Institut de Population, Développement et Santé de la Reproduction

Centre d'Etudes et de Recherches Appliquées en Sciences Sociales

« ETUDE DE BASE SUR LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ BASÉ SUR LES RESULTATS AU SENEGAL »

~~~~~~~~~~~~~~~

Rapport provisoire

~~~~~~~~~~~~~~~

Version de septembre 2015

SOMMAIRE

SOMMAIRE II

AVANT-PROPOS III

RESUME EXECUTIF IV

TABLE DES MATIERES XXIV

SIGLES ET ABREVIATIONS XXXI

LISTE DES TABLEAUX XXXIV

LISTE DES FIGURES XXXVII

LISTE DES GRAPHIQUES XXXVIII

INTRODUCTION GENERALE 39

CHAPITRE 1 PRESENTATION GENERALE DE L'ETUDE 43

CHAPITRE 2 Profil démographique, socio-économique et culturel de la population 75

CHAPITRE 3 L'ETAT DE SANTE DES FEMMES ET SANTE MATERNELLE 114

ANNEXES CHAPITRE 3 145

CHAPITRE 4 L'ETAT DE SANTE DES ENFANTS ET SOINS POSTNATALS 131

CHAPITRE 5 OBSERVATIONS CLINIQUE ET ENTRETIEN DE SORTIE DES SOINS DE SANTE MATERNELLE ET INFANTILE 162

ANNEXE CHAPITRE 5 194

CHAPITRE 6 FONCTIONNEMENT DES FORMATIONS SANITAIRES 305

CHAPITRE 7 RESSOURCES HUMAINES DES FORMATION SANITAIRE (FOSA) : STRUCTURE, ETAT DE CONNAISSANCES, CONDITIONS DE TRAVAIL, MOTIVATIONS ET BESOINS EN RENFORCEMENT DE CAPACITES 345

ANNEXES CHAPITRE 7 401

CHAPITRE 8 COMPARABILITE DES INDICATEURS DANS LES GROUPES D'INTERVENTIONS ET DANS LES GROUPES DE CONTROLE 443

ANNEXE 459

EQUIPE DE L'ENQUETE DE BASE SUR LE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS DANS LE DOMAINE DE LA SANTE AU SENEGAL 460

AVANT-PROPOS

Le Consortium Institut de Population, Développement et Santé de la Reproduction (IPDSR)/ Centre d'Etudes et de Recherches Appliquées en Sciences Sociales (CERASS) a le plaisir de vous présenter le rapport principal des résultats de de l'étude intitulée « Enquête de Base sur le Financement Basé sur les Résultats (EBFBR), dont la collecte de données a été menée, du 1er mars au 30 mai 2015, dans quatre régions du Sénégal, à savoir Tambacounda, Kédougou, Sédhiou et Ziguinchor. L'exploitation, l'analyse et la rédaction du rapport ont eu lieu d'avril à Septembre 2015.

L'EBFBR vise à recueillir les données relatives aux indicateurs de base, qui serviront à la mesure des progrès accomplis par rapport aux cibles identifiées au démarrage du processus d'évaluation d'impact dans ces 4 régions.

Le présent rapport principal analyse les résultats couvrant l'ensemble de la population des collectivités retenues dans les quatre régions. Les indicateurs élaborés à partir de ces résultats se rapportent aux caractéristiques sociodémographiques des ménages et de la population, au cadre de vie et à l'équipement des ménages, à l'état de santé des femmes et la santé maternelle, à l'état de santé des enfants et les soins postnatals, à l'observation clinique et les entretiens de sortie des soins de santé maternelle et infantile, au fonctionnement des formations sanitaires, aux ressources humaines des formations sanitaires, notamment en ce qui concerne la structure, l'état de connaissances, les conditions de travail, les motivations et besoins en renforcement de capacités. Enfin, le rapport s'intéresse à la comparabilité des indicateurs dans les groupes d'interventions et dans les groupes de contrôle, à l'effet d'évaluer l'ampleur des différences entre les groupes de contrôle et de traitement, afin de voir si, avant l'intervention, les indicateurs cibles ont des valeurs comparables.

L'enquête a été commanditée par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale et a bénéficié de l'appui financier de la Banque mondiale. La réalisation des activités de l'enquête par le Consortium IPDSR/CERASS a été rendue possible grâce l'appui technique et logistique de la Banque Mondiale et du Programme National du Financement Basé sur les Résultats (PNFBR). A ces deux partenaires, le Consortium IPDSR/CERASS exprime toute sa gratitude pour la confiance à lui accordée et leur adresse ses sincères remerciements.

Enfin, le Consortium IPDSR/CERASS remercie les membres de l'équipe technique de l'EBFBR 2014-2015, toutes les administrations sectorielles, les autorités religieuses et traditionnelles, ainsi que les populations pour leurs contributions à l'enrichissement de ce rapport ainsi que le personnel temporaire recruté pour leurs prestations pendant les phases de collecte des informations sur le terrain.

RESUME EXECUTIF

Le résumé Exécutif de ce rapport est structuré autour de la synthèse des huit chapitres.

La première partie de ce résumé présente la synthèse méthodologique de l'enquête.

La deuxième porte sur les caractéristiques sociodémographiques et du cadre de vie des populations des quatre régions de l'étude.

La troisième traite de l'état de santé des femmes et la santé maternelle.

La quatrième partie aborde l'état de santé des enfants et les soins postnatals.

La cinquième partie se consacre à l'observation clinique et les entretiens de sortie des soins de santé maternelle et infantile.

Quant au sixième chapitre, il porte sur le fonctionnement des formations sanitaires.

Le septième chapitre s'appesantit sur les ressources humaines des formations sanitaires (FOSA) : structure, état de connaissances, conditions de travail, motivations et besoins en renforcement de capacités.

Enfin, la huitième partie s'intéresse à la comparabilité des indicateurs dans les groupes d'interventions et dans les groupes de contrôle, à l'effet d'évaluer l'ampleur des différences entre les groupes de contrôle et de traitement, afin de voir si, avant l'intervention, les indicateurs cibles ont des valeurs comparables.

Les difficultés rencontrées et les recommandations bouclent ce résumé exécutif.

PRESENTATION GENERALE DE L'ETUDE

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Malgré d'importants investissements consentis, le niveau de performance du système de santé sénégalais demeure une préoccupation, notamment pour ce qui concerne la santé maternelle et néonatale, avec un taux de mortalité maternelle ajusté qui stagne à 392 décès pour 100 000 naissances vivantes (EDS-MICS 2010-2011). Les taux d'accès et de recours aux services de soins maternels et aux autres soins sont faibles, surtout pour les ménages démunis et ceux du milieu rural. En milieu urbain, 93% des naissances ont lieu dans des structures sanitaires contre 65% en milieu rural (EDS-Continue_2014). Comme le révèle l'Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS) 2014, les structures sanitaires ont tendance à être mal approvisionnées surtout en milieu rural. Même si une structure sanitaire est facilement accessible et bien dotée en personnel, les ménages sont souvent confrontés au problème d'insuffisance de performance des agents de santé. L'absentéisme est très répandu même s'il est difficilement appréhendé par les statistiques.

Ces problèmes de soins de santé affectent les structures sanitaires ainsi que les usagers et contribuent à la persistance de la pauvreté et à l'accroissement des inégalités fondées sur le genre. Dans un contexte pareil, il est crucial de trouver des voies et moyens d'accroître les performances des agents de santé.

Le Financement basé sur les Résultats vise à lier les incitations/primes versées aux prestataires de services de santé avec le bien-être des patients en offrant des incitations financières en vue d'une meilleure utilisation et d'une amélioration de la qualité des indicateurs de soins spécifiques. Outre la stimulation du personnel soignant qui permet d'améliorer la rétention et le degré de satisfaction, ce programme augmente le montant des ressources disponibles pour les structures sanitaires ainsi que leur liberté de gérer ces revenus pour l'acquisition d'intrants et le recrutement de personnel.

Toutefois, l'amélioration de la disponibilité des services de soins de santé ne pourrait pas, seule, suffire à galvaniser les taux d'utilisation s'il y a également d'importantes contraintes du côté de la demande. Il s'est avéré également que même de petites incitations, dans le domaine des soins de santé maternelle et infantile, peuvent effectivement aider à résoudre le problème de faible utilisation des services. Les récentes études d'évaluation dans ces domaines révèlent qu'une combinaison (1) de versement d'incitations du côté de la demande, visant à encourager les femmes à recourir aux services de santé, (2) et d'incitations du côté de l'offre, visant à renforcer les capacités en matière de prestation de services, est un moyen efficace de promouvoir le recours aux services

de santé, et, à terme, aider à améliorer les résultats dans les sous-secteurs prioritaires de la santé (Rawlings et Rubio 2005, Banerjee 2010).

A compter de 2014, la Banque mondiale et l'USAID ont décidé d'appuyer la réforme basée sur le système FBR. L'objectif visé par le projet est d'améliorer les résultats des programmes de santé maternelle et infantile en favorisant davantage le recours aux services de haute qualité de soins de santé maternelle et infantile et de nutrition, surtout au sein de ménages démunis. Avant l'implémentation de ce programme, une enquête de référence devait être menée afin d'avoir une photographie de la situation d'avant mise en œuvre. C'est l'objet de l'étude intitulée « Enquête de Base sur le Financement Basé sur les Résultats (EBFBR), dont la réalisation a été confiée au Consortium Institut de Population, Développement et Santé de la Reproduction (IPDSR)/ Centre d'Etudes et de Recherches Appliquées en Sciences Sociales (CERASS).

OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS

L'objectif de l'étude d'évaluation du plan FBR, qui peut être réparti en trois sous-objectifs, est de fournir des évidences sur l'efficacité des incitations, aussi bien du côté de la demande que du côté de l'offre, et d'évaluer leur impact sur l'amélioration des résultats en matière de santé maternelle et infantile :

- La première composante qui est une comparaison des districts menant un programme d'incitations du côté de la demande et ceux qui n'en ont pas, se focalise sur les résultats/impacts en matière de santé maternelle et infantile.
- La seconde composante qui fait une comparaison des structures sanitaires concernées par les programmes FBR-Offre et FBR-Demande, s'intéresse uniquement aux résultats/impacts par rapport à la santé maternelle.
- La troisième composante, qui sera abordée ultérieurement, cherche à comprendre les capacités des technologies de communication mobiles à favoriser la demande pour les services de santé dans le but de renforcer les autres aspects du projet.

L'évaluation sera l'une des premières évaluations FBR qui auront combiné les deux types d'incitation. Par conséquent, les interventions du projet pilote qui seront évaluées seront au nombre de deux, à savoir:

- *Intervention/activité 1: Incitations financières aux structures sanitaires*
- *Intervention/activité 2: Incitations/Bon maternel payées aux femmes enceintes démunies*

En tant que projet expérimental, l'analyse isolera l'impact causal de chacune des mesures d'incitation, des potentiels facteurs de confusion.

S'agissant des résultats attendus, l'étude d'évaluation vise à répondre aux questions de recherche suivantes :

- *Est-ce que les incitations relatives à l'Offre du programme FBR contribuent à motiver davantage les agents des structures sanitaires et à changer leurs comportements? Est-ce qu'il y a des améliorations par rapport à l'absentéisme, à la motivation, à la gestion des stocks de médicaments, à la rétention des agents qualifiés, et à la qualité des soins prodigués par les agents des structures sanitaires?*
- *Est-ce que les bons remis aux femmes enceintes sur la base de leur respect des directives en matière de santé maternelle, ont contribué à une plus grande utilisation des services de santé et à améliorer leur état de santé?*
- *Quel autre impact serait produit par la combinaison des mesures d'incitation relatives à la demande et de celles relatives à l'offre?*
- *Quel est l'impact des mesures d'incitation relatives à la demande et de celles relatives à l'offre.*

2. Méthodologie

Les quatre régions concernées aussi bien par le programme que par l'étude ont été choisies par le Gouvernement car elles sont de loin en retard par rapport aux autres régions du pays, non seulement en termes de santé maternelle et infantile, mais également en ce qui concerne les autres indicateurs de la santé.

L'étude d'évaluation de l'impact utilise des méthodes quasi-expérimentales pour évaluer le programme/régime FBR ainsi que les incitations en matière de santé maternelle. L'évaluation a suivi un plan factoriel 2X2 :

- *Le FBR-Offre utilise un plan quasi-expérimental à grappe bloquée, randomisé sur le plan sanitaire.*
- *Le FBR-Demande adopte un plan expérimental exclusivement destiné à la collectivité locale.*

Structures par groupe de traitement

		FBR-Demande (Bons maternels)		
		Non, Démarrage en 2017 (contrôle) 46 collectivités	Oui, Démarrage en 2015 46 collectivités	Pas de FBR-demande
FBR-Offre	Non, Démarrage en 2017 (contrôle) 9 districts	37 structures Aucune intervention (Contrôle)	44 structures Bons maternels uniquement	35 structures Aucune intervention (Contrôle)
	Oui, Démarrage en 2015 9 districts	39 structures FBR-Offre uniquement	48 structures FBR-Offre + Bons maternels	62 structures FBR-Offre uniquement

Collectivités par groupe de traitement

		FBR-Demande (Bons maternels)		
		Non, Démarrage en 2017 (contrôle) 46 collectivités	Oui, Démarrage en 2015 46 collectivités	Pas de FBR-demande
FBR-Offre	Non, Démarrage en 2017 (contrôle) 9 districts	26 collectivités Aucune intervention (Contrôle)	27 collectivités Bons maternels uniquement	16 collectivités Aucune intervention (Contrôle)
	Oui, Démarrage en 2015 9 districts	20 collectivités FBR-Offre uniquement	19 collectivités FBR-Offre + Bons maternels	28 collectivités FBR-Offre uniquement

La collecte de données combine une approche quantitative et qualitative. L'approche quantitative a porté sur une collecte auprès des ménages et auprès des Etablissements de santé ou points de prestations. L'approche qualitative quant à elle a abordé l'observation directe et l'autopsie verbale des décès infantiles.

PROFIL DEMOGRAPHIQUE, SOCIO-ECONOMIQUE ET CULTUREL DE LA POPULATION

Du point de vue de la répartition spatiale, les populations de Tambacounda et Sédhiou sont les plus représentées avec chacune des régions comptant pour un tiers. Les populations de Kédougou sont les moins représentées (un peu moins de deux personnes sur cinq).

S'agissant de l'accès à l'eau de boisson, Kédougou et Tambacounda semblent mieux lotis, contrairement à Sédhiou et Ziguinchor.

Pour rendre cette eau potable, on relève qu'un ménage sur trois n'utilise aucune méthode pour rendre l'eau potable.

L'approvisionnement du ménage en eau de boisson est une tâche essentiellement à la charge de la femme adulte de plus de 15 ans (plus de 94%).

Les 4 régions ne sont pas bien loties en ce qui concerne l'accès aux toilettes dites améliorées. Toutefois, les cas de Kédougou et dans une moindre mesure Ziguinchor semblent plus

préoccupant dans la mesure où respectivement 35,6 et 15,3% des ménages de ces régions n'ont pas de toilettes ou défèquent dans la nature.

Plus de 9 ménages sur 10 utilisent le bois ou, dans une faible proportion, charbon de bois pour cuisiner.

La source d'éclairage semble très discriminante. Les deux régions de Sédhiou et de Ziguinchor tournent autour d'un ménage sur deux qui s'éclaire à l'électricité. En revanche à Kédougou et à Tambacounda, le pourcentage tourne autour d'un ménage sur cinq.

Relativement au logement, plus d'un ménage sur deux dans les régions d'étude ont un sol en terre ou bois. On observe une dichotomie plus accentuée lorsqu'il s'agit du milieu de résidence car tandis qu'un peu plus de 3 ménages sur 5 en milieu rural ont un sol en terre/bois, on enregistre à peu près la même proportion en milieu urbain avec le sol en ciment/carreaux.

S'agissant de la situation d'occupation du logement, les populations sont essentiellement propriétaires ou copropriétaires de leurs logements (plus de neuf personnes sur dix).

Plus de trois-quarts des ménages des régions d'étude citent les terres comme biens fréquemment possédés. De manière générale, la possession de bétail semble plus fréquente dans les régions de Kédougou et Tambacounda que dans celles de Sédhiou et de Ziguinchor où prédomine la possession de volaille.

La bicyclette, mobylette ou motocyclette sont les biens d'équipement les plus fréquemment cités dans ces régions, plus particulièrement à Kédougou. La charrette et la charrue sont les plus fréquemment citées à Tambacounda.

La structure par âge des populations de ces régions ne déroge pas à ce qui est connu, c'est-à-dire une population jeune. Les moins de 5 ans comptent pour à peu près 20%, soit un enfant sur cinq, un peu moins dans la région de Ziguinchor qui compte légèrement plus de femmes de 15-35ans par rapport aux autres régions. Environ une femme sur trois de l'échantillon a entre 15-35 ans. Dans cette tranche d'âges, les femmes sont dans l'ensemble plus représentées que les hommes. Ceci est dû au plan d'échantillonnage qui retenait les ménages avec au moins une femme de 15-35 ans.

Les ménages sont composés, en moyenne, de 8,3 personnes par ménage. Kédougou apparaît être la région où la taille moyenne des ménages est la plus faible (6,8 contre plus de 8 dans les autres régions).

En dehors de la région de Ziguinchor où un individu sur trois est sans instruction, la situation est assez préoccupante dans les autres trois régions, particulièrement dans la région de Tambacounda où à peu près trois individus sur quatre sont sans instruction. Elle est également plus préoccupante chez les femmes par rapport aux hommes.

La structure du taux net de scolarisation est conforme à la structure nationale, c'est-à-dire un léger avantage pour les filles par rapport aux garçons au primaire. Pour les autres cycles, la parité se détériore car l'inversion se produit après le primaire au profit des garçons à cause des déperditions chez les filles. Les taux brut de scolarisation présentent la même structure que les taux nets.

S'agissant de la situation d'activité au cours des 12 derniers mois, dans l'ensemble des quatre régions, le taux d'activité global des hommes sur le marché du travail est nettement supérieur à celui des femmes (47,7% contre 19,3%).

Pour ce qui est de la population occupée, un peu plus d'une personne sur trois exerce en tant qu'indépendant, également un peu moins comme aide familial et une personne sur cinq comme travailleur à la tâche. Les emplois salariés n'occupent qu'une personne sur dix, Ziguinchor comptant une plus grande proportion (16,6%). Les femmes se retrouvent plus dans la position d'aide familiale (48,5% contre 16,8% pour les hommes).

En ce qui concerne le chômage, il touche légèrement plus les femmes que les hommes. Les taux sont plus élevés dans la région de Ziguinchor et également plus en milieu urbain que rural.

Une personne sur deux déclare disposer d'un revenu d'au moins 37 000 Fcfa par mois ; ce qui avoisine le SMIG. La situation semble un peu plus reluisante à Kédougou (50000), en milieu urbain, chez les salariés, chez les plus instruits et chez les hommes, par rapport aux autres catégories.

Le mauvais état de santé a été plus préjudiciable à Tambacounda (6,1 jours de perdu) que dans les autres régions, Ziguinchor en ayant un peu moins souffert. De même, les femmes plus que les hommes, les aides familiaux et les personnes sans instruction, bref les personnes vulnérables en ont souffert plus que leurs homologues des autres catégories.

En ce qui concerne la Couverture par une assurance maladie un peu moins d'une personne sur deux dans les quatre régions a connaissance de l'existence de la politique de couverture maladie universelle.

S'agissant de l'opinion des enquêtés sur les mutuelles de santé, une personne sur deux pense que c'est une bonne chose, une personne sur trois en est indifférente et un peu moins d'une personne sur cinq pense que l'initiative n'est pas bien adaptée.

