paramédicaux. Par contre, toutes les cliniques (100%) disposent de ce matériel. Pour le spéculum, le niveau de disponibilité est de 75,6% dans les cliniques, 64,4% dans les cabinets médicaux et 65,2% dans les cabinets paramédicaux.

Pour ce qui est des tensiomètres et thermomètres, le niveau de disponibilité est presque à 100% dans toutes les structures privées.

Concernant les toises pour enfant, l'enquête révèle un niveau de disponibilité relativement acceptable et variable selon les types de structures : cliniques (75,6%), cabinets paramédicaux (70,1%) et cabinets médicaux (91,3%).

Les dispositifs de distribution d'oxygène sont disponibles dans 69,9% des cliniques, 66,3% des cabinets médicaux et 30,4% des cabinets paramédicaux.

Des audits réguliers des équipements et des initiatives pour combler les lacunes restantes, notamment en fournissant des formations sur l'utilisation et l'entretien de ces équipements, devraient être menés pour maintenir un niveau de disponibilité élevé.

3.2.5.2. Disponibilité de services ou matériels de diagnostic

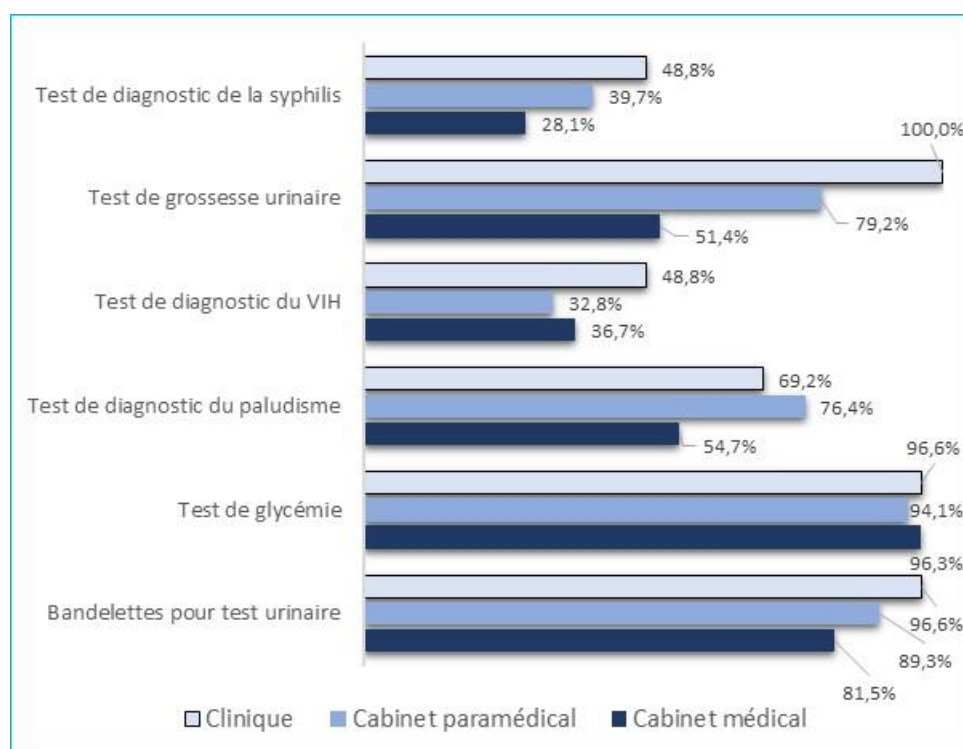


Figure 90 : Disponibilité de matériels de diagnostic

Pour la disponibilité du matériel de diagnostic des maladies courantes et régulièrement prise en charge dans les structures privées, le niveau de disponibilité est particulièrement faible concernant les tests de diagnostic de la syphilis (48,8% des cliniques, 39,7% des cabinets paramédicaux et 28,1% des cabinets médicaux) et les tests de diagnostic du VIH (48,8% des cliniques, 32,8% des cabinets paramédicaux et 36,7% des cabinets médicaux). Ce faible taux s'expliquerait par la non prise en compte des besoins du privé lors des commandes au niveau des districts.

3.2.5.3. Disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI)

Pour les masques de protection respiratoires (MPR) et les lunettes de protection (LP), l'enquête révèle un faible taux de disponibilité au niveau de cabinets paramédicaux (24,1% MPR et 10% LP) et médicaux (20,1% MPR, 9,3% LP).

Ce faible taux de disponibilité de ce matériel de protection serait lié à leur utilisation exceptionnelle au niveau de ces plateformes d'offres de services. Par contre, pour les cliniques, la disponibilité du matériel de protection est à des taux relativement satisfaisants (66,2% LP, 74,2% BP, 94,9% GJ, 100% MM et 73,6% MPR).

Toutefois, du fait du niveau de risque d'infections nosocomiales au regard du paquet de services de soins offerts dans ces plateformes, la protection du personnel doit être renforcée par l'optimisation de la disponibilité de ce type de matériel.

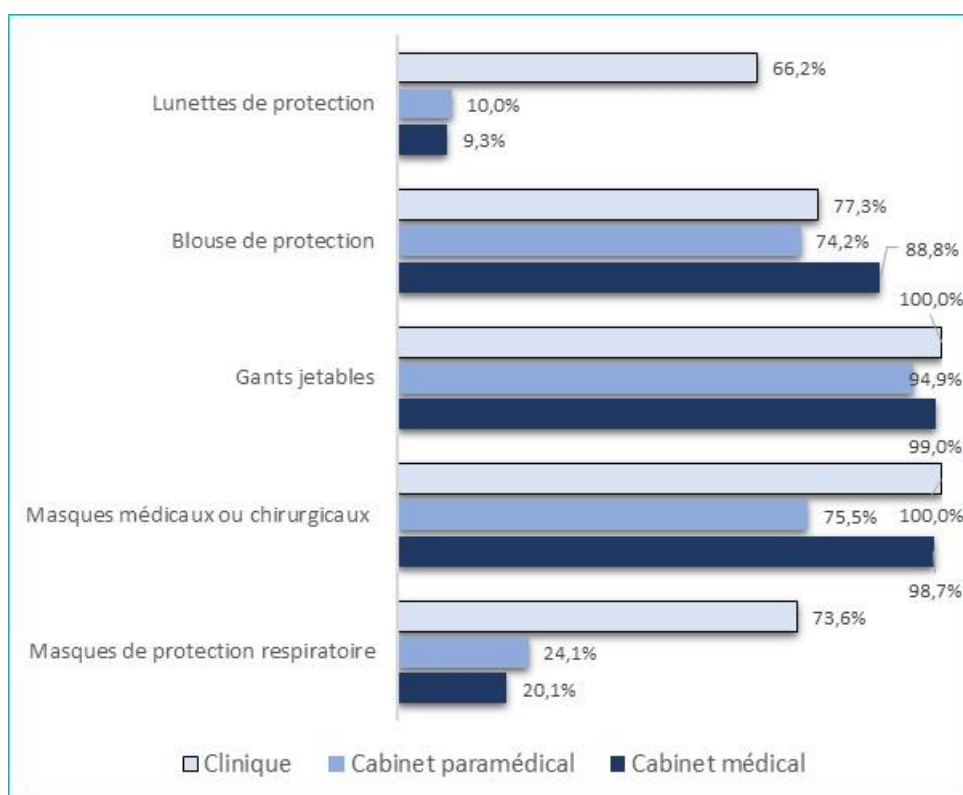


Figure 91 : Disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI)

3.2.5.4. Disponibilité des médicaments essentiels

Pour la disponibilité des médicaments essentiels, l'enquête révèle un taux faible particulièrement au niveau des cabinets médicaux (Vitamine A 11,2%, méthodes contraceptives réversibles à courte durée d'action 12,8%, Solutés et réhydratation orale 12,3%, Sulfate de zinc 12,3%).

Il est apparu aussi au niveau des cliniques, la disponibilité en produit PF (27,2%) est relativement faible. Ce constat serait dû à une offre de ces types de service réduite du fait soit de la non rentabilité du produit soit de la non intégration de la plateforme dans le programme de santé responsable de ce volet.

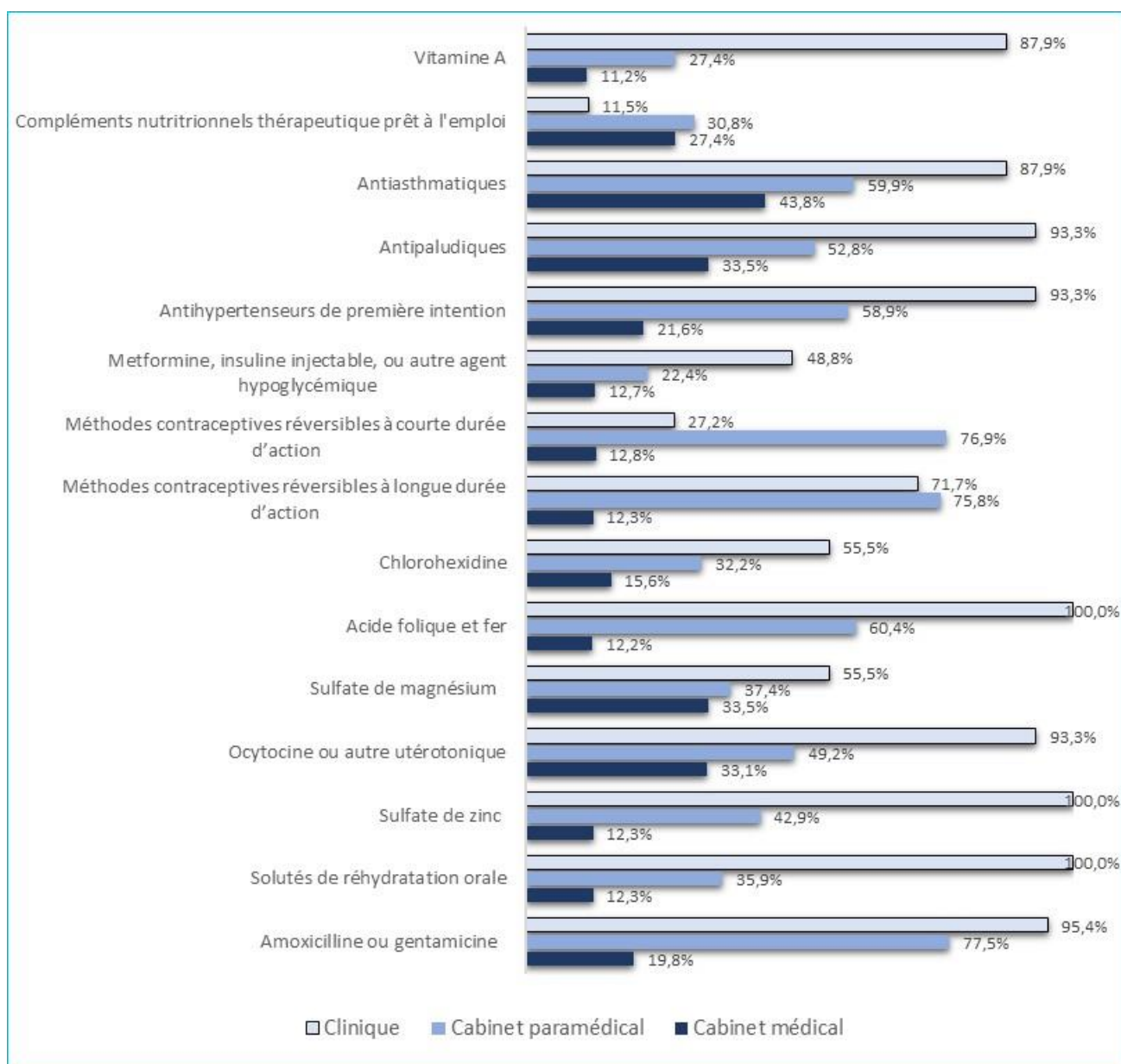


Figure 92 : Disponibilité des médicaments essentiels

3.2.5.5. Disponibilité des vaccins

Concernant la disponibilité des vaccins, l'enquête révèle globalement un niveau très faible dans tous les types de structures : clinique (0% COVID-19 et HPV), cabinets médicaux (1,7% COVID-19 et 12,4% pour tous les autres types de vaccins).

Ce faible taux de disponibilité serait dû à l'absence de réfrigérateurs adaptés à la conservation du vaccin ou à la non éligibilité des structures dans le cadre du programme d'appui à la vaccination contre le COVID-19 initiée par le MSAS.

Cette situation pourrait être expliquée par le non disponibilité de réfrigérateurs non homologués. Pour ce type de vaccin également, la faiblesse du taux serait liée à l'absence de réfrigérateurs homologués ou à la non éligibilité des structures dans le cadre du programme d'appui à la vaccination contre le COVID-19 initiée par le MSAS.

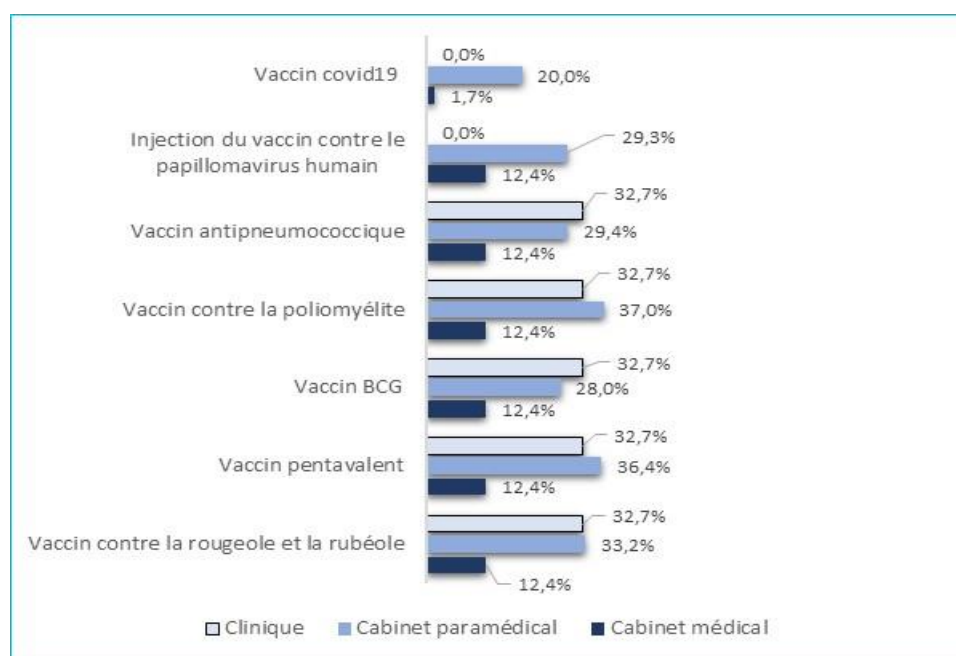


Figure 93 : Disponibilité des vaccins

3.2.5.6. Difficultés de maintien d'un niveau suffisant de fournitures médicales

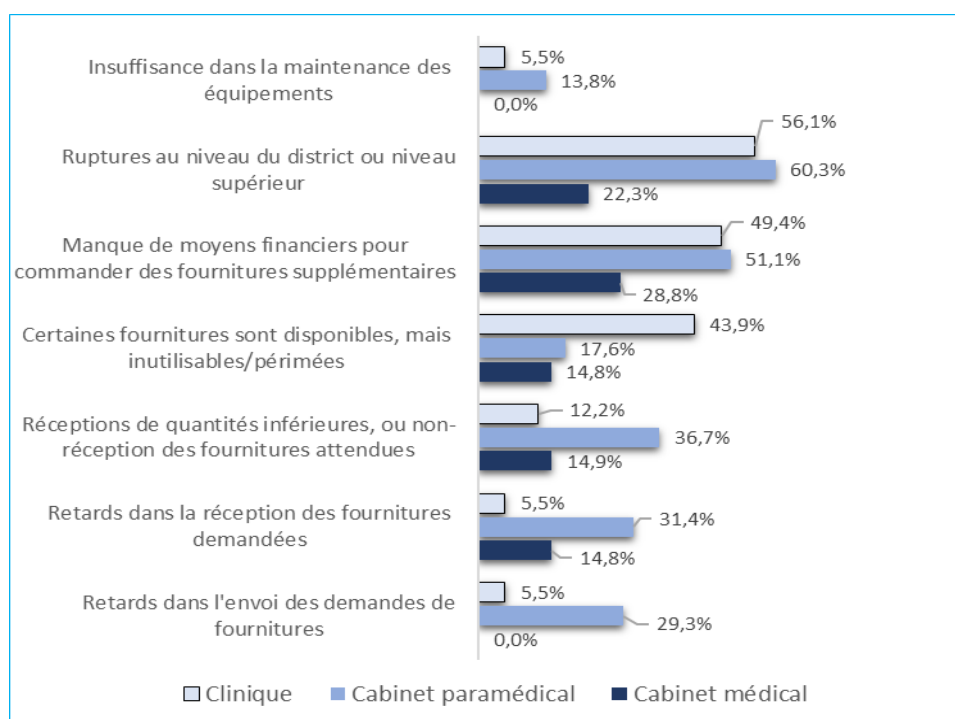


Figure 94 : Localisation des formations sanitaires

Les répondants ont évoqué les difficultés qu'ils rencontrent pour maintenir un niveau suffisant des fournitures médicales qui sont essentiellement dues à l'insuffisance de ressources financières (49,4%/cliniques, 51,1%/cabinets paramédicaux et 28,8%/cabinets médicaux), à un déficit de maintenance du matériel existant (56,1%/cliniques, 60,3%/cabinets paramédicaux et 22,3%/cabinets médicaux) ou la péremption de certains produits d'urgence déjà commandés (43,9%/cliniques, 17,6%/cabinets paramédicaux et 14,8%/cabinets médicaux).

Ces écarts ne peuvent être comblés qu'avec l'appui de l'Etat à travers des subventions, l'enrôlement des structures privées dans l'offre de service de maintenance et l'intégration des commandes du privé dans la liste validée par la SEN-PNA et les PRA.