Plus de neuf ménages sur dix ont des membres qui n'appartiennent pas à une mutuelle de santé et ce quelle que soit la catégorie utilisée. Toutefois, on note que chez les ménages dont les chefs sont les plus instruits (supérieur), un peu plus de trois ménages sur dix en sont membres.

Bien que 5% seulement de ménages disent être membre d'une mutuelle, un ménage sur trois a un membre qui est couvert par une autre assurance maladie. Ces ménages sont un peu plus nombreux à Ziguinchor (42,3%) qu'à Tambacounda (28,4%).

Sur la politique de gratuité chez les adultes et les enfants de moins de 5 ans, la proportion de bénéficiaires reste faible aussi bien chez les adultes que chez les enfants de moins de cinq ans. Toutefois, on note que les enfants de la région de Tambacounda et dans une moindre mesure, ceux de la région de Sédhiou en bénéficient moins par rapport aux enfants des autres régions.

En ce qui concerne l'appréciation des ménages sur le paquet de services offerts par la mutuelle, un ménage sur deux interrogés en est satisfait (51,0%), un sur trois en a une opinion mitigée (28,8%) et un sur cinq se dit insatisfait de ce service.

Pour ce qui de l'opinions par rapport à la politique de gratuité, pour les enfants de moins de 5 ans, la Césarienne et le plan Sésame, même si seulement un ménage sur trois déclare que leurs enfants de moins de cinq ans bénéficient de la gratuité des soins, ils sont un peu moins de trois-quarts à trouver que c'est une bonne chose. Un ménage sur cinq n'est pas satisfait de cette politique.

De l'appréciation que livrent les ménages par rapport aux coûts des soins, environ quatre ménages sur dix sont satisfaits des coûts. La satisfaction est moins fréquente dans les ménages de Tambacounda et de Sédhiou (respectivement 26% et 35,8%) alors qu'on se situe à un ménage sur deux à Ziguinchor et Kédougou.

Pour ce qui est de l'opinion des ménages sur la qualité des soins, plus de trois ménages sur cinq (63,5%) en sont satisfaits. Seulement un ménage sur deux à Tambacounda en est satisfait.

En ce qui concerne la gestion de la mutuelle, environ deux ménages sur cinq en sont satisfaits. Tambacounda est également la région où la fréquence des ménages satisfaits est la plus faible des autres régions. Les ménages dirigés par les femmes se montrent légèrement plus satisfaits que ceux dirigés par les hommes. De même, la fréquence des ménages satisfaits est légèrement plus faible en rural qu'en milieu urbain.

L'ETAT DE SANTE DES FEMMES ET SANTE MATERNELLE

Les aspects abordés sont les suivants : l'état de santé des femmes et leurs recours aux soins, ensuite les soins prénatals, le recours aux soins à l'accouchement et enfin la régulation de la fécondité.

S'agissant de l'état de santé des femmes et de leurs recours aux soins en général, dans l'ensemble, près de 9 femmes de 15-35 ans sur 10 interrogées (88,3%) ont estimé bénéficier, selon leur perception, d'un solide état de santé.

Un dixième (9,8%) de cette population souffre d'au moins un handicap ou de maladies chroniques : les maladies chroniques (8,4%) étant plus fréquentes que les handicaps (1,4%).

Ces différents handicaps étant de type physique (0,6%), visuel (0,3%), mental (0,2%), auditif (surdité/mutité) (0,2%) et d'autres types d'handicap (0,1%).

Hormis ces handicaps ou maladies chroniques dont souffrent les femmes, près d'une femme sur dix (11,8%) souffre de maladies non chroniques.

Ces maladies non chroniques ont alité ces femmes durant 5,1 jours en moyenne soit deux jours de moins à Ziguinchor (3,6 jours).

Pour ces différents cas de maladies chroniques ou non, 37,4% des femmes ont eu recours à un personnel médical.

Les raisons économiques telles que la cherté des prestations de services de santé (37,0%) et les pesanteurs socio-culturelles, liées à la perception même de la gravité que se font les personnes sujettes à la maladie (17,0%), sont avancées pour celles n'ayant eu recours à un personnel médical.

On note une proactivité des enquêtées à faire recours à un centre de santé en cas de maladie, et ce quel que soit leur milieu de résidence. En effet, 86,2% se rendent dans un centre de santé dans les 48 heures ayant suivi la constatation de la maladie (respectivement 45,2% dans les 24 heures et 41% entre 24 et 48 heures). Les femmes de Kédougou (17,1mn), Ziguinchor (18,2 mn) et Sédhiou (38,2 mn) enregistrent un temps d'attente relativement moins long que celui de Tambacounda (86,4 mn) lorsqu'elles se rendent dans les structures sanitaires.

La prise d'antipaludéen a été effective pour seulement 18,1% en cas de fièvre par les femmes en âge de procréer, une situation plus alarmante chez celles de Ziguinchor (13,1%).

En ce qui concerne les soins prénatals, les éléments d'efficacité de la consultation prénatale tels que le nombre de CPN effectuées, le type d'établissement dans lequel il est effectué, le type de personnel consulté tout au long d'une grossesse, mais aussi entre autre de la pratique du test du VIH lors de la CPN et l'administration du vaccin antitétanique, ont été renseignés.

Ainsi, en ce qui concerne le nombre de visites recommandés, globalement, seules 28,7% (2,6% pour 0 visite, 1,9%, 4,6% et 19,6% , respectivement pour 1, 2 et 3 visites recommandées) des femmes n'ont pas une connaissance parfaite du paquet minimum de soins prénatals requis tout au long de leur grossesse ; une situation plus aggravée à Sédhiou (27%).

En ce concerne, l'estimation que les femmes se font de la proportion de femmes qui achèvent au moins 4 consultations prénatales tout au long de leur grossesse, elle se situe à 82,8% ; le plus faible niveau étant observé à dans la région de Tambacounda (74,8%).

En moyenne près de 4 consultations prénatales (3,7) recommandées ont été effectuées par les femmes. Le plus faible nombre de consultations prénatales a été observé à Tambacounda (11,4%), en milieu rural (7,5%), chez celles sans aucun niveau (8%) et chez les 25-29 ans (8,1%).

Les femmes recourent principalement à trois types de structure pour effectuer leur dernière consultation prénatale : les postes de santé (71%), les centres de santé (14,8%) et les cases de santé (6,7%). Les femmes de Kédougou sont celles qui recourent le moins aux établissements publics de santé/hôpitaux (2,7%) et aux cases de santé (5,3%) ; Quand à celles de Sédhiou elles recourent le moins aux centres de santé (10,5%).

Près de neuf femmes sur dix (92,1%) ont consulté une infirmière/sage-femme lors de leurs consultations prénatales. Pour celles qui n'ont pu le faire, la cherté des frais de consultations (29,4%) et l'éloignement du centre de santé (14,3%) sont les obstacles les plus fréquemment mentionnés.

A 63,9% de femmes enceintes, il a été proposé de réaliser un test de Sida pendant la grossesse. 94,3% de ces femmes ont effectivement réalisé ce test et 94,5% ont retiré le résultat de leur test.

Une proportion de 86% des femmes ont reçu le vaccin antitétanique lors de la CPN, légèrement mois à Tambacounda (77,4%).

Environ 81,5% de femmes ont été soumises à la prise d'antipaludéen à titre préventif lors de leur grossesse.

La prise de fer lors de la grossesse a été quasi totale dans la mesure où près de 9 femmes sur 10 (88,6%) l'ont fait pendant leur grossesse.

Quant aux recours aux soins à l'accouchement, on retient que 33,5% des femmes ont accouché à domicile, une situation plus récurrente à Tambacounda (47,1%).

Une proportion relativement élevée de naissances s'est déroulée avec l'assistance de personnel de santé formé (67,9%), dont 58,9% avec l'aide des infirmières ou sages-femmes, 3,3% avec les assistants infirmiers, 1,8% avec l'assistance d'un médecin et 4% avec l'assistance d'un agent de santé communautaire.

Celles n'ayant pu accoucher en présence d'un personnel de santé avancent deux principales raisons : l'éloignement du centre de santé (27,3%) et la cherté des frais d'accouchement (26,3%).

Une césarienne a été pratiquée dans 4,3% d'accouchements en générale. Cette proportion est plus prononcée à Ziguinchor (8,9%).

Enfin, pour ce qui est de la régulation de la fécondité, on retiendra qu'une forte proportion de femmes (72,1%) ont jugé opportune leur grossesse justifiant ainsi d'une part que seules 13% des femmes utilisent une méthode contraceptive et d'autre part que 53,1% des femmes se sont dites opposées à l'usage des méthodes contraceptives pour la régulation des naissances. Cette proportion de femmes contre l'usage des méthodes contraceptives est plus importante dans la région de Tambacounda (63%) comparée à Ziguinchor (39,6%).

Pour les femmes utilisant la contraception moderne, elles sont de type injectables (36,9%), d'implants (21,9%), de préservatifs masculins (18,9%), de pilules (8,3%) et de DIU (3,7%). Ainsi, les femmes de Tambacounda sont celles qui recourent le plus aux injectables (48,3%) et aux pilules (11,2%). Celles de Ziguinchor sont celles qui recourent le plus aux préservatifs masculins et féminins (41% et 0,8% respectivement). Celles de Kédougou et de Sédhiou sont celles qui recourent le plus aux diaphragmes et aux DIU (2,3% et 4,4% respectivement).

Dans 82,2% des cas, les femmes obtiennent leur méthode auprès d'un hôpital ou d'un centre de santé. Le secteur privé non médical (boutique, marché amis, parents etc.) couvre 14,6% de l'approvisionnement. Pour ces 82,2% s'adressant auprès d'un hôpital ou d'un centre du secteur public pour se procurer leur méthode, 73,3% le font par l'intermédiaire d'un infirmier/sage-femme, 6% auprès d'un pharmacien, 2,5% auprès d'un(e) assistant(e)/infirmier(e) et 2,1% auprès d'un docteur en médecine.