3.2.5.7. Insuffisances des fournitures et équipements médicaux et capacité de la structure à fournir des services de santé

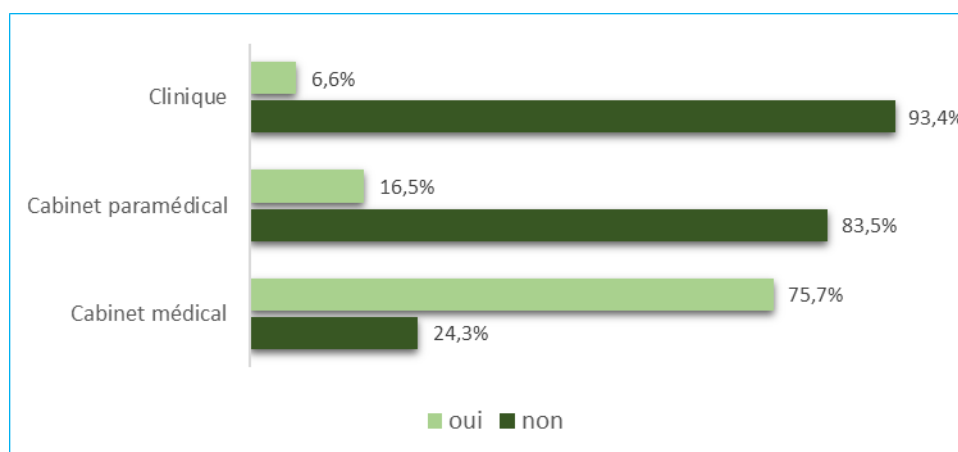


Figure 95 : Capacité de la formation sanitaire à fournir des services de santé et insuffisances liées au fournitures et équipements médicaux

Les cabinets médicaux (75,7%) voient la qualité de leurs services plus affectée par les déficits évoqués au chapitre précédent.

3.2.5.8. Réception de fournitures supplémentaires en raison du choc

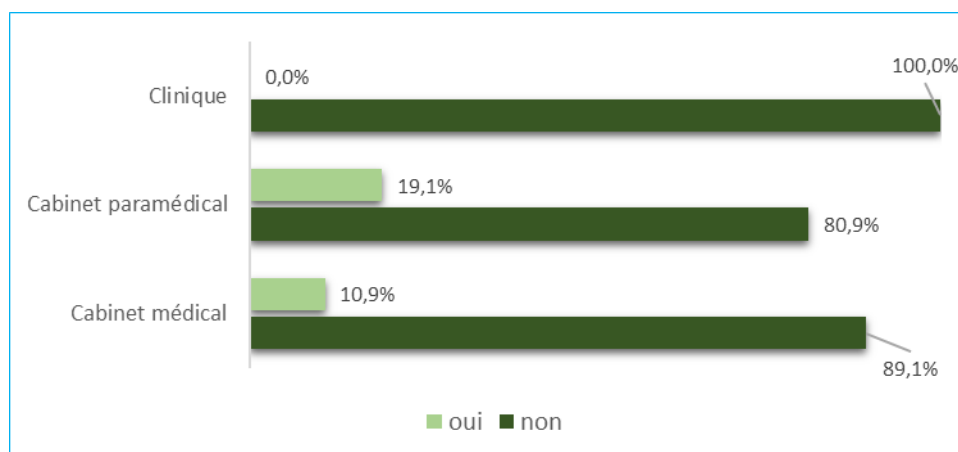


Figure 96 : Réception de fournitures supplémentaires en raison du choc

Les répondants affirment qu'aucune clinique n'a reçu de fournitures supplémentaires en raison du choc subi. Seuls quelques répondants des cabinets médicaux (10,9%) et des cabinets paramédicaux (19,1%) affirment avoir reçu des fournitures supplémentaires en raison du choc subi. A travers ces résultats, il apparait une faible réactivité de l'Etat face aux besoins du privé provoqué par les chocs.

3.2.6. Préparation et réponse aux urgences

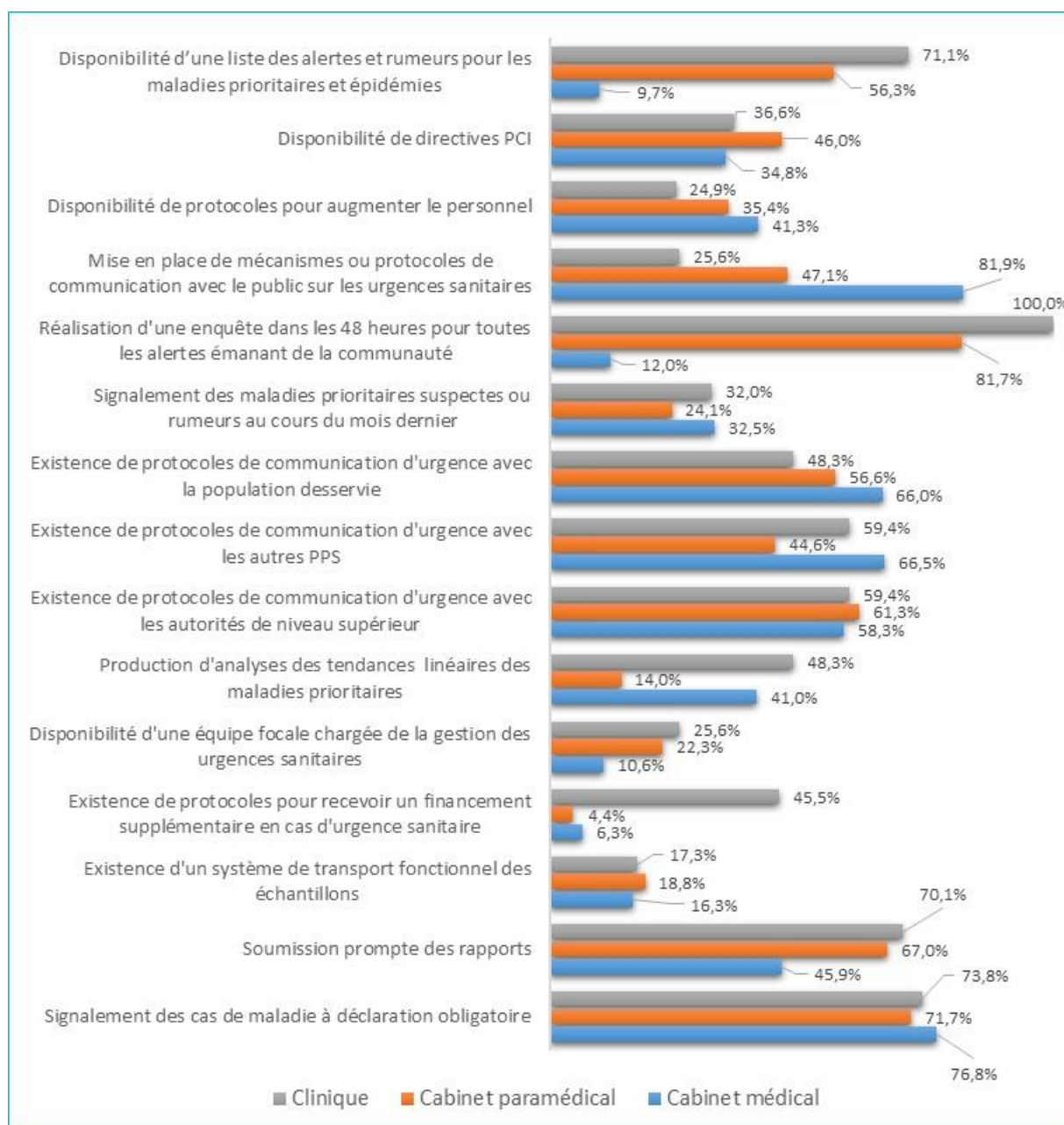


Figure 97 : Etat de préparation des structures privées et réponse aux urgences

Concernant l'état de préparation et de réponse aux urgences, l'enquête révèle des niveaux de performances variables selon le domaine et le type de structure.

Pour la disponibilité d'une liste des alertes et rumeurs relatives aux maladies prioritaires et aux épidémies, les structures paramédicales présentent un taux très faible (9,7%) par rapport aux cliniques (71,1%) et aux cabinets médicaux (56,3%).

Concernant le système de transport du matériel biomédical, le secteur privé est à un niveau de préparation et de réponse également faible : cliniques (17,3%), cabinets paramédicaux (18,8%) et cabinets médicaux (16,3%).

Quant à l'existence de protocoles pour recevoir un financement supplémentaire en cas d'urgence sanitaire, il est noté que les cabinets paramédicaux (4,4%) et les cabinets médicaux (6,3%) ont un taux faible contrairement aux cliniques (45,5%) qui présentent un état de performance plus ou moins acceptable.

Pour l'existence d'une équipe focale chargée de la gestion des urgences sanitaires, les trois types de structures privées de santé ont un taux faible : cliniques (35,6%), cabinets paramédicaux (22,3%) et cabinets médicaux (10,6%).

Dans la production des analyses des tendances linéaires des maladies prioritaires, les cabinets paramédicaux présentent un taux faible (14%) tandis que les cliniques (48,3%) et les cabinets médicaux (41%) donnent des résultats assez satisfaisants.

En ce qui concerne les réalisations d'une enquête dans les 48h pour toutes les alertes émanant de la communauté, l'enquête révèle un faible taux dans les cabinets médicaux (12%) contrairement aux cliniques (100%) et aux cabinets paramédicaux (81,7%).

3.3. BESOINS, PERCEPTIONS ET DEMANDES DES COMMUNAUTES

Cette section décrit le profil des informateurs clés interrogés dans le cadre de cette étude. Il s'agit d'acteurs intervenants dans le domaine de la santé au niveau communautaire, dont des agents de santé communautaires, des leaders communautaires, des membres de comité de développement sanitaire (CDS), des membres d'organisations communautaires de base (OCB) et d'organisations de la société civile (OSC).

3.3.1. Identification des informateurs clés

3.3.1.1. Age et Sexe

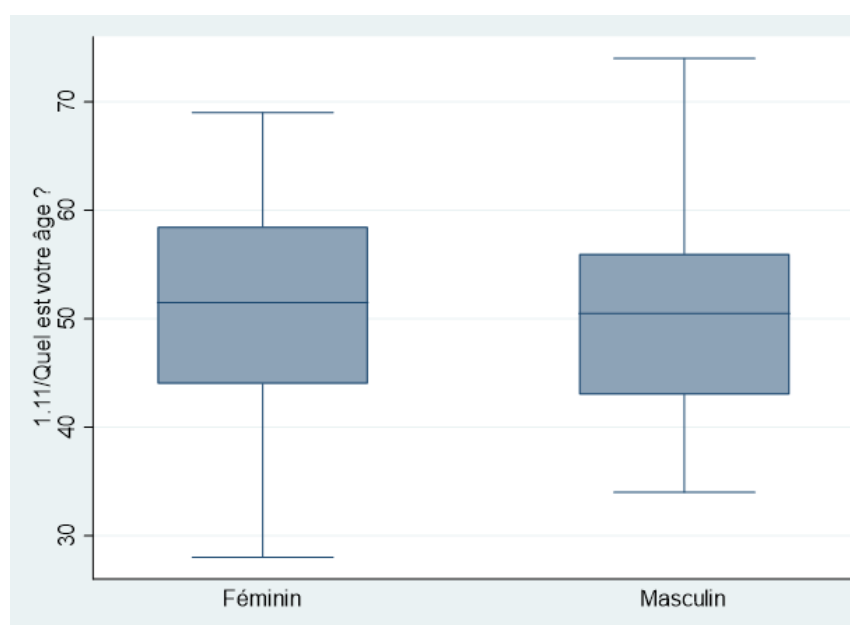


Figure 98 : Distribution de l'âge des répondants

Il ressort de l'analyse du profil des acteurs communautaires interrogés un âge variant entre 28 et 74 ans, avec une moyenne de 50,7 ans. Les femmes sont âgées de 28 à 69 ans, avec une moyenne de 51,1 ans. Pour les hommes, l'âge varie de 34 à 74 ans, avec une moyenne de 50,4 ans.

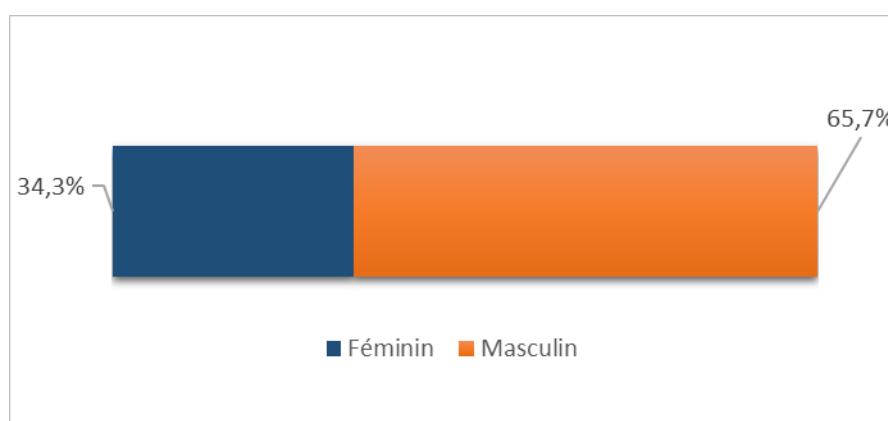


Figure 99 : Répartition des répondants par sexe

La répartition des répondants selon le sexe est marquée par une prédominance masculine. Près de 2/3 des acteurs communautaires interrogés sont de sexe masculin, soit 65,7% d'hommes et 34,3% de femmes.

3.3.1.2. Profil socioprofessionnel

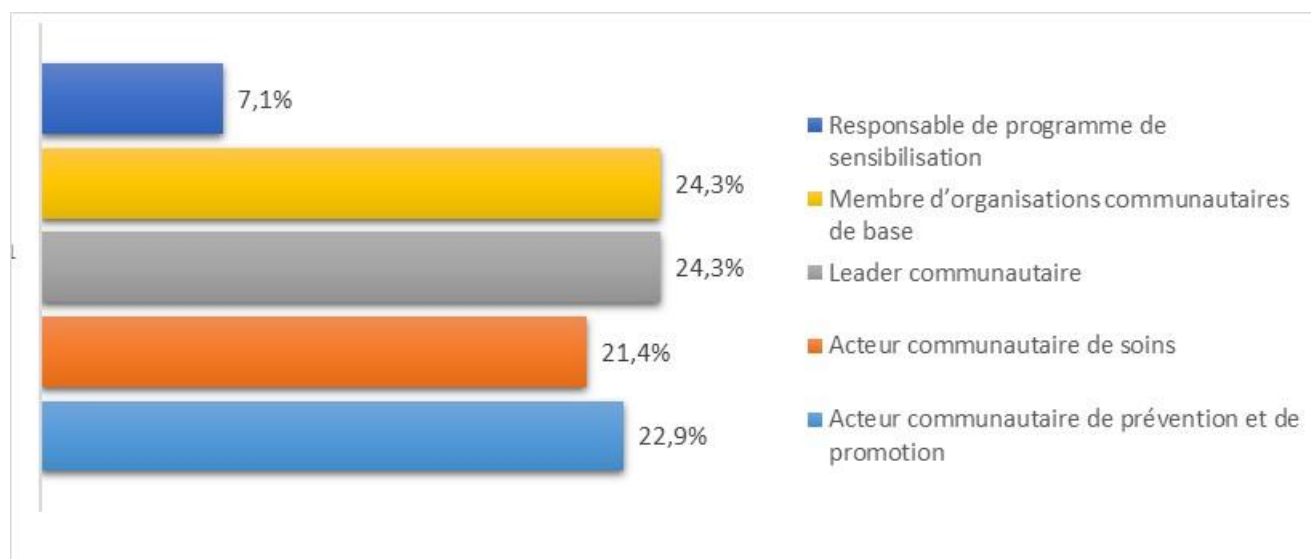


Figure 100 : Répartition selon le profil socioprofessionnel

Pour ce qui est du profil socioprofessionnel des répondants, la répartition est la suivante :

- Leaders communautaires : notables du village, leaders religieux, chefs coutumiers, délégués de quartiers, présidents de conseil ou d'institution au niveau local (24,29%) ;
- Membres d'organisations communautaires de base : associations de développement, associations sportives et culturelles (24,29%) ;
- Acteurs communautaires de prévention et de promotion (22,84%) ;
- Acteurs communautaires de soins : agents de santé communautaire, matrones et Dispensateurs de Soins à Domicile (DSDOM) (21,43%) ;
- Responsables de programme de sensibilisation des communautés : points focaux santé communautaire dans les districts sanitaires, travailleurs sociaux, Responsables Education Information pour la Santé (REIPS) (7,14%).

Cette diversité des profils a permis de recueillir des points de vue variés et de comprendre les besoins et utilisations des communautés en matière d'accès aux soins de santé.

3.3.1.3. Zone de résidence

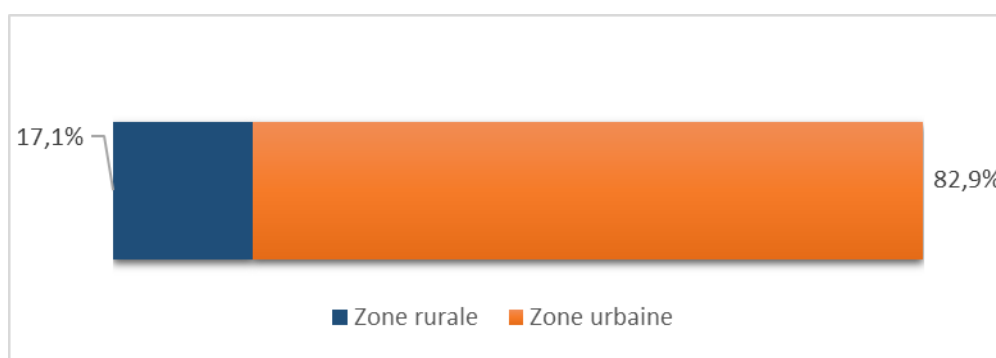


Figure 101 : Répartition des répondants selon le lieu de résidence

L'analyse de la répartition des enquêtés selon leur zone de résidence laisse apparaître une grande disparité entre les zones urbaine et rurale. Sur la totalité des personnes interrogées, 82,86% résident en zone urbaine.

3.3.1.4. Niveau d'études

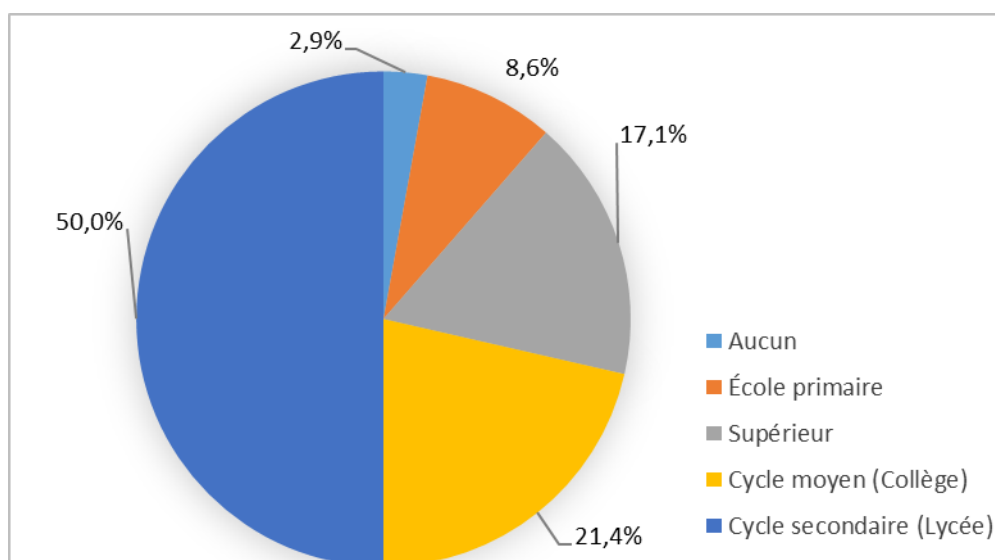


Figure 102 : Répartition des répondants selon le niveau d'étude

L'analyse du profil des interviewés révèle une diversité significative dans le niveau d'études. En effet, plus de la moitié des répondants (51,6%) a un niveau d'études secondaires, tandis que 32,3% ont atteint le cycle moyen. Environ 3,2% ne sont pas instruits.

3.3.2. Services proposés et motivation des acteurs communautaires de santé

Les acteurs communautaires de santé jouent un rôle crucial dans la promotion des services de santé essentiels. Cette analyse examine la répartition des types de services de santé proposés par ces acteurs à l'endroit de la communauté, ainsi que leur mode de rémunération.

3.3.2.1. Services proposés

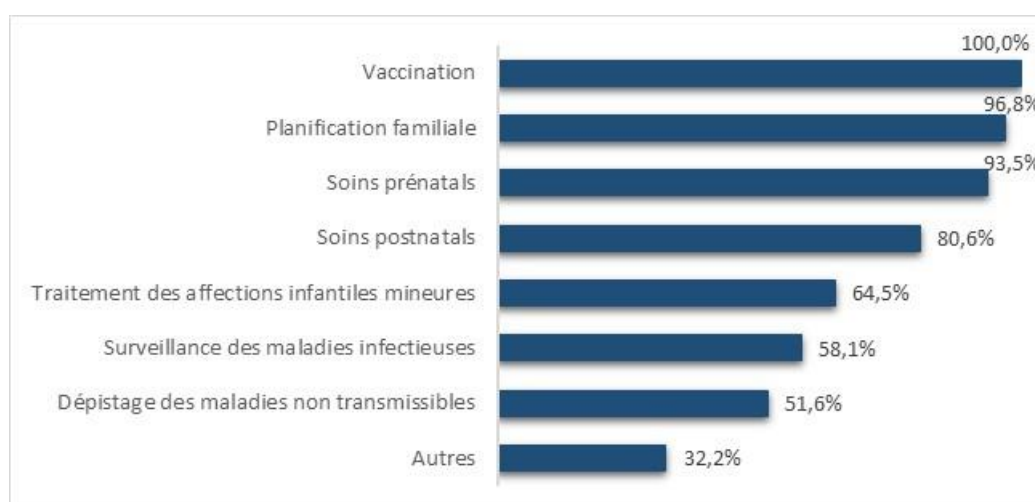


Figure 103 : Services proposés par les acteurs communautaires

Les services proposés par les acteurs communautaires couvrent plusieurs domaines et sont généralement disponibles (entre 80 et 100%) sauf ceux liés au traitement des affections infantiles (64,5%), la surveillance des maladies infectieuses (58,1%), le dépistage des maladies non transmissibles (51,6%) et autres (32,2%).

3.3.2.2. Motivation

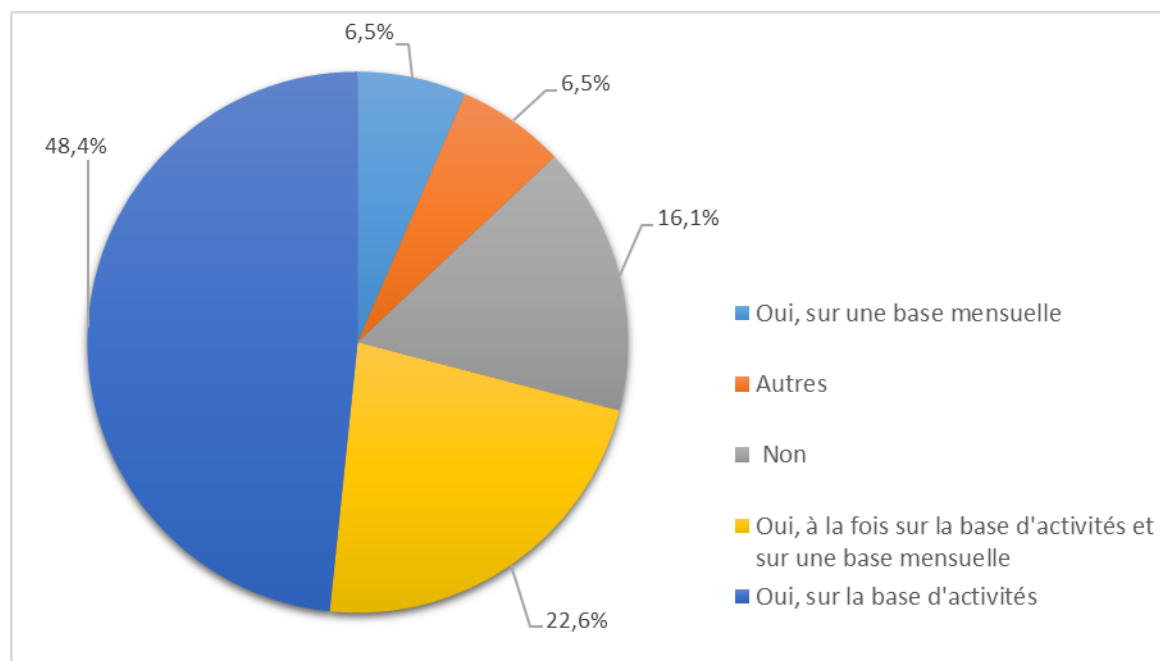


Figure 104 : Existence de motivation

En ce qui concerne la motivation des acteurs communautaires de santé, seuls 6,5% des répondants affirment en bénéficier de façon mensuelle et 16,6% n'en disposent pas du tout. Par ailleurs, 48,4% disent n'avoir la motivation qu'après avoir effectué une activité.

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

Les besoins et l'utilisation des services de santé essentiels varient en fonction des caractéristiques socio-économiques et culturelles de chaque société. Cette section analyse la perception du niveau de satisfaction des besoins en soins de santé essentiels en fonction du service offert.

3.3.3.1. Niveau de satisfaction des besoins en SRMNIA

Les résultats de l'étude montrent que selon la majorité des répondants, la plupart des membres de la communauté ont obtenu la satisfaction de leurs besoins en SRMNIA lorsqu'ils en avaient besoin. Il s'agit particulièrement de :

- Soins prénatals (92,9%) ;
- Accouchement avec l'assistance de personnel de santé qualifié (94,3%) ;
- Services de contraception (81,4%).

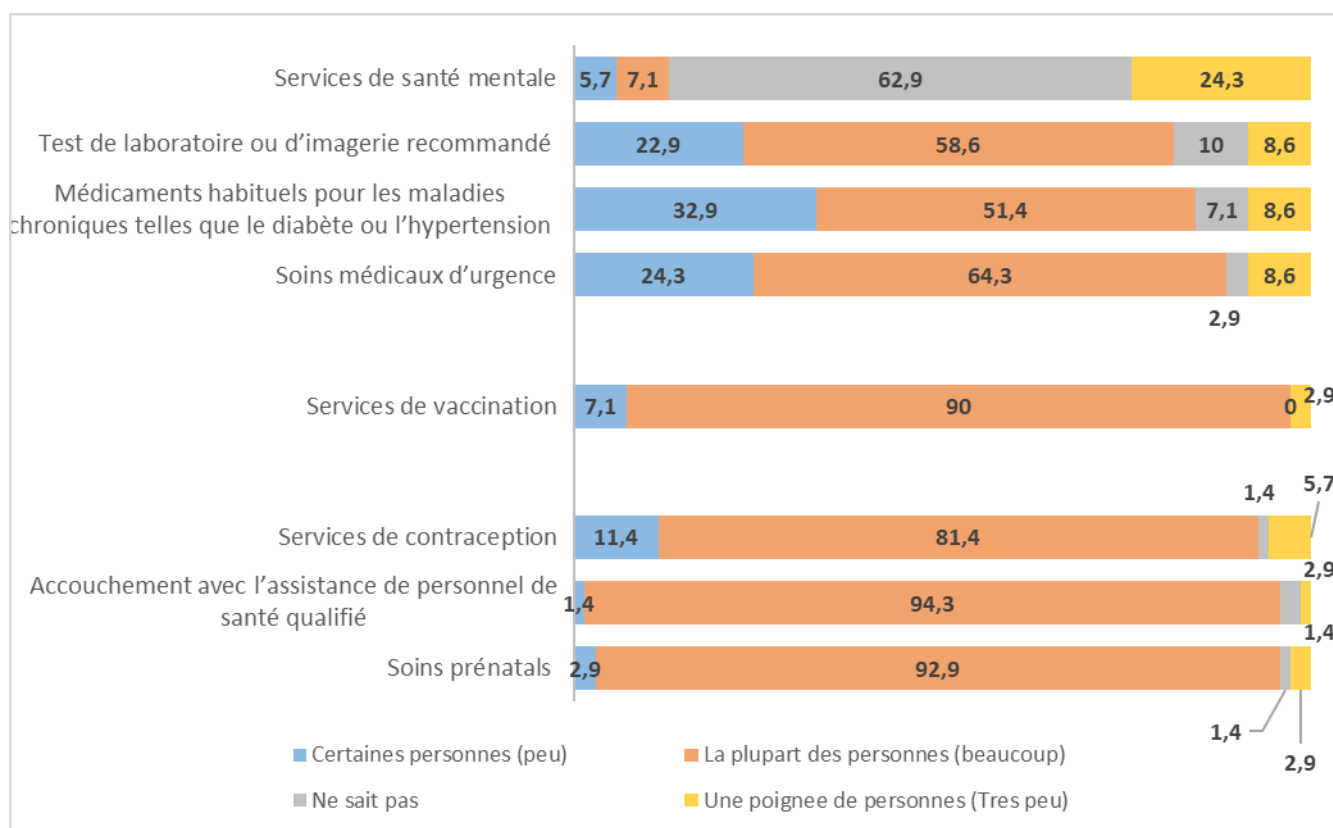


Figure 105 : Besoins et utilisation des services

3.3.3.2. Niveau de satisfaction des Services de vaccination

Les résultats de l'étude révèlent que selon la grande majorité des personnes interviewées (90%), la plupart des membres de la communauté ont satisfait leurs besoins en services de vaccination quand ils en avaient besoin. Toutefois, 7,1% des répondants ont estimé que peu de personnes ont eu la satisfaction de ces besoins.

3.3.3.3. Niveau de satisfaction des besoins en médicaments et services essentiels

Il ressort des résultats de l'étude que les répondants estiment que la plupart des membres de la communauté ont satisfait leurs besoins en médicaments et services essentiels ci-dessous, quand ils en ont eu besoin :

- Soins médicaux d'urgence (64,3%) ;
- Médicaments habituels pour les maladies chroniques telles que le diabète ou l'hypertension (58,6%) ;
- Test de laboratoire ou d'imagerie recommandé (51,4%).

Néanmoins, seuls 7,1% des interviewés estiment les besoins en services de santé mentale satisfaits quand les membres de la communauté en avaient besoin.

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

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

L'accès aux services de santé essentiels est crucial pour maintenir et améliorer la santé des communautés. Cependant, plusieurs obstacles peuvent entraver ce recours dans les communautés. Il ressort des résultats de l'étude qu'il existe des barrières qui ont entravé le recours des communautés aux services de santé essentiels quand ils en ont besoin. Selon les interviewés, les principales raisons pouvant justifier cette situation sont :

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

1.2.4.1.1. Raisons liées à l'information et à la culture

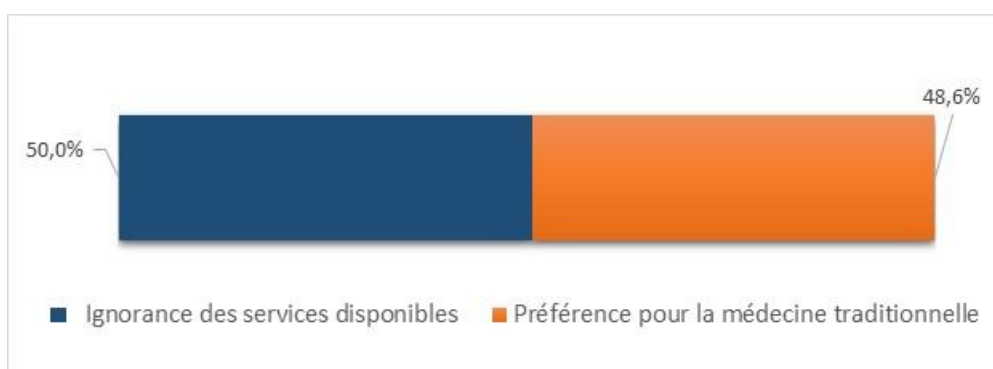


Figure 106 : Raisons liées à l'information et à la culture

Les répondants considèrent l'accès à l'information et à la culture comme étant parmi les principales raisons justifiant le non recours des communautés aux services de santé quand ils en ont besoin. Selon la moitié des interviewés (50%), l'ignorance des services disponibles constitue une barrière. De l'avis de certains interviewés (48,6%), la préférence pour la médecine traditionnelle occupe une place prépondérante parmi les raisons liées à la culture et qui entravent le recours aux services de santé essentiels.

1.2.4.1.2. Raisons liées à l'accessibilité financière

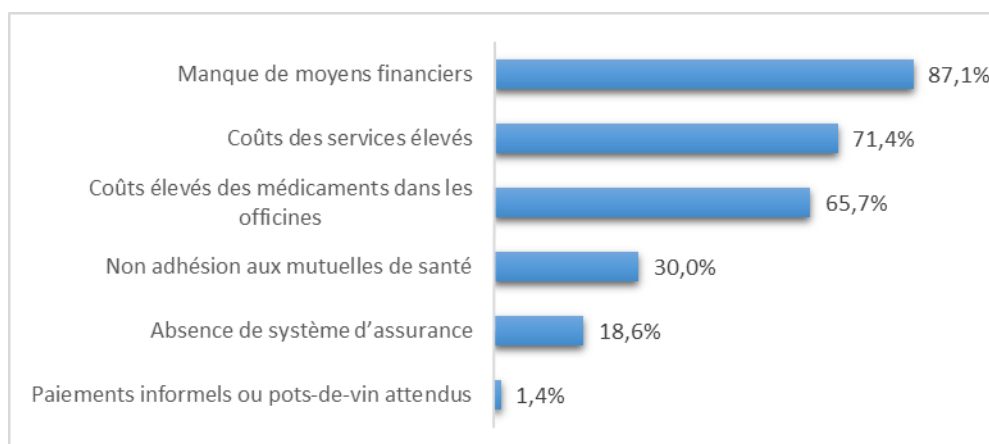


Figure 107 : Raisons liées à l'accessibilité financière

Pour ce qui est des raisons liées à l'accessibilité financière, la majorité des répondants (87,1%) estiment le manque de moyens financiers comme une justification du non recours des communautés aux services de santé lorsqu'ils en ont besoin. Pour la plupart d'entre eux (71,4%), le coût des services élevés en est une des causes. Aussi, beaucoup d'entre eux (65,7%) pensent que les coûts élevés des médicaments dans les officines constituent un facteur bloquant. A cela s'ajoute la non adhésion aux mutuelles de santé et l'absence de système d'assurance évoqués respectivement par 30% et 18,6% des répondants. Une infime partie des interviewés (1,4%) estime les paiements informels ou pots-de-vin comme étant des freins au recours aux services de santé.

1.2.4.1.3. Raisons liées à l'accessibilité géographique

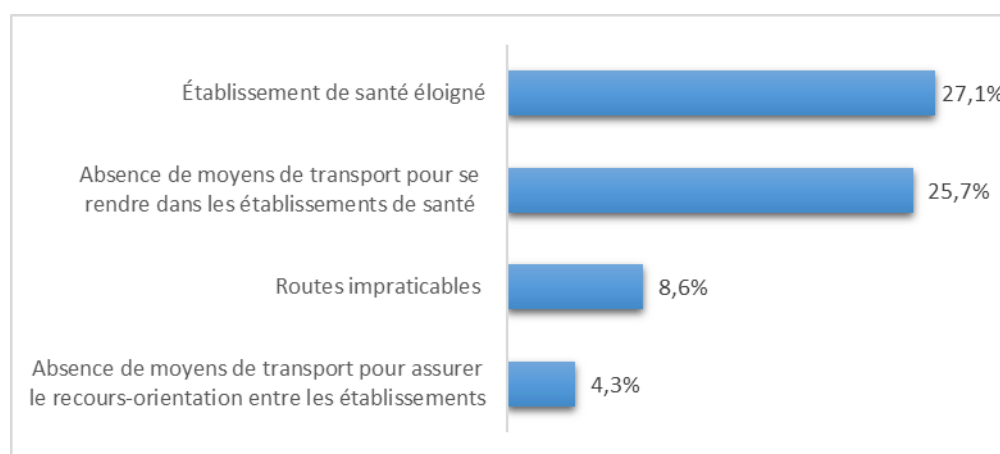


Figure 108 : Raisons liées à l'accessibilité géographique

Selon les répondants, l'accessibilité géographique constitue une des raisons justificatives du non recours des communautés aux services de santé en cas de besoin. L'absence de moyens de transport pour se rendre dans les établissements de santé et la distance (établissement de santé éloigné) sont les principales raisons évoquées par, respectivement, 25,7% et 27,1% des interviewés comme des obstacles géographiques. Une partie des répondants (8,6%) considère également les routes impraticables comme une barrière. A cela s'ajoute l'absence de moyens de transport pour assurer le recours-orientation entre les établissements (4,3%).