L'ETAT DE SANTE DES ENFANTS ET SOINS POSTNATALS

Il ressort de cette étude que 65% des nouveau-nés ont été pesés à la naissance. C'est dans la région de Tambacounda que les nouveau-nés sont le moins pesés (49%); de même les nouveau-nés sont moins pesés en milieu rural (58%) qu'en milieu urbain (86%). Suivant l'éducation, les femmes sans instruction ont très souvent leurs enfants non pesés.

Après un accouchement, la femme doit faire trois Consultations Post-natals (CPON). Mais seulement 72% des mères ont bénéficié d'au moins une CPON. Les mères ayant un niveau d'instruction plus élevé sont largement plus nombreuses à avoir bénéficié d'au moins un CPON par rapport aux mères non instruites.

Normalement le premier contrôle post natal se fait au troisième jour après la naissance ; mais l'analyse des données montre que la durée moyenne avant le premier contrôle post natal est de 7 jours.

Seulement 58% des mères ayant accouché ont reçu du fer et 42% de la vitamine A.

Au niveau de la santé des enfants, la vaccination est un élément essentiel de prévention contre diverses maladies. La couverture vaccinale avec le vaccin BCG est bonne. En effet 94% des enfants sont vaccinés contre le BCG dans les régions couvertes par cette étude.

Plus de deux tiers des enfants ont reçu les doses de pentavalent, de polio oral, de pneumo de rougeole et de fièvre jaune.

Par contre, le rappel de rougeole et rubéole introduit récemment (RR2), qui se fait à 15 mois, est encore faible (28%). Ce faible taux de RR2 tire vers le bas le taux des enfants complètement vaccinés.

La protection des enfants passe aussi par l'utilisation des moustiquaires. Il ressort de nos données que 68% des enfants ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête.

De façon générale, 2.8% des enfants de moins de 5 ans souffrent de maladies chroniques. Quant aux maladies occasionnelles, elles concernent 14% des enfants au moment de l'enquête.

Moins de la moitié des enfants (44%) malades ont été soignés. La première raison du non recours aux soins est sa cherté de la prise en charge. Environ 30% des parents d'enfants malades non soignés ont avancé cette raison. L'éloignement est aussi un facteur à prendre en compte puisque 10% des parents ont invoqué cette raison.

Parmi les enfants ayant eu le paludisme, seulement 27% ont pris un antipaludéen.

Parmi les enfants souffrant de diarrhée, 47% ont pris une solution de réhydratation par voie orale (SRO).

En ce qui concerne l'état nutritionnel des enfants, au cours des six derniers mois, 97% des enfants ont eu un bon état nutritionnel. Des cas de malnutrition aigüe sévère non compliquée ont été observés à des proportions faibles 0.6%.

OBSERVATION CLINIQUE ET ENTRETIEN DE SORTIE DES SOINS DE SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

L'accès aux services de soins prénatals est encore faible dans les régions d'étude puisque moins d'un tiers des femmes ont accès à ces services.

Les services de soins prénatals sont fréquentés en majorité par des femmes en âge de procréer 15 à 34 ans dont la quasi-totalité (97%) n'a pas une couverture médicale.

A ZIGUINCHOR, plus de 50% des services de soins prénatals sont assurés par un personnel non qualifié ; ce qui suggère des efforts qui doivent encore se faire dans le recrutement de personnel qualifié, notamment en SFE pour assurer ces soins prénatals ;

Les utilisatrices parcourent encore des distances importantes pour accéder à une formation sanitaire. En effet dans les régions de SEDHIOU et KEDOUGOU environ 25% des utilisatrices mettent plus d'une heure pour accéder à une formation sanitaire.

Le suivi de la grossesse nécessite un bilan standard obligatoire pour déceler ou prévenir des complications. L'utilisation de l'échographie obstétricale est encore faible dans le suivi des grossesses, car moins de 10% des utilisatrices bénéficient d'une échographie obstétricale.

De même, s'agissant de la réalisation d'analyses de laboratoires, moins de 15% des parturientes bénéficient d'un bilan sanguin au cours de la grossesse.

La qualité des CPN doit être renforcée, notamment dans la fourniture de conseils, notamment le maintien d'une grossesse saine. En effet, environ 50% des SFE n'ont donné aucun conseil en rapport avec ce dernier, sur les préparatifs de l'accouchement. De même, les prestataires ne commencent à fournir des conseils qu'au cours de la dernière CPN alors que ce sujet devrait être abordé lors du premier contact avec la parturiente.

Sur les soins du nouveau-né, 80% des prestataires ne fournissent aucun conseil sur ces derniers.

Malgré la couverture maladie universelle pour les enfants de moins de cinq ans mise en route par l'état du Sénégal depuis 2013, le taux d'accès des enfants aux services de soins est encore faible (16% à KEDOUGOU et 17% à TAMBACOUNDA).

La majorité des enfants sont pris en charge au niveau des postes de santé (73%) par les IDE et les assistants infirmiers, qui consultent plus de 80% de ces enfants. Exceptionnellement, moins d'1% de ces enfants est consulté par un médecin (généraliste ou pédiatre).

La personne qui amène cet enfant en consultation est dans la majorité des cas sa maman ; celle-ci a un niveau d'instruction primaire dans 50% des cas et secondaire dans 46% des cas.

A Kédougou, certaines structures sont encore éloignées des populations, car 28% des utilisateurs mettent plus d'une heure pour arriver à la formation sanitaire.

Une fois dans les structures, la consultation est payante. Le coût moyen de cette dernière ne dépasse pas 300 FCFA.

Une infime partie (0.8%) des utilisateurs bénéficie d'une assurance maladie.

Au cours de ces consultations, les diarrhées sont les plus rencontrées suivies des infections broncho-pulmonaires, pour les consultations des moins de cinq ans.

Les cas de paludisme confirmés se font de plus en plus rares dans ces quatre régions (2.3%).

FONCTIONNEMENT DES FORMATIONS SANITAIRES

Ce chapitre a montré que l'écrasante majorité des formations sanitaires dans les quatre régions sont constituées de Postes de Santé (PS, 91%), et 7% de Centres de Santé (CS), chapeautés par trois Etablissements publics de Santé (EPS).

La quasi-totalité des structures enquêtées disposent des services de vaccination et de soins prénataux (dans 97% des cas) et 93% disposent des services d'accouchement et de soins postnataux.

Aussi bien pour les services pré que post-nataux, la totalité des EPS et des CS en sont dotés, alors qu'une certaine proportion (entre 7% et 4%) des PS en sont dépourvus.

Si les services de protection maternelle et infantile existent dans la plupart des structures, seule une faible proportion (19%) des formations sanitaires disposent de laboratoire d'analyses. Mais cette absence généralisée de laboratoires est surtout due au dénuement des PS car tous les EPS et environ 94% des CS en sont équipés, contre seulement 12% des PS. Or quand on sait que la distance entre un PS et son centre de référence (CS) est d'environ 31 km, on comprend que l'absence de laboratoire dans les PS peut constituer un handicap en cas d'urgence vitale.

Les structures de santé sont aussi caractérisées par une carence en ressources humaines qualifiées, puisque 60% du personnel est constitué de matrones, agents de santé communautaires et autres personnels d'appui (gardiens, agents d'entretien, etc.). Une fois de plus, cette situation s'explique par la rareté du personnel qualifié dans les PS, en dehors des infirmiers et sage-femme.

Au niveau de l'équipement, pratiquement toutes les structures de santé disposent du petit équipement basique (tensiomètre, stéthoscope, thermomètre, etc.), mais peu dispose de matériel élaboré (otoscope, bouteille à oxygène, incubateur, etc.). Le matériel roulant, pourtant indispensable pour référer les cas compliqués, n'est disponible que dans 28% des PS, alors que quasiment tous les CS et EPS en sont équipés.

L'accès à l'eau potable n'est pas l'apanage de toutes les structures, puisque 20%, essentiellement des PS, n'en disposent pas. Une proportion également non négligeable de structures (7%) n'a pas d'électricité.

RESSOURCES HUMAINES DES FORMATIONS SANITAIRES (FOSA) : STRUCTURE, ETAT DE CONNAISSANCES, CONDITIONS DE TRAVAIL, MOTIVATIONS ET BESOINS EN RENFORCEMENT DE CAPACITES

Il est question ici d'analyser les caractéristiques des personnels de santé, leur qualification, expérience et connaissance du métier ainsi que les conditions objectives et subjectives d'exercice du travail.

L'examen des caractéristiques sociodémographiques montre que selon le sexe, il existe une légère sur-représentativité des hommes dans l'ensemble, avec une forte spécialisation selon la profession: les médecins sont principalement des hommes (88%) et les sages-femmes exclusivement des femmes (100%).

Le personnel des formations sanitaires (FOSA) est en général jeune (plus de la moitié est âgée entre 30 et 39 ans, et un cinquième a moins de 20 ans) ; ce qui constitue un atout pour les centres de santé, mais aussi une contrainte en termes de vécu et d'expérience.

La répartition du personnel des FOSA selon le niveau d'étude met en évidence un niveau d'étude correct, la moitié ayant fait le secondaire, et l'autre moitié le supérieur. Bien évidemment, ce niveau varie suivant la catégorie professionnelle, avec par exemple l'ensemble des médecins qui a fait l'enseignement supérieur et les infirmiers brevetés, dont seul un tiers a fait des études supérieures.

L'expérience dans le métier s'élève à 7 ans en moyenne, mais est plus faible chez les médecins et les sages-femmes (5 et 4 ans respectivement) et plus élevée dans les autres catégories (9 ans en moyenne). L'ancienneté dans la structure de santé enquêtée est moitié moins importante que l'expérience professionnelle totale.

La très large majorité du personnel a déjà bénéficié d'une formation continue dans les domaines stratégique de la médecine (plus de quatre cinquièmes ont reçu une formation dans le traitement du paludisme, trois quarts dans le dépistage du VIH et une proportion à peu près similaire dans la vaccination, etc.).