1.2.4.1.4. Raisons liées à l'organisation et au fonctionnement des structures

Selon les répondants, l'organisation et le fonctionnement des structures constituent une barrière à l'accès des communautés aux services de santé en cas de besoin. Les principales raisons évoquées, justifiant cette situation, sont liées à l'insuffisance perçue du nombre d'agents de santé qualifiés dans les établissements (18,6%), le manque perçu d'équipements dans les établissements de santé (17,1%) et la méfiance vis-à-vis des prestataires de soins ou des établissements de santé (17,1%). Les prestataires de soins irrévérencieux (11,4%), l'indisponibilité perçue de certains médicaments (7,1%) et les longs délais d'attente ont également été cités comme des éléments justificatifs.

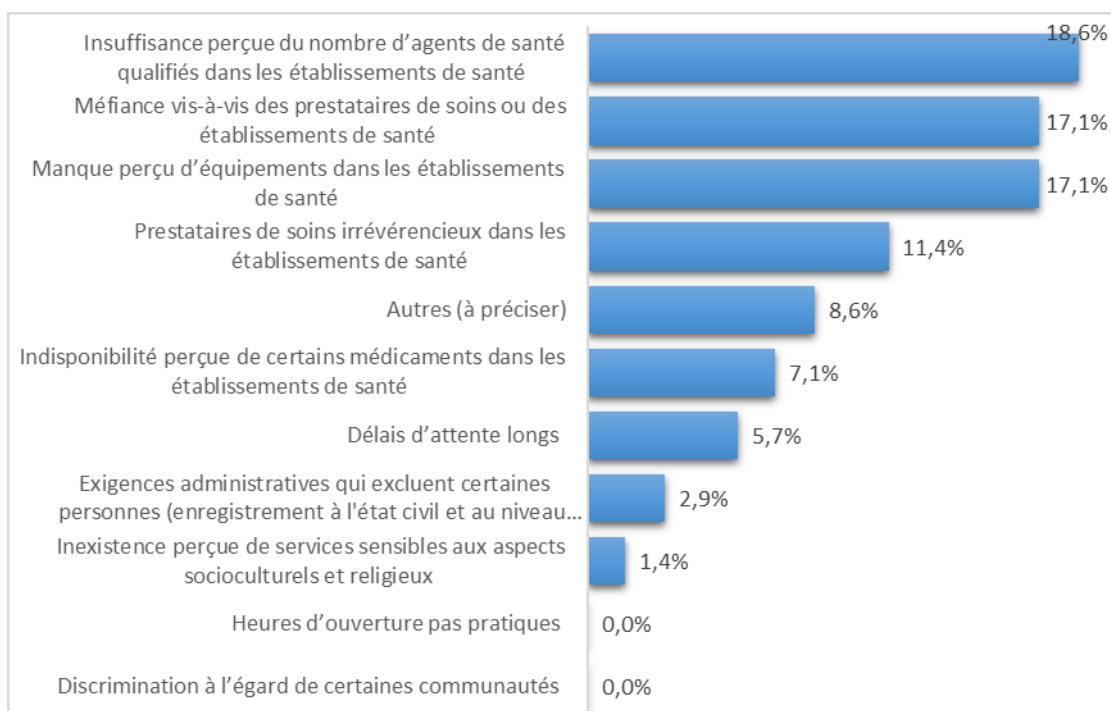


Figure 109: Raisons liées à l'établissement de santé

3.3.4.2. Premiers recours en cas de maladie

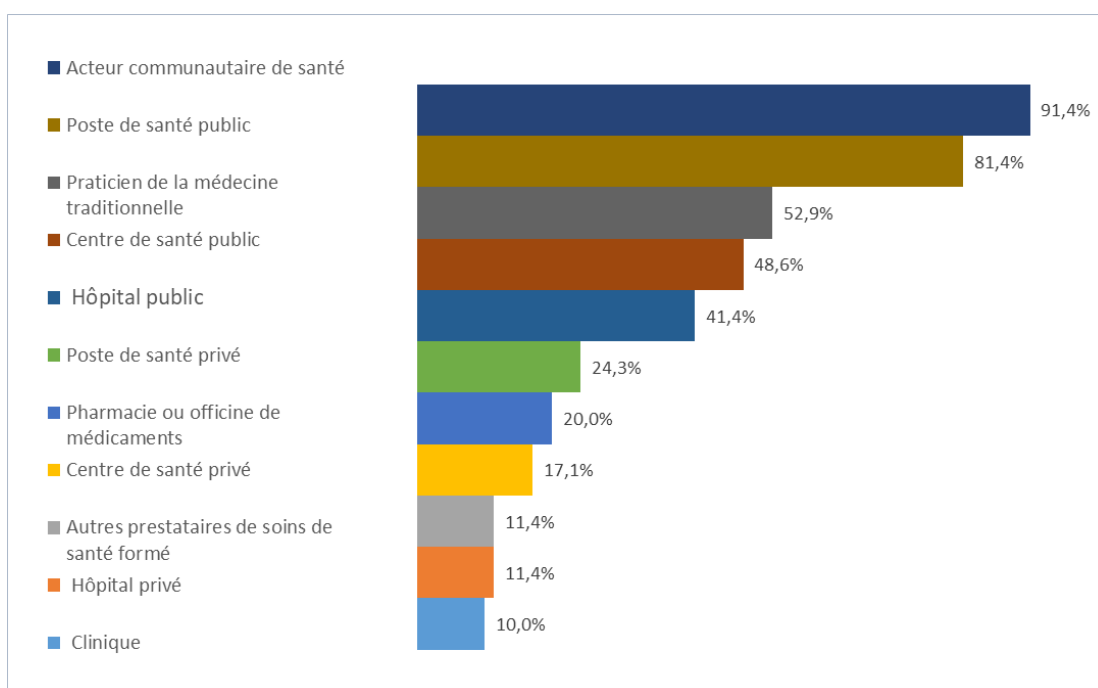


Figure 110 : Premiers recours aux soins

La grande majorité des répondants (91,4%) estiment que le premier recours des membres de la communauté en cas de maladie demeure l'acteur communautaire de santé. Le poste de santé public et le praticien de la médecine traditionnelle sont évoqués par, respectivement 81,4% et 52,9% des enquêtés.

Une bonne partie d'entre eux (48,6%) considèrent le centre de santé public comme étant le premier recours, tandis que l'hôpital public n'est évoqué que par 41,4% des interviewés.

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

3.3.4.3.1. Présence de groupes marginalisés au sein de la communauté dans l'accès aux soins de santé pour des raisons économiques, sociales ou culturelles

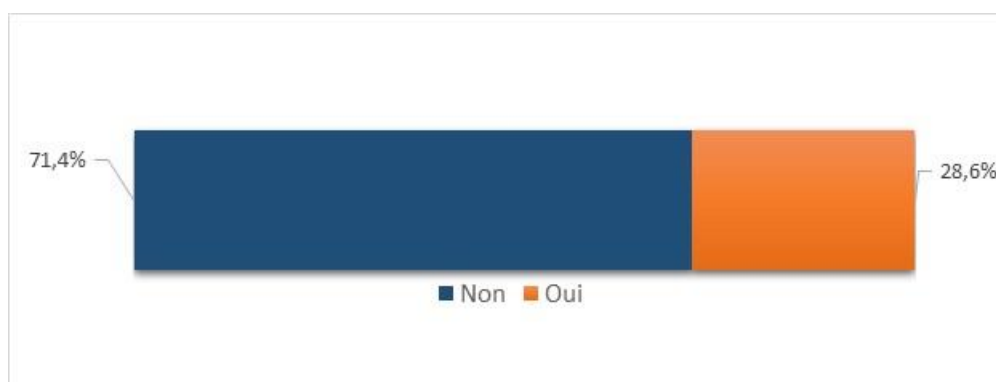


Figure 111 : Existence de groupes défavorisés dans l'accès aux soins

Seule une infime partie des enquêtés (28,6%) estime qu'il existe des groupes marginalisés dans l'accès aux soins dans la communauté, que ce soit pour des raisons économiques, sociales ou culturelles.

3.3.4.3.2. Profil des groupes marginalisés

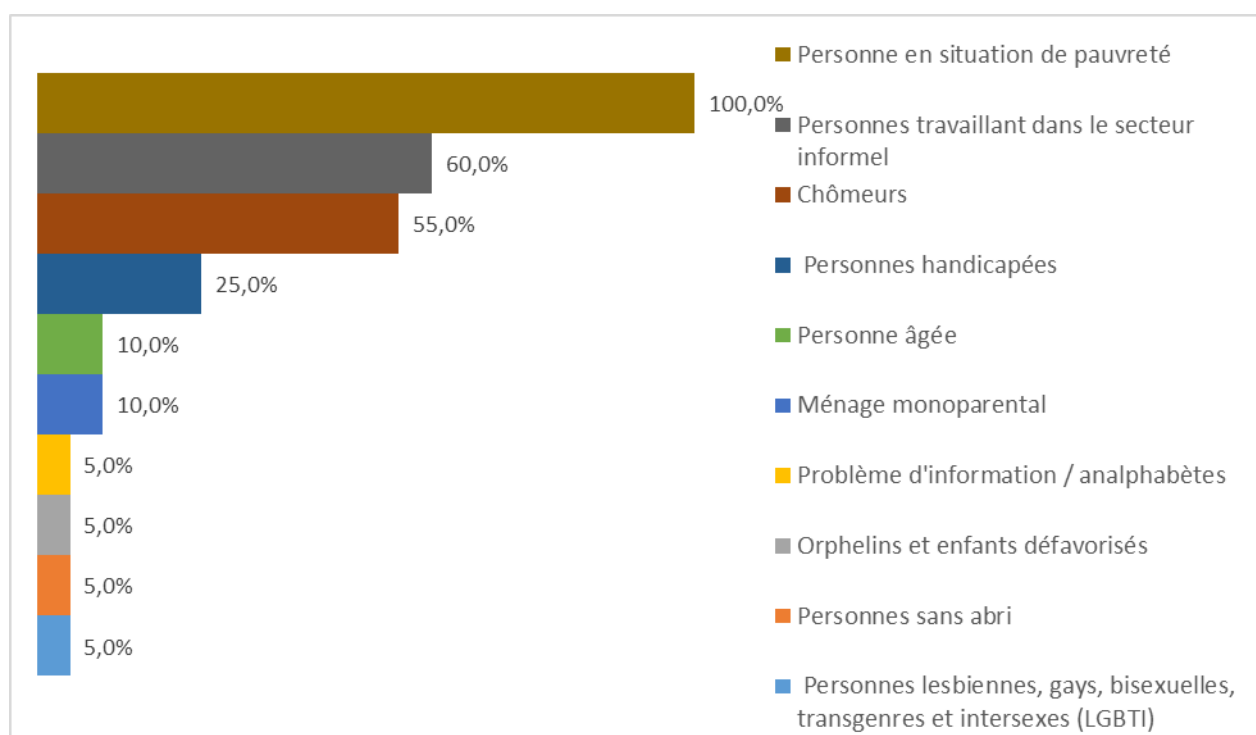


Figure 112 : Groupes défavorisés pour l'accès aux soins

Concernant le profil des groupes marginalisés, la totalité des enquêtés (100%) ont identifié les personnes en situation de pauvreté comme étant les plus touchées. La plupart des interviewés (60%) estiment les personnes travaillant dans le secteur informel comme subissant une marginalisation. Pour certains (55%), les chômeurs constituent également une frange de la communauté touchée. Tandis que d'autres (25%) estiment que les personnes handicapées sont marginalisées. D'autres groupes tels que les personnes âgées et les ménages monoparentales sont considérés comme marginalisés mais dans des moindres proportions (10%).

3.3.5. Obstacles à la fourniture de services communautaires

3.3.5.1. Disponibilité de soutien nécessaire pour la fourniture de services communautaires

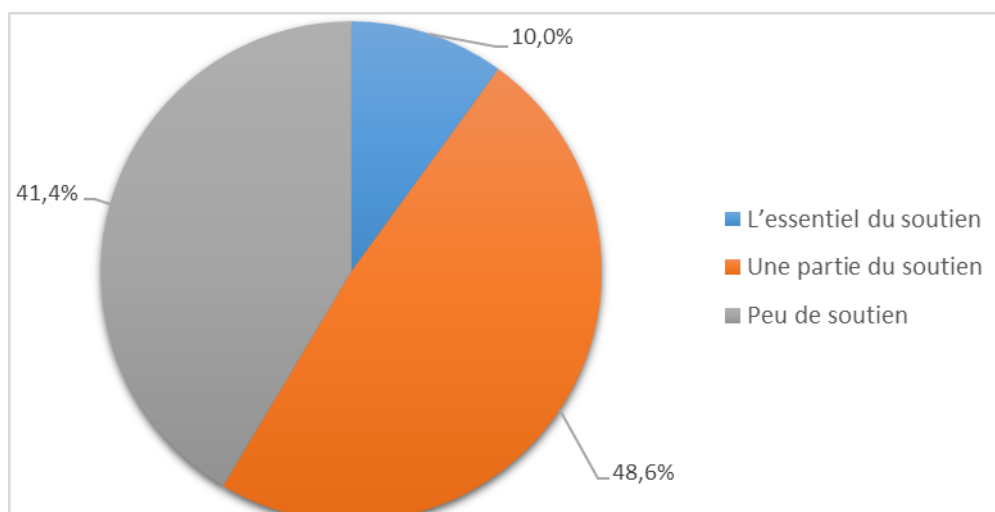


Figure 113 : Perception du niveau de soutien pour réaliser le travail

L'analyse a montré un besoin réel de soutien des acteurs communautaires pour effectuer leur travail. L'appréciation du soutien reçu est variable. Seuls 6,5% estiment avoir obtenu l'essentiel du soutien nécessaire pour l'exécution correcte de la fourniture des services communautaires. La majorité des acteurs communautaires de santé interrogés (51,6 %) déclare avoir eu peu de soutien. Tandis que 41,9% des acteurs interrogés affirment avoir obtenu une partie du soutien.

3.3.5.2. Nature du soutien supplémentaire souhaité

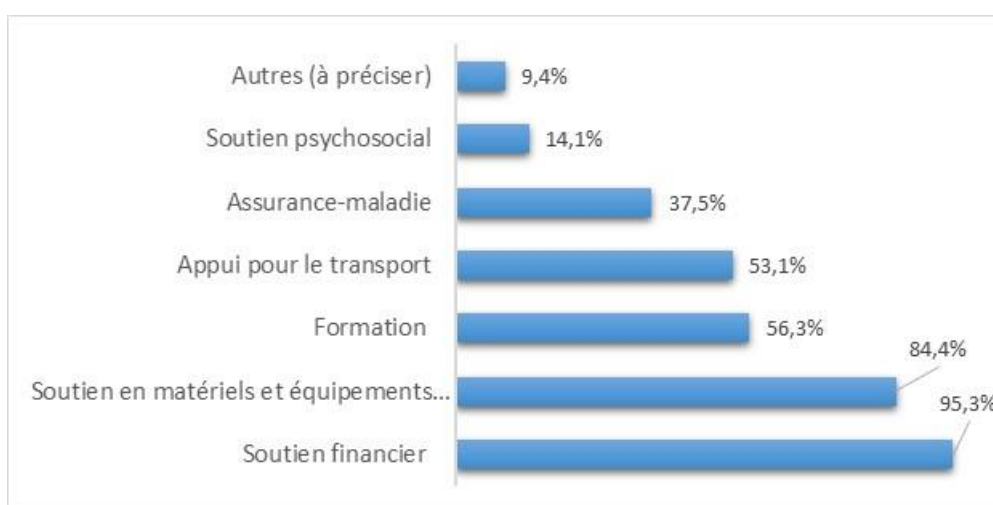


Figure 114 : Nature du soutien supplémentaire souhaité

Les acteurs communautaires ont exprimé le besoin de soutien dans le cadre de la mise en œuvre correcte de leurs activités. L'analyse a montré que le type de soutien nécessaire pour l'exécution correcte de la fourniture de services communautaires est varié :

3.3.6. Participation à la surveillance et à la riposte

3.3.6.1. Activités de surveillance et riposte des maladies mises en œuvre



Figure 116 : Participation à la surveillance et la riposte

L'analyse montre que 77,1 % les acteurs enquêtés participent aux activités de surveillance et de riposte contre 22,9 %.

3.3.6.2. Importance de la surveillance des maladies pour la communauté



Figure 117 : Nuage de points sur l'importance de la surveillance des maladies

La plupart des répondants ont estimé la surveillance des maladies comme étant d'une grande importance pour la communauté. Selon l'un d'entre eux, « *Ça permet d'éviter la propagation des maladies et aussi de prendre en charge les personnes affectées.* »

Pour certains, la surveillance des maladies est un moyen de prévention visant à aider les populations à se prévenir. En tant que telle, « *elle permet aux membres de la communauté d'être vigilant vis-à-vis des évènements inhabituels, d'alerter les ACS et les prestataires pour mieux organiser la riposte en cas de problème de santé* », comme le soutient l'un d'entre eux.

Pour d'autres, la surveillance des maladies joue un rôle important dans la riposte et le changement de comportement de la population.