C'est surtout dans celui de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et en gestion que les besoins en formation se font ressentir (un peu moins d'un tiers du personnel en est demandeur).

Quant à la maîtrise de certains aspects de leur métier, il ressort des analyses qu'une proportion significative (un peu plus du tiers) des agents ne connaît pas l'âge d'administration du vaccin de l'hépatite B.

Sur les autres vaccins, les calendriers sont plutôt bien connus (par au moins 80% du personnel).

Sur les actions à entreprendre face à certaines circonstances, les praticiens ne maîtrisent pas toujours correctement le protocole. Par exemple, moins d'un quart savent qu'il faut malgré tout vacciner "un enfant qui a de la fièvre, la gorge rouge et le nez qui coule mais sans autres symptômes".

Au niveau des conditions de travail, les agents de santé travaillent dans des conditions qui sont loin d'être reluisantes. Ainsi, dans l'ensemble, seulement la moitié des employés ont un contrat de travail à durée indéterminée(CDI) et peuvent donc être considérés comme employés permanents des structures sanitaires.

Si le nombre moyen d'heures dans la théorie est de 40 heures hebdomadaires, les agents de santé ont, dans l'ensemble, travaillé en moyenne pendant 53 heures.

Environ deux tiers des salariés gagnent au moins 150000 FCFA, et l'autre tiers moins.

Dans l'ensemble, les trois quarts des salariés ont déclaré que leurs salaires étaient versés de façon régulière. L'autre quart fait donc face à une certaine irrégularité salariale.

Plus de deux tiers des employés bénéficient d'un logement gratuit ou subventionné et près de quatre dixièmes d'une couverture santé. Sur tous ces éléments, il existe de fortes disparités selon la catégorie professionnelle.

Quant aux conditions subjectives, près de deux tiers employés ont déclaré être globalement satisfaits de leur emploi. Selon la catégorie de personnel, les médecins sont, de loin, les plus insatisfaits.

Les agents de santé ont été interrogés spécifiquement sur les 18 différentes dimensions liées à l'environnement de leur travail. Ce qui ressort avant tout, c'est que le degré de satisfaction est très élevé pour tout ce qui touche aux relations humaines au niveau de l'environnement de travail immédiat: niveau de respect au sein de la communauté relations de travail avec le personnel de l'établissement; reconnaissance du travail par le supérieur direct; possibilité de discuter travail avec le superviseur direct (82,3%). Sur ces différents aspects, au moins les quatre cinquièmes des agents sont satisfaits. Par contre, peu d'agents sont satisfaits de la rétribution de leur travail, aussi bien en termes de revenus que d'avantages en nature.

Enfin, le taux d'absence reste élevé (près de 30%), même si en général (dans 95% des cas) il s'agit d'absences justifiées.

DIFFICULTES RENCONTREES ET RECOMMANDATIONS

Difficultés rencontrées

Comme dans tout projet, nous avons fait face à plusieurs défis et difficultés que nous pouvons classer en cinq (05) catégories.

Il nous a semblé plus judicieux, dans un souci participatif, de partager les défis relevés par les enquêteurs, principaux acteurs de cette enquête, ainsi que leurs suggestions d'amélioration pour les enquêtes futures. Ces défis et recommandations peuvent pour la plupart être capitalisés pour les projets futurs :

✥ *Par rapport à l'administration du questionnaire*

- Quelques difficultés ont été notées dans l'attribution des identifiants des patient(e)s rattachés aux prestataires les ayant reçus, aussi bien en observation directe qu'en sortie. De même au niveau des ménages, quelques confusions d'identifiants ont été notées. Compte tenu de ce que la lenteur du serveur nous a contraint à lever le contrôle avant enregistrement des observations, les doublons n'ont pas été repérés préalablement et ceci a occasionné une surcroit de travail pendant la phase de collecte et lors de l'apurement, afin d'améliorer la qualité des données.
- Plusieurs agents de santé avaient du mal à comprendre certaines questions.
- La longueur du questionnaire a été un frein considérable dans son administration. Les agents de santé toujours très occupés n'avaient pas assez de temps à consacrer aux enquêteurs pour l'administration du questionnaire. Par conséquent, ceux-ci se trouvaient très souvent dans l'obligation soit d'écourter l'entretien, soit de le suspendre (et ceci parfois plusieurs fois) ; ce qui causait des pertes énormes de temps
- Le module M2 a été dans certains cas très difficile à administrer car certaines questions semblaient être indiscrètes ou mal posées du point de vue de certains agents de santé. C'est le cas par exemple des questions 3.1, 6.4, 8.2. Par exemple, ils auraient par exemple souhaité voire scindé l'appréciation de l'équipe cadre de district et de région.
- L'absence de l'Infirmier Chef de Poste dans certains postes a aussi posé un problème car les agents trouvés sur place (ASC, Dépositaire, matrones) n'avaient pas le profil adéquat pour répondre aux questions.
- Un autre problème majeur à ce niveau a été le dépouillement des rapports. Ceux-ci étaient dans la plupart des cas mal rangés, ce qui causait des pertes de temps énormes pour les trier et les exploiter. Aussi, dans certains postes, certains rapports étaient mal renseignés ou même inexistants.
- La faible affluence des populations dans les services de santé a rendu la collecte d'informations difficiles notamment pour les modules comme sortie CPN ou encore sortie enfant. Les populations préfèrent se soigner de manière traditionnelle ou préfèrent se rendre dans d'autres structures de santé où les coûts seraient plus abordables. C'est le cas par exemple du Poste de santé de Dialocounda dans le département de Bounkiling où les populations préfèrent aller en Gambie où ils estiment que les tickets et les médicaments sont moins chers qu'au Sénégal, disent-ils.

❖ *Par rapport à l'accueil dans les structures de santé*

Le problème majeur à ce niveau a été le manque de communication et d'information. Dans la plupart des structures de santé, les responsables déclaraient n'avoir été informés ni de la tenue de l'enquête, ni de la venue des enquêteurs, malgré la sensibilisation faite au niveau de la région et quelques fois du district, par manque de temps. Par conséquent, certains médecins chef de district ou Infirmiers chef de poste avaient parfois du mal à accepter que les enquêteurs entrent dans leurs locaux pour conduire l'enquête. Dans certains cas, les responsables ont même catégoriquement refusé d'accueillir les enquêteurs et les ont renvoyés.

❖ *Par rapport à la logistique*

Certains véhicules ont eu quelques pannes durant le projet, heureusement ils ont été régulièrement remis en état de marche dans les délais fixés par leur contrat.

❖ *Par rapport à l'utilisation des tablettes*

- Le chargement, l'ouverture et l'enregistrement des formulaires étaient très lents.
- Il y a eu des problèmes avec l'enregistrement des formulaires car plusieurs fois les enquêteurs ont déclaré ne plus voir des formulaires sur leur tablette après les avoir enregistrés. Ceci a causé la perte de certains formulaires qu'il fallait reprendre.

❖ *Par rapport à tout autre point :*

- Certains chefs d'équipe n'étaient pas à la hauteur de l'avis de certains enquêteurs.
- Les enquêteurs ont rencontré certains problèmes d'insécurité notamment à DIALOCOUNDA (BOUNKILING) lorsque les rebelles sont arrivés à l'imprévu pour demander des justifications de leur présence.
- Les distances pour se rendre dans les structures de santé étaient très longues dans la région de Tambacounda et Kédougou.
- Les distances étaient parfois très longues pour couvrir certains DR qui couvraient plusieurs hameaux.

Recommandations

❖ *Par rapport à l'administration du questionnaire*

S'agissant des problèmes d'identifiants :

Au niveau des formations sanitaires :

- Le questionnaire en sortie devra rattacher l'identifiant de la structure et du prestataire à l'identifiant de la patiente en sortie
- Le contrôle des ID doit être maintenu afin de signaler la saisie des ID en double.
- Bien insister et veiller à ce que chaque enquêteur utilise le même ID pour un prestataire ou patient aussi bien en observation directe qu'en sortie. L'ID du prestataire étant attribué depuis le questionnaire prestataire.

Au niveau du ménage :

- Le contrôle des ID des DR et des ménages doit être maintenu afin de signaler la saisie des ID en double
- Bien insister et veiller à ce que le numéro de DR inscrit sur les cartes des DR soit identique à celui programmé dans la tablette
- Bien insister et s'assurer que chaque enquêteur a noté dans son bloc-notes et sait pertinemment, avant la descente sur le terrain, le numéro de la DR dans lequel son «équipe va travailler.
- Bien insister et s'assurer que chaque enquêteur a noté dans son bloc-notes et sait pertinemment, après dénombrement de la DR, les numéros des ménages dans lesquels il va travailler.
- La longueur du questionnaire doit être revue à la baisse.
- Le personnel soignant de terrain devrait contribuer à l'élaboration des outils afin de mieux les contextualiser par rapport aux réalités qu'ils côtoient. Ce sera plus participatif et évitera les idées du genre « les questions sont mal posées ».
- Certains responsables étaient furieux vis-à-vis du Ministère. Le Ministère devrait essayer de satisfaire certaines de leurs doléances pour faciliter la coopération (paiement des indemnités, salaire, recrutement dans la fonction publique pour la sécurité de l'emploi ou tout au moins pour soulager certains ICP surchargés, rembourser à temps les médicaments de CMU, etc.).

❖ *Par rapport à l'accueil dans les structures*

- A l'avenir, il faudrait s'assurer que tous les responsables des structures sanitaires et même les autorités administratives soient informés de la tenue de l'enquête. Il serait d'ailleurs préférable que ce soit le Ministère de la santé lui-même qui envoie directement des lettres de sensibilisation et s'assure de la réception de ces lettres par les MCR, MCD et ICP. De cette manière, les ICP ne se plaindront pas qu'ils n'ont pas été informés.
- Il conviendrait de faire la sensibilisation dans toutes les régions au même moment, au lieu de le faire séquentiellement.

❖ *Par rapport l'utilisation des tablettes*

- A l'avenir, il serait souhaitable que toutes les fonctionnalités de la tablette soient à jour et opérationnelles avant le début de l'enquête.