Elle permet aussi de détecter précocement et de rompre la chaîne de transmission des maladies. Selon un des répondants, elle sert à : « *maîtriser la propagation des maladies, surtout la tuberculose.* »

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

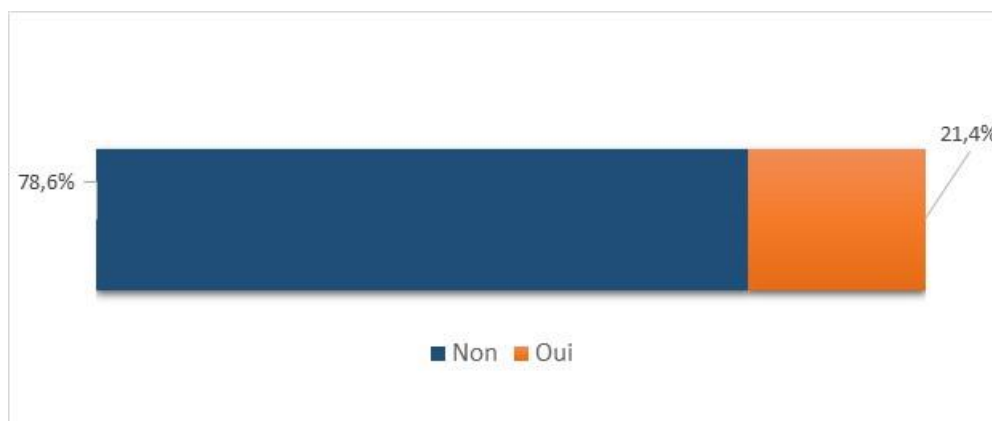


Figure 118 : Formation en surveillance des maladies l'an passé

L'analyse révèle que seuls 21,4% des acteurs interrogés affirment avoir bénéficié de formation en surveillance des maladies au cours de l'année écoulée. Par contre, les 78,6 % n'en ont pas bénéficiés.

3.3.6.4. Principaux défis dans la surveillance des maladies



Figure 119 : Nuage de points sur les principaux défis

Selon les répondants, le principal défi auquel l'acteur communautaire de santé est confronté dans la surveillance des maladies est la disponibilité de moyens financiers et logistiques. A cela, s'ajoutent la formation, la collaboration avec les communautés, l'accompagnement technique, le déficit de communication.

Un répondant estime que pour les « *prestataires de services, si chacun fait son travail, tout va bien se passer.* » Dans le cadre de la collaboration avec la communauté, les acteurs ont souligné des problèmes comme l'affirme un des répondants : « *la réticence de certains patients atteints de Tuberculose.* »

Par ailleurs, les acteurs interrogés confirment le déficit de communication : « *manque de communication avec les patients surtout de Tuberculose* ».

D'autres répondants ont soulevé le problème de la disponibilité des moyens financiers ; un enquêté souligne la nécessité de disposer de « *moyens financiers pour accompagner les patients orientés* » et un autre a parlé de la « *motivation des relais.* »

Le besoin de formation a été soulevé par la plupart des répondants, l'un d'entre eux a souligné : « *formation pour mieux connaître les signes des maladies, parvenir à réduire le taux de malades* ». Un autre parle de « *la formation dans le domaine pour être efficace.* »

En outre, les répondants ont estimé qu'il faut insister sur l'implication des comités de développement sanitaire (CDS) pour la mise en œuvre des activités dans le cadre de l'amélioration de la santé des communautés ; l'un des répondant rappelle le « *manque d'implication des CDS.* »

Enfin, des répondants ont invoqué des problèmes liés à la disponibilité de moyens logistiques qui entravent le déroulement des activités en particulier dans le cadre de la prise en charge des patients. Un des répondants a insisté sur « *la disponibilité de logistique pour l'accompagnement des cas suspects* ». Un autre revient sur « *la disponibilité de ressources financières et surtout logistique pour effectuer les déplacements.* »

3.3.7. Connaissances et attitudes à l'égard de la vaccination

L'analyse des connaissances et attitudes à l'égard de la vaccination permet de comprendre les dynamiques sociales et comportementales au sein de la communauté qui influencent la couverture vaccinale.

3.3.7.1. Connaissances de la communauté sur les vaccins

Cette section analyse les connaissances des enquêtés concernant la définition, l'utilité et les types de vaccins, ainsi que la disponibilité des services de vaccination.

3.3.7.1.1. Définition d'un vaccin

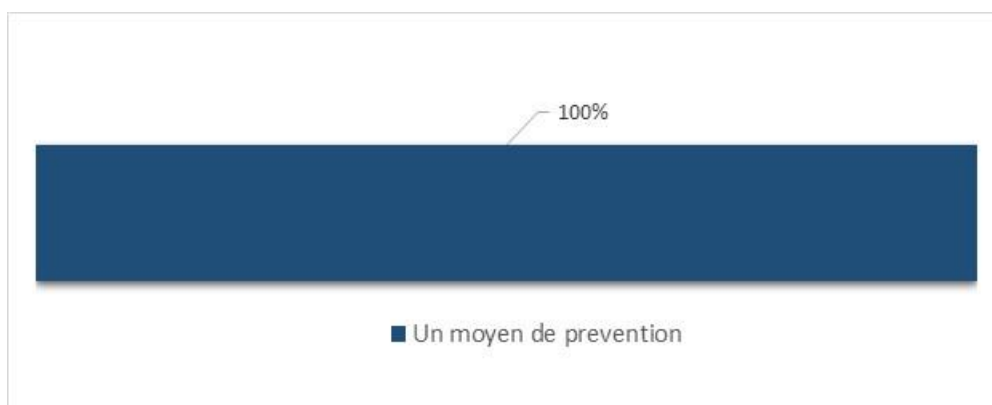


Figure 120 : Connaissance sur la définition d'un vaccin

Selon les résultats de l'étude, la totalité des répondants (100%) connaissent la définition du vaccin. A la question « *C'est quoi un vaccin ?* », ils ont tous répondu que c'est un « *moyen de prévention* ».

3.3.7.1.2. Utilité d'un vaccin

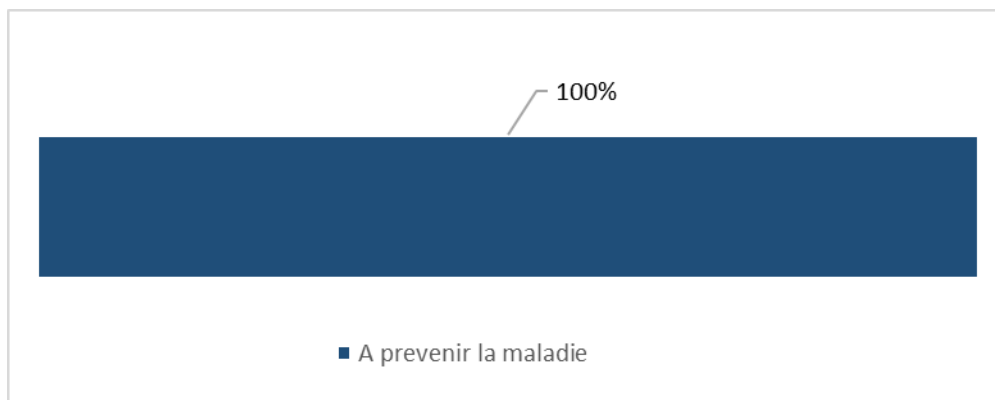


Figure 121 : Connaissance sur l'utilité d'un vaccin

La totalité des répondants (100%) connaît également l'utilité d'un vaccin. Selon eux, le vaccin sert à prévenir la maladie.

3.3.7.1.3. Types de vaccins connus par l'acteur communautaire

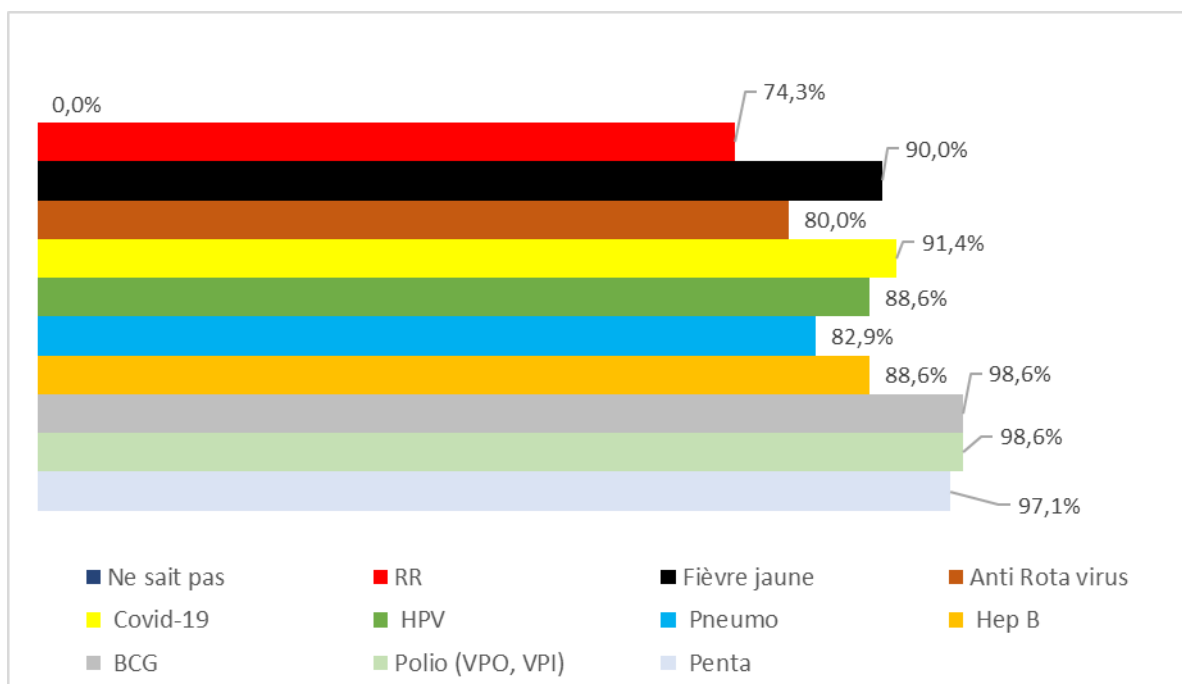


Figure 122 : Connaissance des types de vaccin

La majorité des enquêtés ont connaissance des différents types de vaccins disponibles dans le calendrier vaccinal. La proportion de répondants selon les types de vaccins connus s'établit comme suit : Penta (97,1%), Polio (98,6%), BCG (98,6%), Covid-19 (91,4%), Fièvre jaune (90%), Hep B (88,6%), HPV (88,6%), Pneumo (82,9%), Anti Rota virus (80%), RR (74,3%).

3.3.7.1.4. Connaissance du mode de délivrance de la vaccination

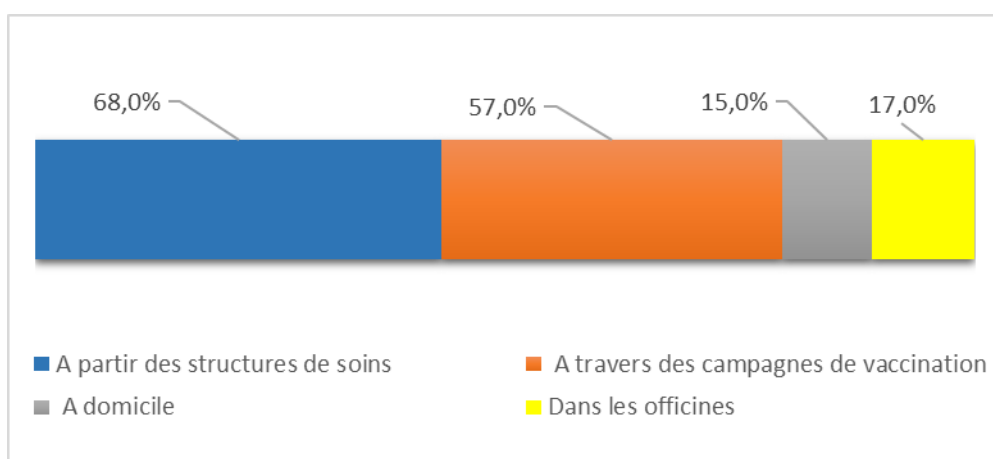


Figure 123 : Connaissance du mode de délivrance de la vaccination

La plupart des répondants ont une bonne connaissance des modes de délivrance de la vaccination. A la question « selon vous, comment est délivrée la vaccination ? », les réponses sont les suivantes : à partir des structures de soins (68%), à travers des campagnes de vaccination (57%), à domicile (15%) et dans les officines (17%).

3.3.7.2. Attitudes à l'égard de la vaccination

3.3.7.2.1. Respect du calendrier de vaccination par la communauté

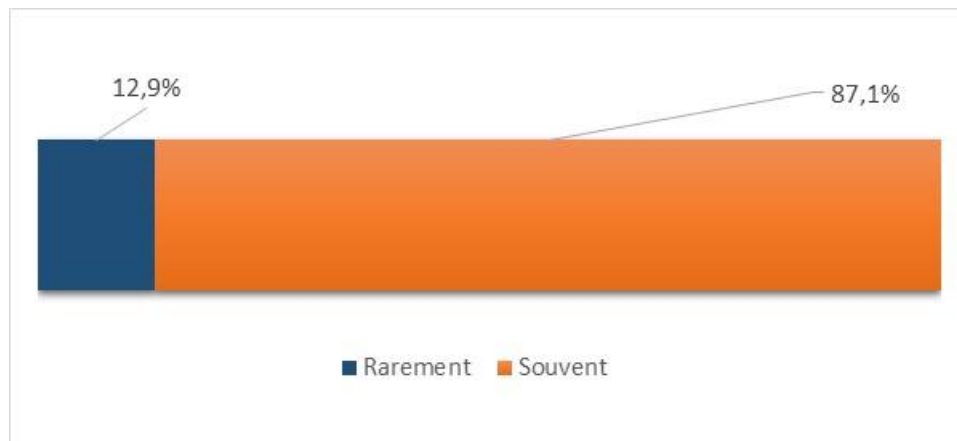


Figure 124 : Respect du calendrier vaccinal

Selon la majorité des répondants (87,1%), la communauté respecte souvent le calendrier de vaccination.

3.3.7.2.2. Risque de ne pas se faire vacciner en cas de besoin

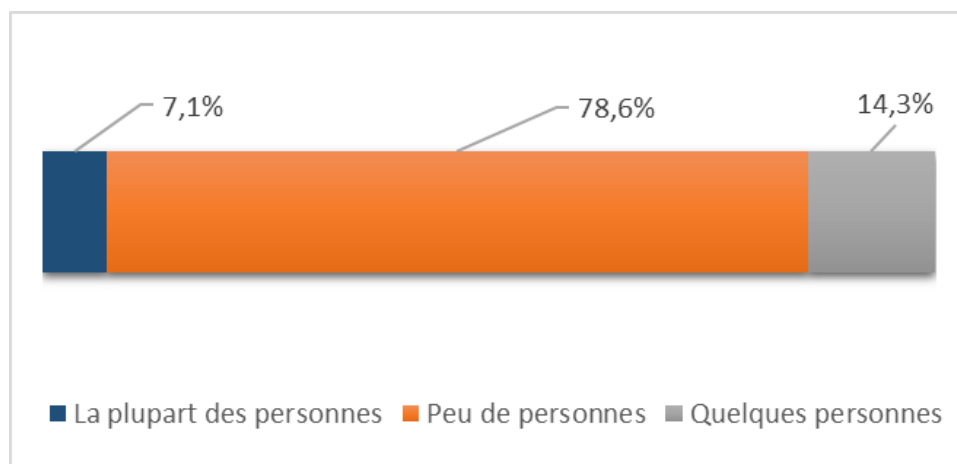


Figure 125 : Risque de ne pas se faire vacciner en cas de besoin

La majeure partie des répondants (78,6%) estime que peu de personnes au sein de la communauté risquent de ne pas se faire vacciner en cas de besoin, contre une infime partie (7,1%) qui soutient le contraire.

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

Selon la majorité des répondants (82,9%), peu de membres de la communauté risquent de ne pas faire vacciner ses enfants en cas de besoin.

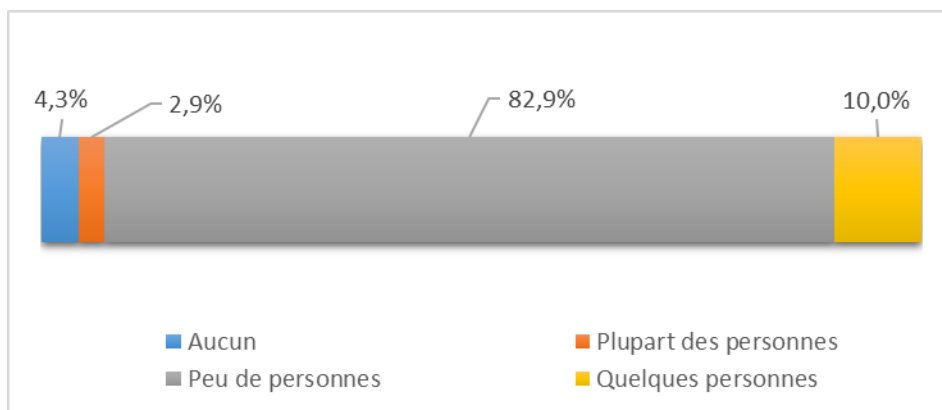


Figure 126 : Risque de ne pas faire vacciner ses enfants en cas de besoin

3.3.7.2.4. Principales raisons de non recours à la vaccination de la communauté



Figure 127 : Raisons pour lesquelles ces personnes ne veulent pas se faire vacciner

La totalité des répondants (100%) considère les croyances religieuses ou cultures comme étant l'une des principales raisons pour lesquelles les membres de la communauté n'ont pas recours à la vaccination en cas de besoin. La désinformation « fake news » est également citée par certains enquêtés (80%) comme une barrière. A cela, s'ajoute les doutes sur l'efficacité des vaccins évoqués par une petite portion (2%).

3.3.7.2.5. Principales raisons de non recours à la vaccination des enfants

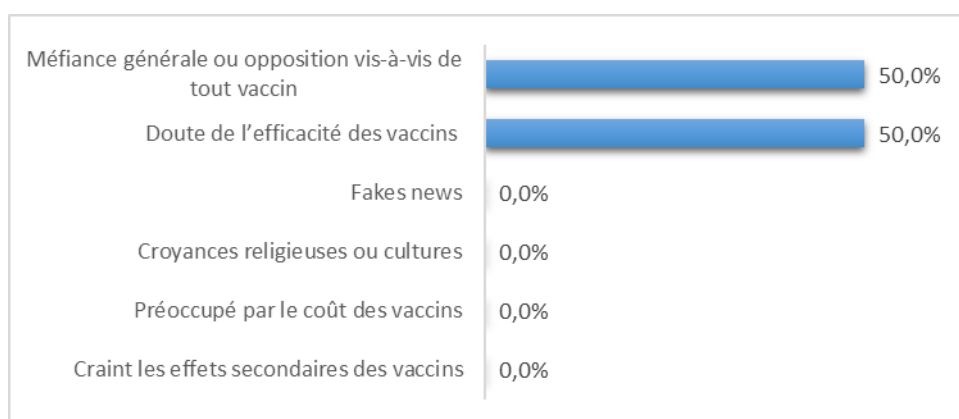


Figure 128 : Raison de ne pas faire vacciner ses enfants en cas de besoin

Les résultats de l'enquête montrent deux principales raisons pour lesquelles les parents n'ont pas recours aux services de vaccination pour leurs enfants : le doute de l'efficacité des vaccins et la méfiance générale ou opposition vis-à-vis de tout vaccin.

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

3.4.1. Prestations de services offertes

3.4.1.1. Nature et disponibilité de l'offre de services

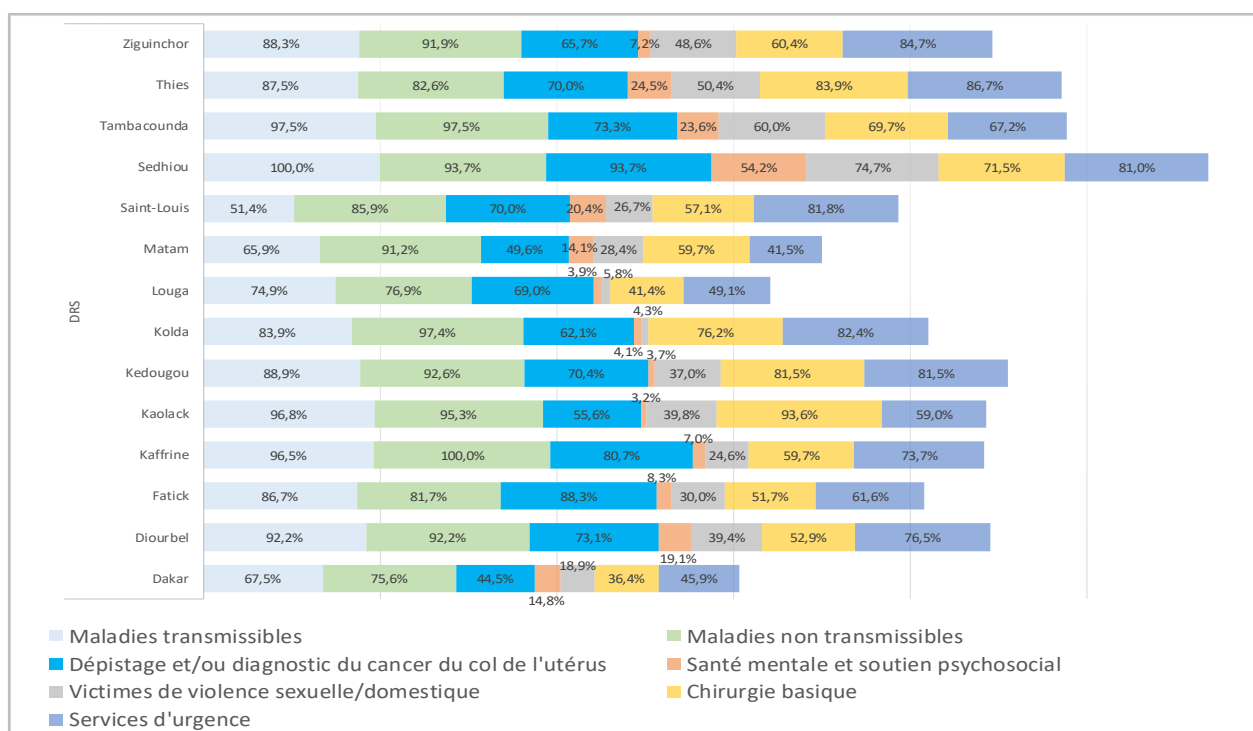


Figure 129 : Nature et disponibilité des autres services au niveau régional

La santé mentale et le soutien psychosocial (service le plus faible au niveau national) est beaucoup plus disponible à Sédhiou (54,2%) et plus faiblement représenté à Louga (3,9%).

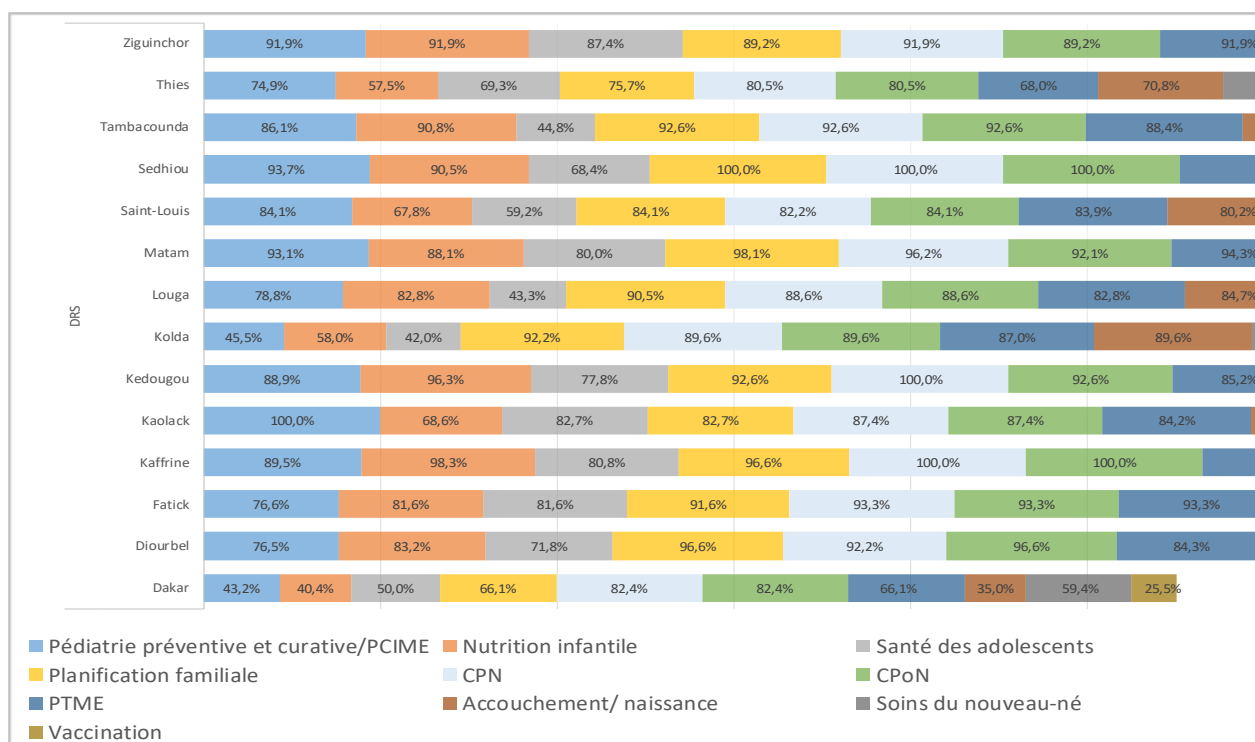


Figure 130 : Nature et disponibilité des services SRMNIA-N au niveau régional

3.4.1.2. Incidence des défis sur la capacité à assurer la continuité des services de santé

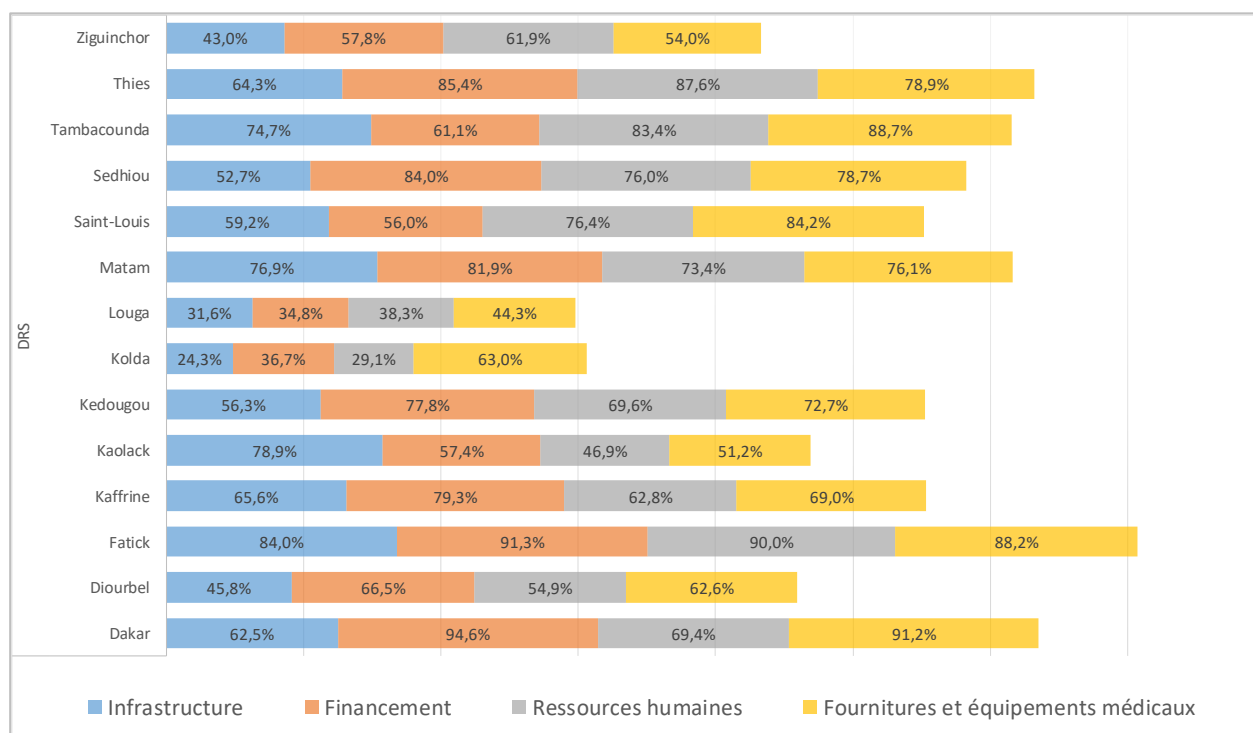


Figure 131 : Incidences des défis sur la capacité à assurer la continuité des services de santé_n°1

Les infrastructures constituent un véritable défi par rapport à la *capacité à assurer la continuité des services* dans les régions de Fatick (84%), Kaolack (78,9%) et Matam (76,9%). De même, le financement est généralement un défi particulièrement à Dakar (94,6%), Fatick (91,3%) et Thiès (85,4%). Par ailleurs, le transport des patients est un défi énorme et préoccupant dans le Matam (100%), Dakar (95%) et Saint-Louis (90,8%).

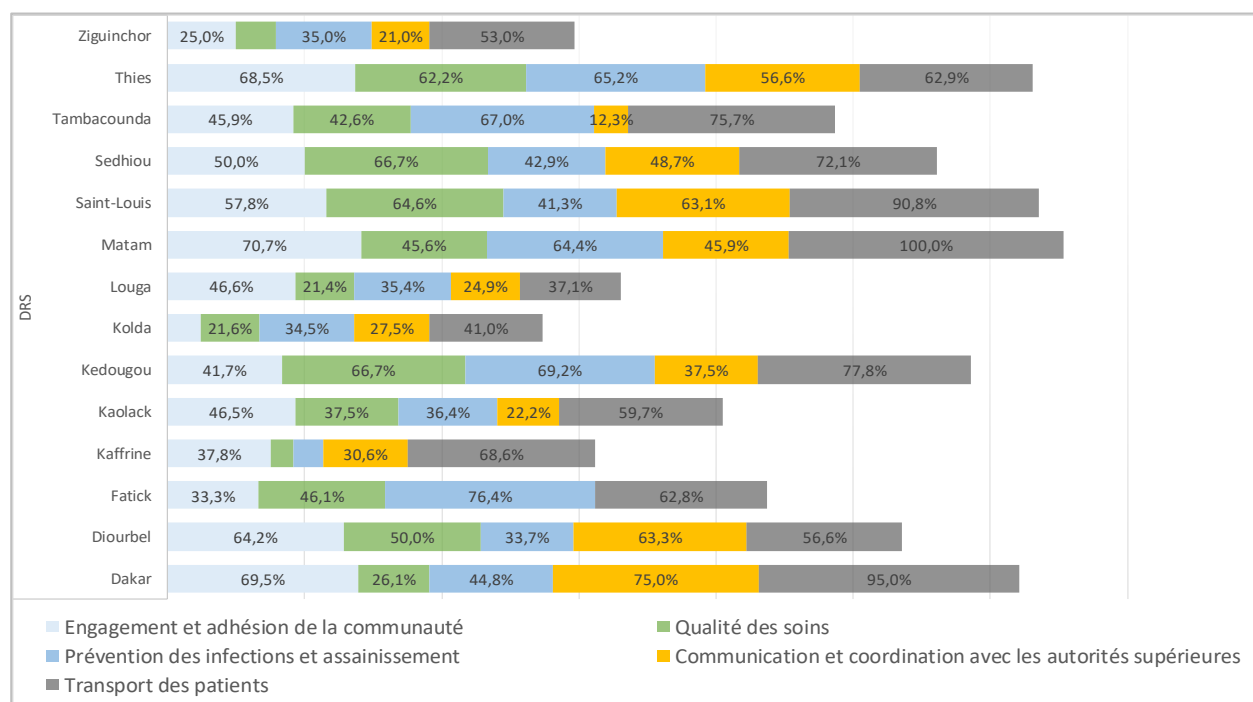


Figure 132 : Incidences des défis sur la capacité à assurer la continuité des services de santé_n°2

3.4.2. Disponibilité et qualité des infrastructures

3.4.2.1. Principale source d'approvisionnement en eau

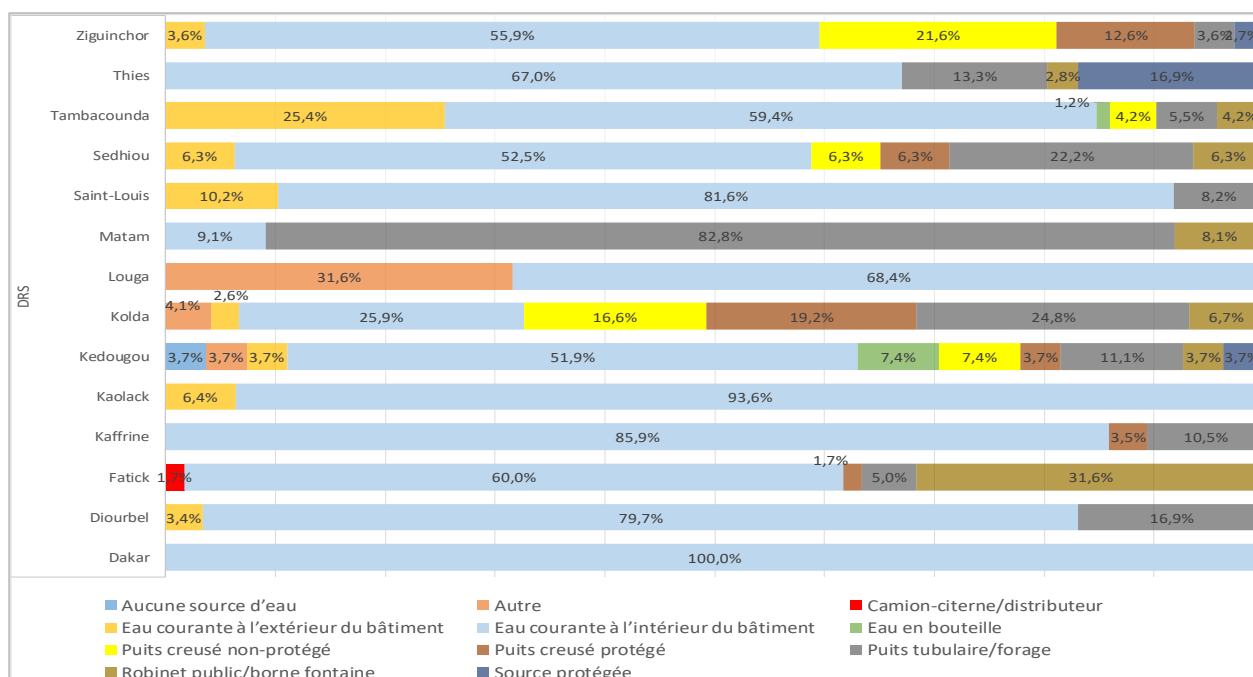


Figure 133 : Principales sources d'approvisionnement en eau

La principale source d'approvisionnement en eau répertoriée dans toutes les Régions est représentée par « eau courante à l'intérieur du bâtiment » sauf Matam. Cet approvisionnement est de 100% dans la région de Dakar contre 9,1% dans celle de Matam.

Les sources d'eau « puits creusé non-protégé et puits creusé protégé » sont les plus présentes dans la région de Ziguinchor que partout ailleurs, avec respectivement 21,6% et 12,6% ; tandis que les puits tubulaires avec forage sont plus utilisés à Matam qu'ailleurs dans le pays, avec 82,8%.