- Permettre aux contrôleurs d'avoir localement les données des agents sous son contrôle afin de procéder régulièrement à leur vérification
- Le contrôle de doublon doit être systématiquement vérifié avant chargement sur le serveur
- Créer un serveur local en plus du serveur central compte tenu des difficultés de couverture exhaustive des zones par réseau internet

❖ *Par rapport à tout autre point*

- Concernant la collecte des données, il serait mieux de suivre les statistiques au jour le jour pour savoir si les objectifs sont atteints ou pas avant de quitter les lieux.
- A l'avenir, il serait souhaitable d'avoir systématiquement des guides pour éviter de faire des trajets trop longs et inutiles.
- L'agenda doit tenir compte des jours de 'louma' (c'est-à-dire marché hebdomadaire) et des jours où l'on fait les consultations pré natales et les stratégies avancées parce qu'il y a des postes de sante où les CPN sont mensuelles.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE ..... **II**

AVANT-PROPOS ..... **III**

RESUME EXECUTIF ..... **IV**

TABLE DES MATIERES ..... **XXIV**

SIGLES ET ABREVIATIONS ..... **XXXI**

LISTE DES TABLEAUX ..... **XXXIV**

LISTE DES FIGURES ..... **XXXVII**

LISTE DES GRAPHIQUES ..... **XXXVIII**

INTRODUCTION GENERALE **39**

CHAPITRE 1 PRESENTATION GENERALE DE L'ETUDE **43**

1.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION 44

1.2 OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS 48

1.2.1 Objectifs *48*

1.2.2 Résultats attendus *50*

1.3 METHODOLOGIE 51

1.3.1 Champ géographique de l'étude *51*

1.3.2 Mise en place du dispositif expérimental d'évaluation d'impact *51*

1.3.3 Méthode et outils de collecte/Saisie *55*

1.3.4 Outils qualitatifs: *59*

1.3.5 Echantillonnage *60*

1.3.6 Base de sondage au niveau des Etablissement de santé *60*

1.3.7 Echantillonnage au niveau des Etablissement de santé *60*

1.3.8 Enquête ménage *63*

1.4 COLLECTE NUMERIQUE DES DONNEES 66

1.4.1 Avantages de la collecte numérique *66*

1.4.2 Présentation de l'application *67*

1.5 QUALITE DES DONNEES (TAUX DE REPONSE, AGE, SEXE, RATIO, PARITE, ETC) AU NIVEAU DE L'ENQUETE MENAGE 69

1.6 DIFFICULTES RENCONTREES ET RECOMMANDATIONS 71

1.6.1 Difficultés rencontrées *71*

1.6.2 Recommandations *73*

CHAPITRE 2 PROFIL DEMOGRAPHIQUE, SOCIO-ECONOMIQUE ET CULTUREL DE LA POPULATION **75**

INTRODUCTION 76

2.1 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION 77

2.1.1 Répartition spatiale et caractéristiques de l'habitat *78*

2.1.2 Biens possédés par le ménage *86*

2.1.3 Structure par sexe et par âge de la population des zones d'étude *90*

2.1.4 Taille moyenne des ménages *92*

2.1.5 Etat matrimonial *92*

2.2 CARACTERISTIQUES SOCIOCULTURELLES DE LA POPULATION 94

2.2.1 Structure de la population selon le niveau d'instruction *94*

2.2.2 Fréquentation et taux de scolarisation par cycle *95*
2.3 CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DE LA POPULATION 99
2.3.1 Situation d'activité au cours des 12 derniers mois *99*
2.3.2 Niveau de rémunération mensuel des travailleurs selon le type d'emploi *102*
2.3.3 Durée d'activité perdue à cause de la mauvaise santé au cours des 2 dernières semaines (convertie en durée annuelles) *102*
2.3.4 Couverture par une assurance maladie *104*
2.3.5 Connaissance sur la politique de couverture maladie universelle et opinion sur les mutuelles de santé *104*
2.3.6 Proportion de ménages membres d'un mutuelle de santé *105*
2.3.7 Proportion de ménages dont un membre est présentement couvert par une assurance maladie ... *105*
2.3.8 Proportion de ménages dont un membre adulte ou un enfant de moins de 5 ans a eu à bénéficier de la politique de gratuité des soins. *106*
2.3.9 Appréciation faite par les ménages sur le paquet de services offerts par la mutuelle, le paquet proposé pour les moins de cinq ans, les coûts des soins, la qualité des soins et la gestion des mutuelles *108*
2.3.10 Opinions des ménages par rapport aux programmes spécifiques de gratuité des soins (0-5 ans, plan Sésame, Césarienne) *109*
CONCLUSION SOUS FORME DE PRINCIPAUX RESULTATS 110

CHAPITRE 3 L'ETAT DE SANTE DES FEMMES ET SANTE MATERNELLE 114

3.1 L'ETAT DE SANTE DES FEMMES ET RECOURS AUX SOINS EN GENERAL 115
3.1.1 Perception des femmes de leur état de santé *115*
3.1.2 Fréquence de handicap et de maladies chroniques chez les femmes *116*
3.1.3 Fréquence de maladies non chroniques chez les femmes *118*
3.1.4 Durée de la maladie *119*
3.1.5 Recours aux soins en cas de maladie (type de recours) *120*
3.1.6 Raison de non recours à un personnel médical en cas de maladie *120*
3.1.7 Temps mis pour faire recours à un centre de santé ou à un personnel médical en cas de maladie . *121*
3.1.8 Durée d'attente dans les Etablissements de santé par type d'établissement et type de maladie *122*
3.1.9 Poids des dépenses de santé selon les différents postes (transport, honoraires consultation, laboratoire, médicament, autres) *123*
3.1.10 Prévention et traitement du paludisme *124*
3.1.11 Prise d'antipaludéen en cas de fièvre par les femmes en âge de procréer *125*
3.2 SOINS PRENATALS 126
3.2.1 Connaissance du paquet minimum de soins prénatals *126*
3.2.2 Nombre de consultations prénatales lors de la dernière grossesse *127*
3.2.3 Type d'établissement consulté lors de la dernière consultation *128*
3.2.4 Type de personnel consulté lors de la dernière consultation *129*
3.2.5 Raisons de non recours aux consultations prénatales *129*
3.2.6 Test du Sida lors de la grossesse *130*
3.2.7 Antitétanique lors de la grossesse *131*
3.2.8 Traitement préventif du paludisme lors de la grossesse *132*
3.2.9 Prise de fer lors de la grossesse *133*
3.3 RECOURS AUX SOINS A L'ACCOUCHEMENT 134
3.3.1 Lieu à l'accouchement *134*
3.3.2 Personnel ayant assisté l'accouchement *134*
3.3.3 Raisons de non accouchement dans un centre de santé *135*

3.3.4 Complications de grossesse (accouchement par césarienne) *136*
3.4 REGULATION DE LA FECONDITE 137
3.4.1 Proportion de grossesses arrivées à contretemps (plus tôt ou ne voulait pas/plus d'enfants) *137*
3.4.2 Opinion sur les couples qui utilisent la contraception *138*
3.4.3 Utilisation actuelle de la contraception *139*
3.4.4 Type de contraception utilisé *139*
3.4.5 Source d'approvisionnement en contraceptifs *140*
3.4.6 Raisons de la non utilisation de la contraception *140*
CONCLUSION 142

ANNEXES CHAPITRE 3 145

CHAPITRE 4 L'ETAT DE SANTE DES ENFANTS ET SOINS POSTNATALS 131

4.1 RECOURS AUX SOINS NEONATALS (A LA NAISSANCE) 132
4.1.1 Pourcentage de nouveau-nés pesés à la naissance *132*
4.1.2 Distribution du poids des enfants à la naissance *133*
4.1.3 Distribution des poids extrêmement élevés ou extrêmement faibles des enfants à la naissance *134*
4.2 SOINS POSTNATALS 134
4.2.1 Vérification de l'état de santé de la femme après l'accouchement *134*
4.2.2 Nombre moyen de contrôle postnatal *136*
4.2.3 Durée moyenne avant le premier contrôle post natal *136*
4.2.4 Type d'établissement consulté lors de la dernière consultation post natale *137*
4.2.5 Type de personnel consulté lors de la dernière consultation post natale *137*
4.2.6 Administration du fer et de la vitamine A après la grossesse en pourcentage *138*
4.2.7 Raisons de non consultation postnatale *139*
4.3 VACCINATION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS 139
4.3.1 Proportion d'enfants avec un carnet de vaccination *140*
4.3.2 Proportion des enfants de 13 à 24 mois vaccinés par le type de vaccin *142*
4.3.3 Proportion d'enfants de plus d'un an complètement vacciné *144*
4.4 L'ETAT DE SANTE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS ET RECOURS AUX SOINS EN GENERAL 145
4.4.1 Pourcentage d'enfants souffrant de maladie chronique *145*
4.4.2 Occurrences des différents types de maladie chronique et handicap chez les enfants de moins de cinq ans *146*
4.4.3 Pourcentage d'enfants souffrant de maladies aigues *146*
4.4.4 durée de la maladie aigue pour les enfants de moins de 5 ans *147*
4.4.5 proportion d'enfants de moins de 5 ans malades ayant recouru aux soins *148*
4.4.6 Raisons de non recours aux soins pour les enfants en pourcentage *148*
4.4.7 Temps mis pour faire recours à une formation sanitaire *148*
4.4.8 Temps moyen d'attente *149*
4.4.9 Proportion d'enfants ayant dormi sous moustiquaire la veille de l'enquête *149*
4.4.10 Proportion d'enfants ayant pris un antipaludéen selon la région et le milieu *150*
4.4.11 pourcentage d'enfants ayant eu la diarrhée et traitement de la diarrhée *151*
4.4.12 Etat nutritionnel au cours des 6 derniers mois selon la région, le milieu et sexe *152*
4.4.13 Traitement de la malnutrition au cours des 6 derniers mois *153*
CONCLUSION 154
ANNEXE CHAPITRE 4 155

CHAPITRE 5 OBSERVATIONS CLINIQUE ET ENTRETIEN DE SORTIE DES SOINS DE SANTE MATERNELLE ET INFANTILE 162

INTRODUCTION 163
5.1 PRESENTATION DE L'ECHANTILLON DES UTILISATRICES DES SERVICES DE SOINS PRENATALS SELON LA REGION DE RESIDENCE ET SELON LES CARACTERISTIQUES DES FORMATIONS SANITAIRES 163
5.1.1 Répartition des utilisatrices des services de soins prénatals selon les caractéristiques des formations sanitaires et de la région de résidence 164
5.1.2 Répartition des utilisatrices des services de soins prénatals: niveau d'instruction, groupe d'âge et possession d'une assurance 165
5.1.3 Répartition des utilisatrices des services et de soins prénatals selon la catégorie de prestataire. ... 166
5.1.4 Répartition des utilisatrices des services et de soins prénatals selon le temps mis pour arriver au niveau de la formation sanitaire 167
5.1.5 Dépenses pour le transport 168
5.1.6 Actes médicaux réalisés 169
5.1.7 Dépenses pour les consultations prénatales (consultation, laboratoire, échographie et médicaments) 170
5.1.8 Origine des dépenses pour les soins de santé 171
5.1.9 Temps d'attente et durée des consultations prénatales 171
5.2 RESULTATS DE L'OBSERVATION DIRECTE DE LA CONSULTATION PRENATALE 172
5.2.1 Antécédents des utilisatrices des services et de soins prénatals discutés/mentionnés 172
5.2.2 Aspects relatifs aux grossesses antérieures des utilisatrices des services de soins prénatals discutés/mentionnés par le prestataire. 174
5.2.3 Aspects relatifs à la grossesse actuelle des utilisatrices des services de soins prénatals discutés/mentionnés par le prestataire. 175
5.2.4 Examen physique effectué 175
5.2.5 Echographie obstétricale effectuée 175
5.2.6 A la suite de l'examen physique, une échographie obstétricale est effectuée pour apprécier la viabilité du fœtus, la position de ce dernier, la recherche de malformations… (Voir tableau 5.2.4 en annexe) 175
5.2.7 Bilan biologique en début de grossesse: NFS, groupage sanguin, test de syphilis, protéinurie 175
5.2.8 Conseils par le prestataire aux utilisatrices des services et de soins prénatals sur le VIH 176
5.2.9 Conseils par le prestataire aux utilisatrices des services et de soins prénatals sur la façon de maintenir une grossesse saine. 177
5.2.10 Conseils sur la prophylaxie de fer par le prestataire aux utilisatrices des services et de soins prénatals. 178
5.2.11 Conseils/prescription d'une injection antitétanique par le prestataire aux utilisatrices des services et de soins prénatals. 178
5.2.12 Conseils/prescription du Mebendazole/de l'Albendazole par le prestataire aux utilisatrices des services et de soins prénatals. 178
5.2.13 Conseils/prescription du traitement préventif du paludisme par le prestataire. 179
5.2.14 Discussions des préparatifs de l'accouchement entre le prestataire et la cliente. 179
5.2.15 Conseils/recommandations des soins aux nouveaux nés par le prestataire aux utilisatrices. 179
5.3 PRESENTATION DE L'ECHANTILLON DES ENFANTS CONSULTES SELON LA REGION DE RESIDENCE ET SELON LES CARACTERISTIQUES DES FORMATIONS SANITAIRES 180
5.3.1 Répartition des enfants consultés selon les caractéristiques des formations sanitaires et de la région de résidence. 180
5.3.2 Répartition des enfants consultés selon la catégorie du prestataire. 181

5.3.3 Répartition des enfants consultés selon leur âge et le sexe ... *181*
5.3.4 Relation entre l'enfant et l'accompagnatrice/teur. ... *182*
5.3.5 Répartition des enfants consultés selon le niveau d'instruction de la mère. ... *182*
5.3.6 Temps mis pour arriver au centre de santé selon la région, le milieu et le type de district ... *183*
5.3.7 Dépenses pour le transport ... *183*
5.3.8 Dépenses pour les soins de santé infantile ... *184*
5.3.9 Origine des dépenses pour les soins de santé ... *184*
5.3.10 Affiliation à une assurance maladie ... *185*
5.4 RESULTATS DE L'OBSERVATION DIRECTE DE LA CONSULTATION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS ... 185
5.4.1 Motifs de la consultation : signes les plus fréquemment rencontrés ... *186*
5.4.2 Motifs de la consultation: exploration des symptômes du HIV ... *186*
5.4.3 Antécédents de l'enfant. ... *187*
5.4.4 Examen physique de l'enfant ... *188*
5.4.5 Tests de routine pratiqués par le prestataire sur l'enfant ... *188*
5.4.6 Conseils généraux fournis par le prestataire à l'accompagnateur (trice) de l'enfant ... *189*
5.4.7 Conseils spécifiques de l'administration des médicaments fournis par le prestataire à l'accompagnateur (trice) de l'enfant ... *189*
5.4.8 Admission et référence de l'enfant par le prestataire à l'accompagnateur (trice) ... *190*
5.4.9 Diagnostic établi par le prestataire ... *190*
5.4.10 Traitement prescrit par le prestataire ... *191*
CONCLUSION ... 192

ANNEXE CHAPITRE 5 ... 194

CHAPITRE 6 FONCTIONNEMENT DES FORMATIONS SANITAIRES ... 305

INTRODUCTION ... 307
6.1 ORGANISATION ET ACCESSIBILITE DES SERVICES ET DES SOINS ... 307
6.1.1 Distributions des établissements par type et selon la nature (public/privé) ... *307*
6.1.2 Offre de services de vaccination/nutrition ... *308*
6.1.3 Offre de services de soins prénatals ... *309*
6.1.4 Offre de services liés à l'accouchement et post partum ... *310*
6.1.5 Existence d'un laboratoire et examens pratiqués ... *310*
6.1.6 Distance par rapport aux formations sanitaires de référence ... *316*
6.2 DOTATION EN RESSOURCES HUMAINES ... 316
6.2.1 Ressources humaines par catégorie ... *316*
6.2.2 Personnel de santé offrant les soins maternels et infantiles dans les FOSA ... *319*
6.3 DOTATION EN MATERIEL ET EQUIPEMENT ... 319
6.3.1 Existence des salles pour les différentes formes de prise en charge (accueil, consultation de jour, hospitalisation, etc.) ... *319*
6.3.2 Dotation en incinérateurs fonctionnels pour l'élimination des déchets médicaux ... *320*
6.3.3 Dotation en matériel en petit matériel de base ... *321*
6.3.4 Dotation en matériel de stérilisation ... *325*
6.3.5 Dotation en matériel de vaccination ... *327*
6.3.6 Dotation en matériel de soins prénatals ... *328*
6.3.7 Dotation en matériel d'accouchement ... *329*
6.3.8 Disponibilité du matériel de transport des patients ... *337*
6.3.9 Disponibilité de l'eau ... *338*
6.3.10 partage d'eau, pénurie et fréquence des pénuries d'eau ... *339*

6.3.11 Disponibilité de l'électricité *340*
6.3.12 Fréquence d'absence de l'électricité au cours des 7 derniers jours *341*
6.3.13 Financement des FOSA *342*
CONCLUSION 344

CHAPITRE 7 RESSOURCES HUMAINES DES FORMATION SANITAIRE (FOSA) : STRUCTURE, ETAT DE CONNAISSANCES, CONDITIONS DE TRAVAIL, MOTIVATIONS ET BESOINS EN RENFORCEMENT DE CAPACITES 345

INTRODUCTION 346
7.1 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DU PERSONNEL FOSA 346
7.1.1 Répartition par sexe du personnel FOSA *347*
7.1.2 Répartition par âge du personnel FOSA *347*
7.1.3 Réparation du personnel FOSA selon le lieu d'origine *348*
7.2 FORMATION INITIALE DU PERSONNEL, STATUT PROFESSIONNEL ET EXPERIENCE PROFESSIONNELLE 349
7.2.1 Réparation du personnel FOSA selon le niveau d'études *350*
7.2.2 Réparation du personnel FOSA selon le statut professionnel *351*
7.2.3 Réparation du personnel FOSA selon l'expérience professionnelle générale et l'expérience spécifique dans la structure 352
7.2.4 Réparation du personnel FOSA selon les activités assurées au cours des trois derniers mois *353*
7.3 FORMATION CONTINUE ET EVALUATION CONNAISSANCES DES PERSONNELS DE SANTE 355
7.3.1 Formation continue reçue par le personnel à un moment quelconque *355*
7.3.2 Besoin en formation continue exprimé par le personnel *356*
7.3.3 Evaluation des connaissances objectives du personnel en matière de vaccination des enfants. *357*
7.3.4 Evaluation des connaissances en matière de soins pour un enfant de 25 mois léthargique, fiévreux, faisant la diarrhée et au nez chargé. *360*
7.3.5 Evaluation des connaissances en matière de soins pour un enfant de 29 mois fiévreux, avec écoulement d'oreille, et à jour de ses vaccins vivant dans une zone non paludéen. *362*
7.3.6 Evaluation des connaissances en matière soins obstétricaux pour un bébé dont le travail a été long, en souffrance fœtale, et sorti à la ventouse avec difficultés respiratoires *364*
7.3.7 Evaluation des connaissances en matière de protocole CPN pour une femme enceinte qui se présente pour la première fois *366*
7.4 CONDITIONS DE TRAVAIL DU PERSONNEL FOSA 378
7.4.1 Réparation du personnel FOSA selon le type de contrat *378*
7.4.2 Nombre d'heures de travail théoriques par semaine *379*
7.4.3 Nombre d'heures de travail au cours de la dernière semaine *380*
7.4.4 Evolution de la charge de travail au cours des 12 derniers mois *381*
7.4.5 Niveau de rémunération mensuelle du personnel dans l'activité principale. *382*
(*) N.B: les % sont en ligne. Donc la somme de chaque ligne fait 100%. Les effectifs base de calcul des % sont les mêmes que ceux du tableau précédent *383*
7.4.6 Régularité dans le versement du salaire *383*
7.4.7 Avantages en nature dans l'emploi principal *384*
7.5 EXERCICE D'UNE ACTIVITE SECONDAIRE PAR LE PERSONNEL FOSA 386
7.5.1 Fréquence d'exercice d'une activité secondaire *386*
7.5.2 Temps de travail et revenu de l'activité secondaire *387*
7.6 SATISFACTION ET MOTIVATION DU PERSONNEL 388
7.6.1 Satisfaction globale *389*
7.6.2 Satisfaction sur des dimensions spécifiques *390*