3.4.2.2. Source d'eau située dans l'enceinte de la formation sanitaire

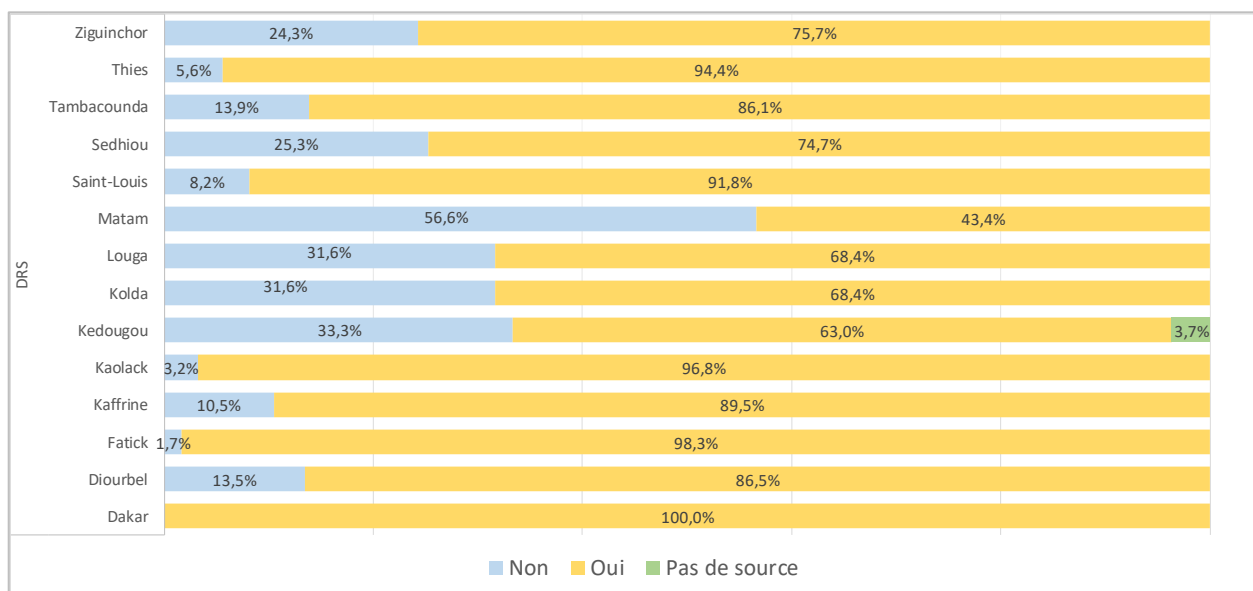


Figure 134 : Source d'eau située dans l'enceinte de la formation sanitaire

3.4.2.3. Disponibilité d'au moins une toilette réservée uniquement pour les différents groupes

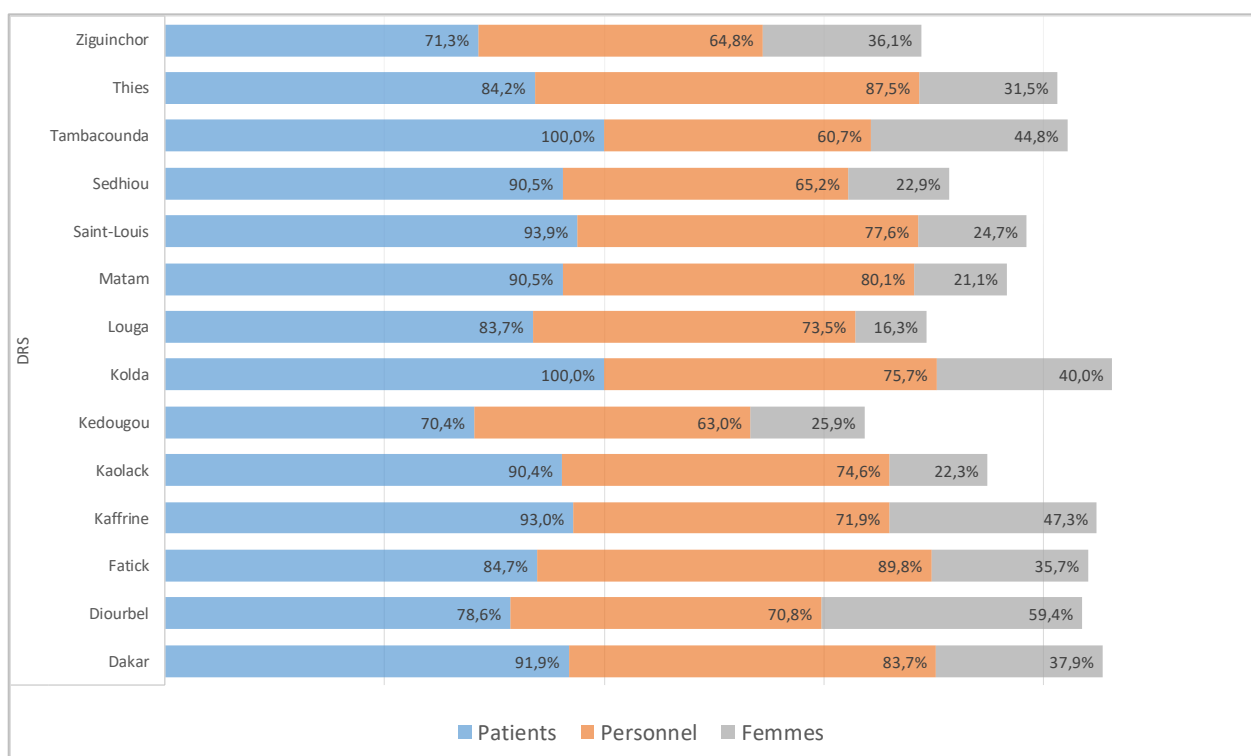


Figure 135 : Disponibilité d'au moins une toilette réservée uniquement pour les différents groupes

Il ressort des résultats de l'enquête que les *toilettes réservées uniquement pour les différents groupes* sont disponibles dans toutes les régions à des proportions variables. Celles réservées aux patients sont plus représentées allant de 100% (Kolda) à 70,4% (Kédougou), suivies des toilettes pour le personnel avec 89,8% à Fatick et 83,7% à Dakar. La distribution des toilettes réservées aux femmes va de 59,4% à Diourbel à 16,3% à Louga.

3.4.2.4. Disponibilité de dispositifs de lavage des mains

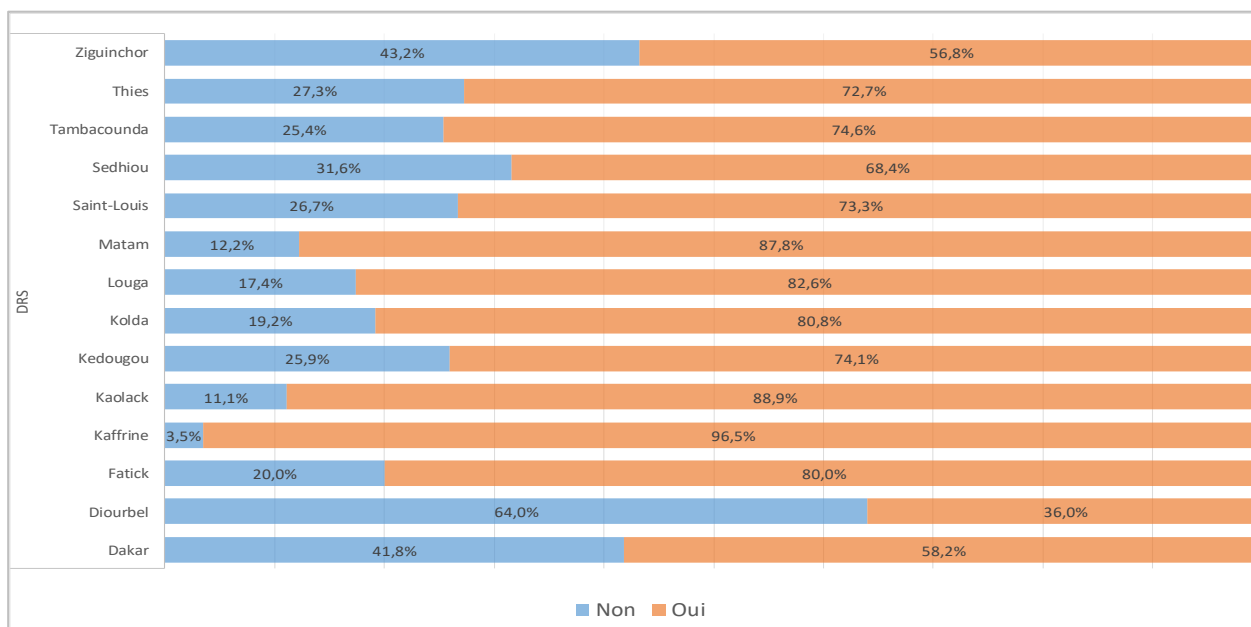


Figure 136 : Disponibilité de dispositif de lavage des mains

Le dispositif de lavage des mains est disponible dans toutes les régions allant de 96,5% à Kaffrine à 58,2% à Dakar. Cependant, les régions de Diourbel et de Ziguinchor alignent de taux d'indisponibilité très élevés, respectivement 64% et 43,2%

3.4.2.5. Méthode d'élimination des déchets médicaux d'activité de soins à risque infectieux autres que les déchets pointus ou tranchants

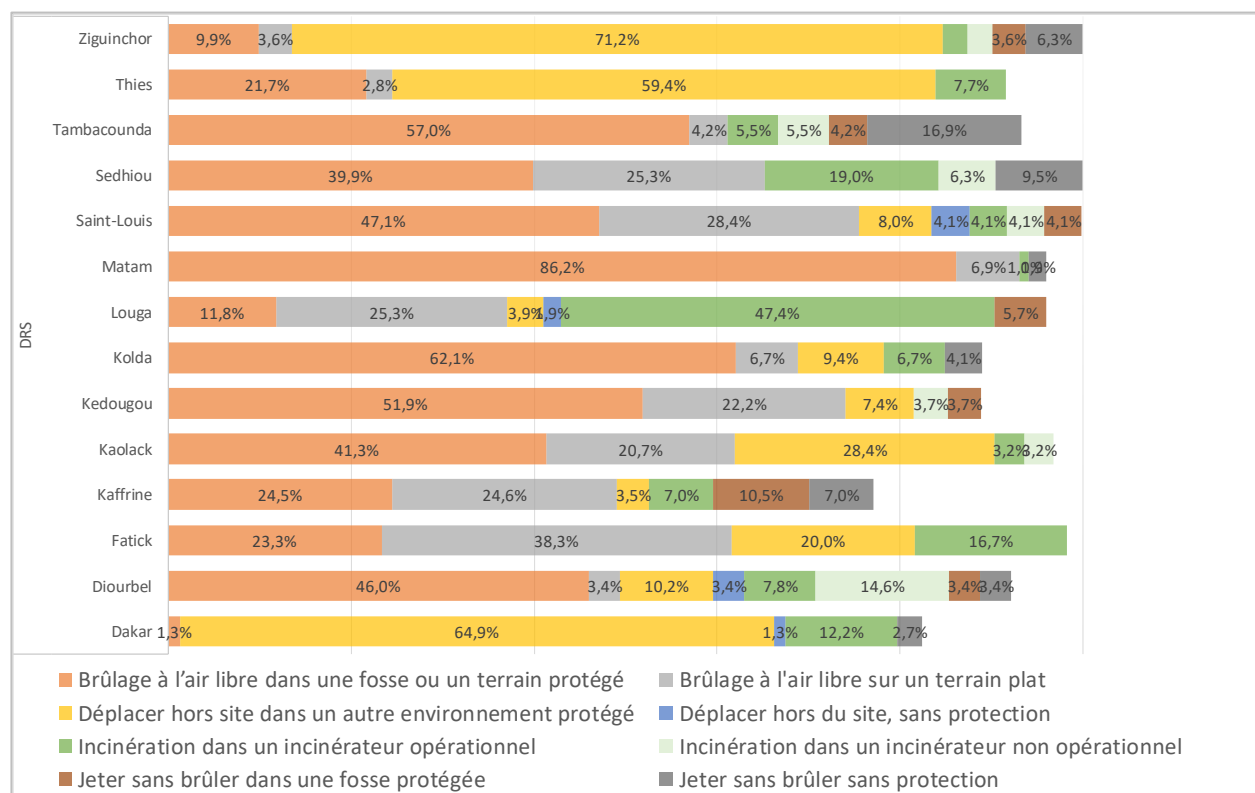


Figure 137 : Méthode d'élimination des déchets médicaux

Différents types d'élimination des déchets existent dans les régions. Cependant, à Ziguinchor, Dakar et Thiès, l'élimination des déchets se fait le plus souvent « *hors du site dans un autre environnement protégé* » avec respectivement 71,2%, 64,9% et 59,4% des cas. En revanche, dans les régions de Matam, Kolda, Tambacounda et Kédougou l'élimination des déchets se fait beaucoup plus par « *brulage à l'air libre* » dans une fosse ou un terrain protégé avec respectivement 86,2%, 62,1%, 57,0% et 51,9%.

3.4.2.6. Disponibilité d'une salle qui garantit l'intimité sonore et visuelle lors des consultations

Toutes les régions disposent d'une salle qui garantit l'intimité sonore et visuelle allant de 84,2% à Louga à 44,2% à Thiès. S'agissant de l'intimité visuelle uniquement, les tendances varient de 51,1% à Matam à 7,4% à Kédougou. Par ailleurs, l'absence d'intimité est soulignée dans les régions de Thiès (38,4%), Fatick (31,6%) et Kédougou (29,6%).

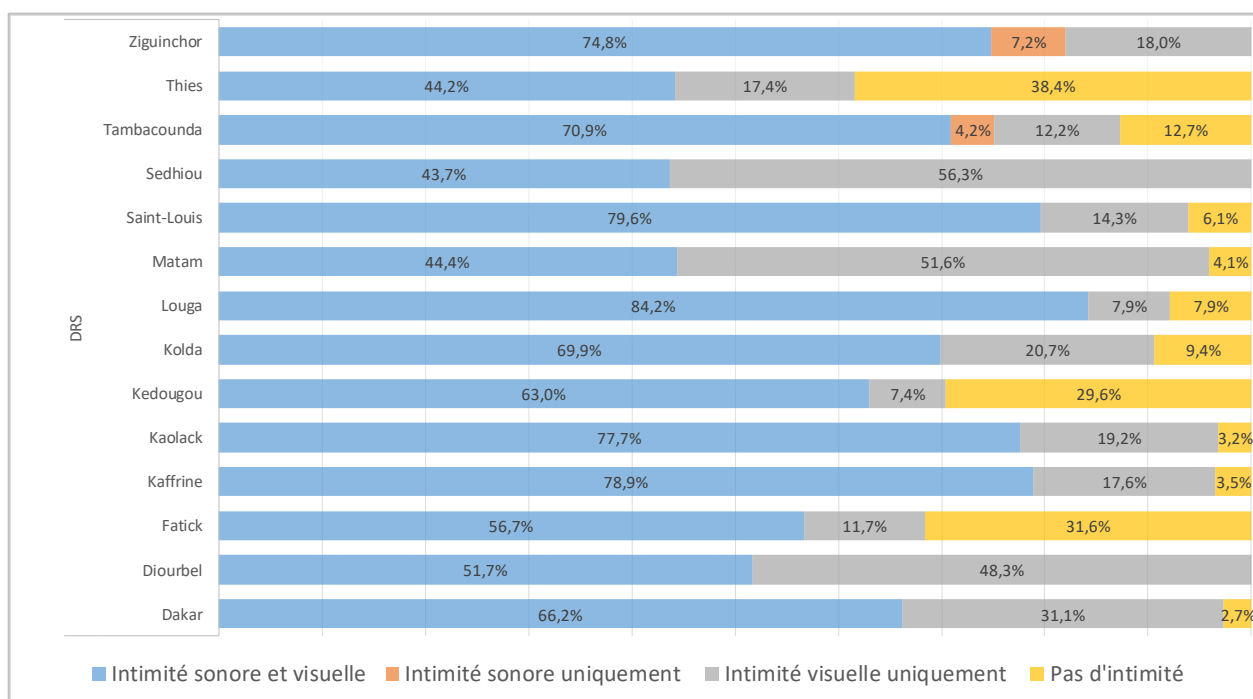


Figure 138 : Disponibilité d'une salle qui garantit l'intimité sonore et visuelle lors des consultations

3.4.2.7. Disponibilité d'autres moyens pour transporter les patients vers des structures sanitaires de niveau supérieur

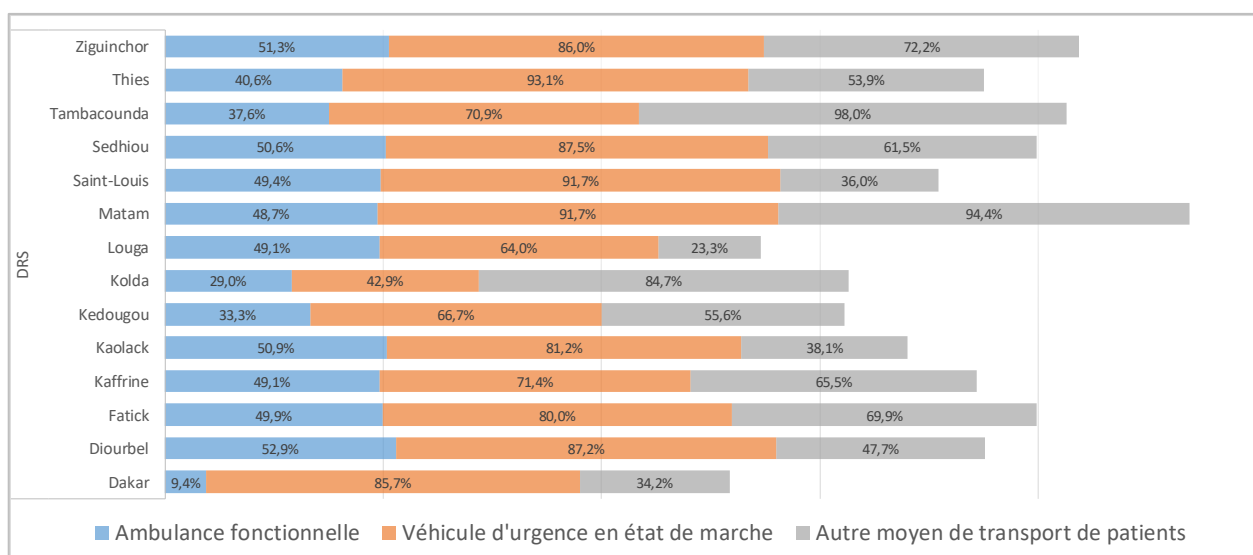


Figure 139 : Disponibilité des moyens de transport des patients vers les structures de niveau supérieur

Au niveau régional, la disponibilité dans les structures de *moyens de transport des patients vers les structures de niveau supérieur* est variable. Concernant les « *véhicules d'urgence en état de marche* » la disponibilité varie de 93,1% à Thiès à 42,9% à Kolda. Les « *autres moyens de transport* » au niveau des structures, vont de 98% à Tambacounda à 23,3% à Louga. Quant aux structures disposant d'une « *ambulance fonctionnelle* » la disponibilité va de 52,9% pour Diourbel à 9,4% à Dakar.

3.4.2.8. Autre(s) moyen(s) disponibles au sein de la structure sanitaire pour transporter les patients vers le niveau supérieur

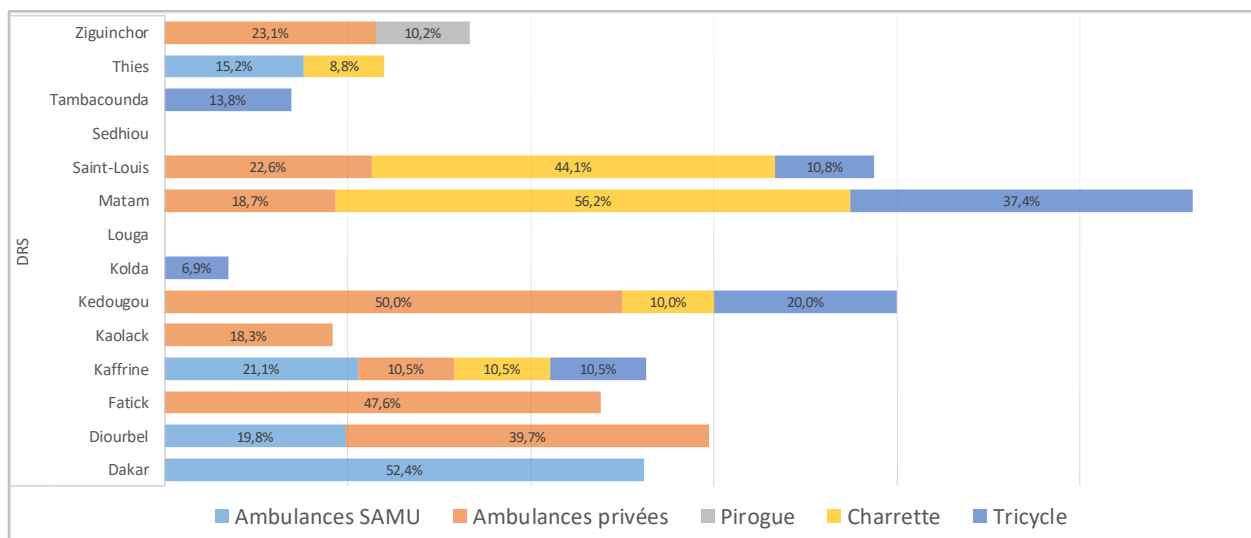


Figure 140 : Autres moyens de transport des patients vers la niveau supérieur

Au niveau régional, les autres moyens de transport des patients vers le niveau supérieur restent disponibles dans la majorité des régions. En effet, les résultats montrent que pour les « ambulances SAMU », les taux varient entre Dakar (52,4%), Kaffrine (21,1%), Diourbel (19,8%) et Thiès (15,2%). De même, les « ambulances privées » en sont disponibles que dans 8 régions, particulièrement à Fatick (47,6%) et à Diourbel (39,7%). On note également le recours aux « charrettes » et « pirogues », essentiellement à Matam (56,2%) et à Saint-Louis (44,1%) pour les charrettes et 10,2% à Ziguinchor pour la pirogue.

3.4.3. Fournitures médicales

3.4.3.1. Disponibilité et fonctionnalité d'équipements médicaux spécifiques

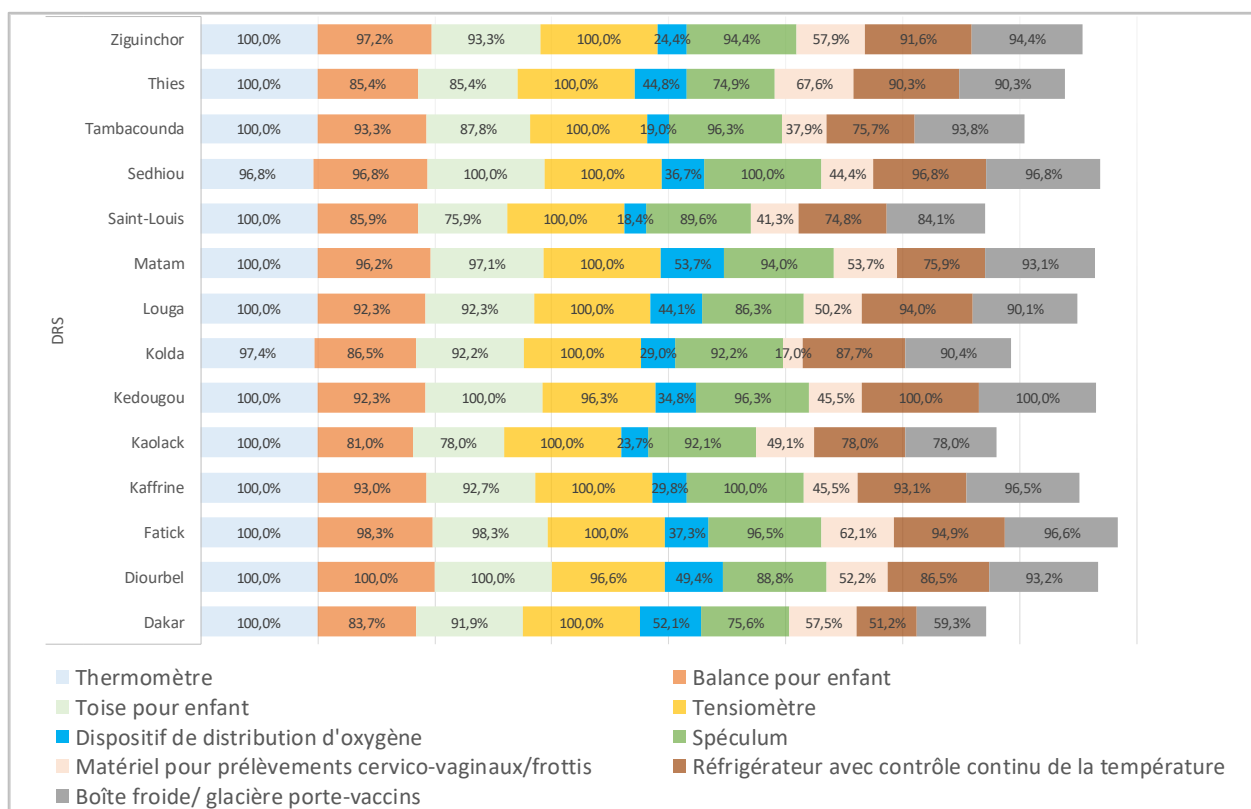


Figure 141 : Disponibilité et fonctionnalité d'équipements médicaux spécifiques

La disponibilité et le fonctionnement des dispositifs et équipements médicaux est diversement appréciée selon les régions. En effet, les thermomètres sont disponibles partout à 100% sauf à Kolda (97,4%) et Sédhiou (96,8%) et les tensiomètres à 100% sauf à Kédougou (96,3%) et à Diourbel (96,6%).

Concernant les dispositifs d'oxygène, Tambacounda et Saint Louis sont les régions où la disponibilité est la plus faible avec respectivement 19,0% et 18,4%.

3.4.3.2. Disponibilité de matériels de diagnostic

Concernant la disponibilité de *tests de glycémie*, on constate que c'est uniquement dans les régions de Kaolack et Ziguinchor où cela est disponible à 100%. En outre, les *tests de diagnostic du paludisme* sont disponibles à 100% que dans les formations sanitaires de 5 régions (Sédhiou, Saint-Louis, Kédougou, Kaffrine et Fatick). Les structures sanitaires enquêtées dans la région de Dakar présentent une disponibilité des *tests de diagnostic du paludisme*, de la *syphilis* et du *VIH*, la plus faible avec respectivement 66,1%, 39,6%, 36,6%.

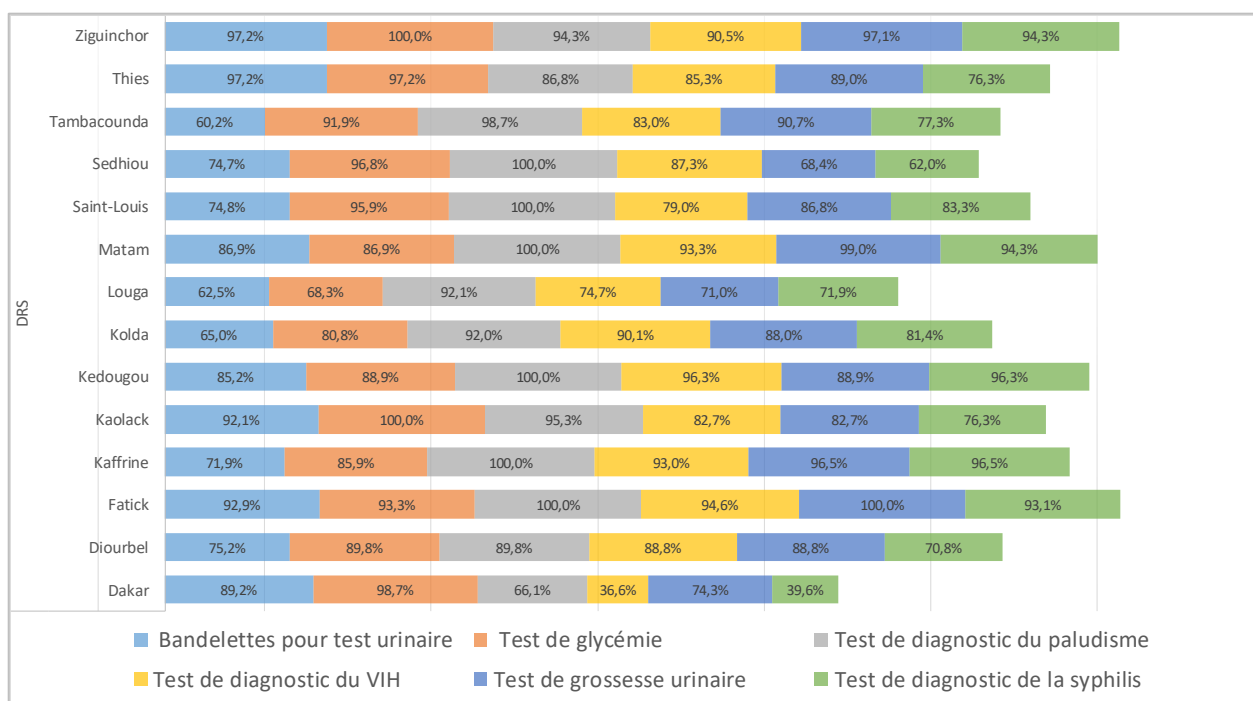


Figure 142 : Disponibilité de matériels de diagnostic au niveau régional

3.4.3.3. Disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI)

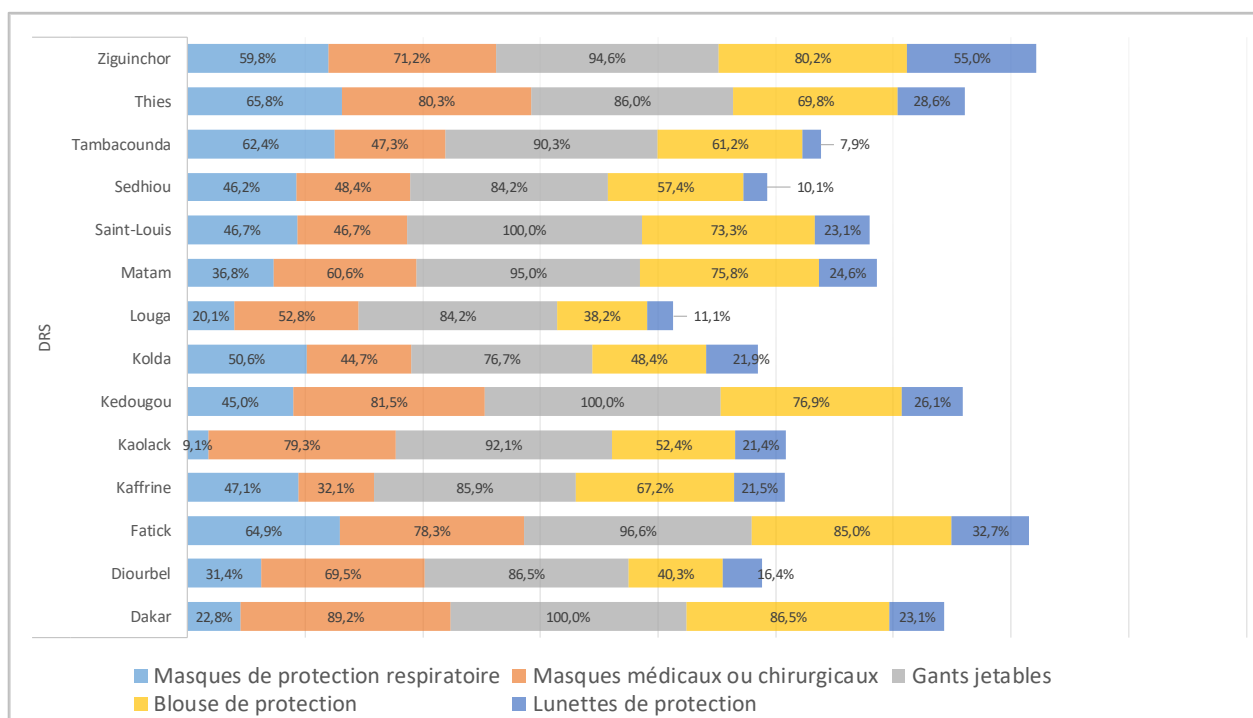


Figure 143 : Disponibilité des équipements de protection individuelle

Dans toutes les régions, la disponibilité des *gants jetables* était la plus élevée au niveau des structures sanitaires, parmi l'ensemble des équipements de protection individuelle (EPI). Pour les *masques de protection respiratoire*, les structures des régions Kaolack (9,1%), Louga (20,1%) et de Dakar (22,8%) présentent de faibles disponibilités.

IV. RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES

5.1. RECOMMANDATIONS

5.1.1. Pour l'équipe de mise en œuvre de l'enquête

- Organiser une session d'évaluation de la 3^e phase pour identifier les goulots d'étranglement et les solutions probables à intégrer lors de la phase suivante ;
- Mettre à jour l'outil de collecte par la simplification et l'adaptation de certaines questions ;
- Définir des cahiers de charge détaillés pour les différents acteurs (*Coordinateur, superviseur et enquêteur*) pour un meilleur contrôle de qualité des données ;
- Réviser l'outil de collecte des données communautaires ;
- Rendre plus explicites les notions de rural et urbain (*zone de résidence et zone d'intervention*) ;
- Réactualiser la liste des répondants du volet communautaire et s'assurer de leur disponibilité ;
- Ajouter une rubrique recommandations sur la partie des obstacles de l'outil de collecte ;
- Proposer un processus d'institutionnalisation de ce type d'enquête.

5.1.2. Dissémination et valorisation des résultats

- Produire des fiches de synthèse des résultats majeurs de l'enquête à l'intention des décideurs ;
- Élaborer des PowerPoints de présentation des résultats au niveau des différentes instances de coordination stratégique du système de santé (*Cabinet du Ministre, Directions nationales, Directions régionales de la Santé (DRS), Districts sanitaires, Alliance du Secteur Privé de la Santé (ASPS) et autres acteurs du système de santé*) ;
- Organiser des ateliers de dissémination avec la presse pour une vulgarisation plus intelligible des résultats au profit de la communauté ;
- Produire des abstracts et autres articles pour un partage avec le monde scientifique national et international ;
- Produire des notes de politique pour les décideurs.

5.1.3. Pour le secteur public

- Renforcer l'approvisionnement en médicaments et fournitures médicales, surtout dans les centres et postes de santé ;
- Améliorer l'accessibilité financière et géographique aux soins de santé en faisant la promotion des subventions ciblées et de l'aide aux indigents et autres personnes vulnérables ;
- Améliorer la qualité de l'accueil ainsi que l'organisation et le fonctionnement dans les structures de soins ;
- Renforcer la résilience des services de santé face aux chocs externes par la diversification des sources de financement des structures sanitaires ;
- Accroître les services de santé mentale, notamment dans les structures de soins primaires ;

- Renforcer les infrastructures sanitaires par un approvisionnement en eau potable, les installations sanitaires, la prise en compte de l'aspect genre dans la répartition des toilettes ;
- Accélérer la digitalisation du système de prise en charge et d'information sanitaire pour une réactivité plus rapide et adaptée ;
- Renforcer les structures sanitaires par la dotation suffisante en ressources humaines ;
- Accroître la disponibilité des salles d'intimité dans les structures de santé ;
- Renforcer les postes de santé par une dotation systématique en ambulances médicalisées ;
- Augmenter la disponibilité de salle d'attente d'isolement contre les maladies contagieuses ;
- Mettre en place un dispositif de distribution d'oxygène en zone rurale dans les postes de santé ;
- Améliorer la disponibilité de certains types de tests de diagnostic tels que la syphilis et le VIH dans les structures ;
- Favoriser une démarche de résolution de conflits fondée sur le principe d'une approche multisectorielle ;
- Améliorer la disponibilité et la qualité des données de routine.

5.1.4. Pour le secteur privé

- Mettre à jour la base de données des structures privées ;
- Sensibiliser l'ASPS pour une meilleure appropriation de l'outil et une parfaite adhésion à la démarche ;
- Appuyer les structures privées dans l'offre de service de maintenance ;
- Intégrer les commandes de produits de santé des structures privées dans la liste validée par la SEN-PNA et les PRA ;
- Améliorer la qualité des données du Système d'information sanitaire (SIS) par la transmission régulière des rapports d'activités à l'autorité compétente de la zone d'exercice ;
- Veiller à une élimination sécurisée et à une meilleure gestion des déchets biomédicaux ;
- Renforcer le niveau de préparation et de réponse aux urgences du secteur privé par leur implication dans les instances de coordination du ministère.

5.2. PERSPECTIVES

- Consolidation de la base de sondage des structures de santé, des outils et de la méthode de collecte ;
- Autonomisation du MSAS dans la configuration d'une plateforme de collecte et d'un outil d'analyse intégrés au Système d'information sanitaire et sociale ;
- Valorisation des résultats de l'enquête FASTR (*rapport de présentation des résultats, notes de politique et articles scientifiques*) ;
- Préparation et mise en œuvre de la 4^e phase (*Cycle 2 de FASTR*) ;
- Institutionnalisation de l'enquête à faire tous les 6 mois.