7.6.3 motivation du personnel ... *392*
7.7 ANALYSE DE L'ABSENTEISME RAPPORTE PAR LE PERSONNEL CONCERNE ET A TRAVERS DES VISITES IMPROMPTUES ... 394
7.7.1 Absentéisme du personnel par catégorie rapporté par le personnel concerné ... *394*
7.7.2 Taux d'absences à travers des visites impromptues ... *395*
7.7.3 Motifs d'absences ... *396*
7.7.4 Taux d'absences non justifiées ... *398*
CONCLUSION ET SYNTHESE DES RESULTATS ... 399

ANNEXES CHAPITRE 7 ... 401

CHAPITRE 8 COMPARABILITE DES INDICATEURS DANS LES GROUPES D'INTERVENTIONS ET DANS LES GROUPES DE CONTROLE ... 443

INTRODUCTION ... 444
8.1 TESTS D'EQUILIBRE POUR LES INDICATEURS AU NIVEAU DES STRUCTURES DE SANTE ... 445
8.1.1 Test d'équilibre pour les indicateurs cibles des postes de santé. ... *445*
8.1.2 Test d'équilibre pour les indicateurs cibles des centres de santé. ... *447*
8.1.3 Comparaison des indicateurs cibles des établissements publics de santé. ... *448*
8.1.4 Tests d'équilibre pour certaines caractéristiques des formations sanitaires. ... *450*
8.2 TESTS D'EQUILIBRE POUR LES INDICATEURS AU NIVEAU DES FEMMES ET DES ENFANTS ... 451
8.2.1 Tests d'équilibre pour les indicateurs entre les sites de traitement par l'offre et les sites de contrôle au niveau des femmes et enfants. ... *451*
8.2.2 Tests d'équilibre pour les indicateurs entre les sites de traitement par la demande et les sites de contrôle au niveau des femmes et enfants. ... *454*
8.2.3 Tests d'équilibre sur les caractéristiques socio-économique des femmes et des ménages entre les sites de traitement par l'offre et les sites de contrôle. ... *455*
8.2.4 Tests d'équilibre sur les caractéristiques socio-économiques des femmes et des ménages entre les sites de traitement par la demande et les sites de contrôle. ... *456*

ANNEXE ... 459

EQUIPE DE L'ENQUETE DE BASE SUR LE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS DANS LE DOMAINE DE LA SANTE AU SENEGAL ... 460

SIGLES ET ABREVIATIONS

ACT : Combinaison Thérapeutique à base d'Artémissine

AECs : Agent d'exécution Communautaire

ANC : Ante Natal Care

ANSD : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie

ARV : Anti Rétro Viraux

ASC : Agent de Santé Communautaire

ATPE : Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi

AVI : Agence de Vérification

BCG : Bacille de Calmette et Guérin

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

CERASS: Centre d4etudes et de Recherches Appliquées en Sciences Sociales

CIC : Changes In Change Methodology

CL : Collectivités Locales

CLM : Cellule de Lutte contre la Malnutrition

CM : Chef de Ménage

CMU : Couverture Maladie Universelle

CPN : Consultation Pré Natale

CPON : Consultation Post Natale

CS : Centre de Santé

DGPS : Délégation Générale à la Protection Sociale

DIU : Dispositif Intra Utérin

DR : District de Recensement

DTC : Diphtérie Tétanos et Coqueluche

EBFBR : Enquête de Base sur le Financement Basé sur les Résultats

ECPSS : Enquête Continue sur la prestation des Services

EDS Continue : Enquête Démographique de Santé Continue

EDS-MICS : Enquête Démographique de Santé- Multiple Indicator Cluster Survey

EPS : Etablissement Publics de santé

ESPS : Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal

ET : Ecart type

FBR : Financement Basé sur les Résultats

FOSA : Formation Sanitaire

ICP : Infirmier Chef de Poste

ID : Identifiant

IEC : Information Education Communication

IPDSR : Institut de Population, Développement et Santé de la Reproduction

MAM : Malnutrition Aigüe Sévère

MAS : Malnutrition Aigüe modérée

MCD : Médecin Chef de District

MCR : Médecin Chef de Région

MII : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide

MSAS : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

MST : Maladie Sexuellement Transmissibles

NFS : Numération Formule Sanguine

OCD : Observation Clinique Directe

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de L'enfant

PEC : Pris en charge

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNFBR : Programme Nationale sur le Financement Basé sur les Résultats

PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme

PS : Poste de Santé

PSP : Prestataires de Services de Paiement

PTME : Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant

RDC : République Démocratique du Congo

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

ROR : Rougeole, Oreillon, Rubéole

RTA : Real Time Analysis

SDI : Etude sur Indicateurs les Prestations de Services

SFE : Sage-Femme

SIDA : Syndrome Immuno Déficience Acquise

SMIG : Salaire Minimum Interprofessionnelle de croissance

SPC : Suivi Promotion de la Croissance

SRO : Solution de Réhydratation Orale

TDR : Terme Diagnostic Rapide

TPI2 : Traitement Préventif Intermittent contre le paludisme

UREN : Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle

USAID : United State Agency for International Development

VAT : Vaccin Anti Tétanique

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humanitaire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1-1 : Structures par group de traitement ---- *52*
Tableau 1-2 : Collectivités par group de traitement ---- *52*
Tableau 1-3 : Nombre de de formation sanitaire par district, selon le type de structure ---- *62*
Tableau 1-4: Ménage: Résultats interview ménage et individuel ---- *70*
Tableau 2-1: Répartition spatiale de la population ---- *78*
Tableau 2-2 : Moyens utilisés pour rentre l'eau potable selon la Région, le milieu et sexe du CM (%) ---- *80*
Tableau 2-3 : Personne en charge d'approvisionner le ménage en eau selon la région, le milieu et sexe du CM - *81*
Tableau 2-4 : Types de toilettes utilisés par les ménages selon la région, le milieu et sexe du CM ---- *82*
Tableau 2-5 : Types de combustibles utilisés par les ménages selon la région, le milieu et sexe du CM ---- *82*
Tableau 2-6 : Sources d'éclairage utilisées par les ménages selon la région, le milieu et sexe du CM ---- *83*
Tableau 2-7 : Principal matériau du sol utilisé par les ménages selon la région, le milieu et sexe du CM ---- *84*
Tableau 2-8 : Principal matériau du toit utilisé par les ménages selon la région, le milieu et sexe du CM ---- *85*
Tableau 2-9 : Principal matériau des murs utilisé par les ménages selon la région, le milieu et sexe du CM ---- *86*
Tableau 2-10 : pourcentage de ménages possédant des terres ou des animaux d'un type donné (%) ---- *87*
Tableau 2-11 : Les biens d'équipements du ménage par région, milieu et sexe du CM en pourcentage (%) ---- *88*
Tableau 2-12 : Situation d'occupation du logement selon la région, le milieu et le sexe du CM (%) ---- *89*
Tableau 2-13 : Taille moyenne des ménages par région, par milieu et par sexe du CM ---- *92*
Tableau 2-14: Taux de chômage selon le groupe d'âge (%) ---- *100*
Tableau 2-15 : Revenu médian et moyen par type d'activité selon la Région, le milieu et le sexe ---- *102*
Tableau 2-16 : Durée d'activité perdue (en nombre de jours par an) par type d'activité selon la région, le milieu, le sexe et le niveau d'instruction ---- *103*
Tableau 3-1: Etat de Santé perçu des femmes (%) ---- *116*
Tableau 3-2 : durée (en nombre de jours) de la maladie non chronique ---- *119*
Tableau 3-3 : Temps mis pour faire recours à un centre de santé (%) ---- *122*
Tableau 3-4 : Test du Sida lors de la grossesse ---- *131*
Tableau 3-5 : Vaccin antitétanique pendant la grossesse ---- *132*
Tableau 3-6: Proportion de grossesses arrivées à contretemps ---- *138*
Tableau 4-1 : Pourcentage de nouveaux nés pesés à la naissance selon la région, le milieu et le niveau d'instruction de la femme ---- *133*
Tableau 4-2 : Distribution du poids des enfants à la naissance selon la région et le milieu ---- *134*
Tableau 4-3 : Vérification de l'état de santé de la femme aprés l'accouchement selon la région, le milieu et le niveau d'instruction de la femme (%) ---- *135*
Tableau 4-4 : Durée moyenne avant le premier contrôle post natal selon la région, le milieu et le niveau d'instruction de la femme ---- *136*
Tableau 4-5 : Type de personnel consulté lors de la dernière consultation post natale selon la région et le milieu ---- *138*
Tableau 4-6 : Administration du fer et de la vitamine A après la grossesse en pourcentage selon la région, le milieu et le niveau d'instruction de la femme ---- *139*
Tableau 4-7 : Proportion d'enfants avec un carnet de vaccination selon la région, le milieu, le niveau d'instruction et l'âge de la mère ---- *141*
Tableau 4-8 : Proportion des enfants de 13 à 24 mois vaccinés par le type de vaccin selon la région, le milieu, le niveau d'instruction et l'âge de la mère ---- *143*
Tableau 4-9 : Proportion d'enfant de plus d'un an complètement vacciné selon la région, le milieu et le niveau d'instruction de la femme ---- *145*
Tableau 4-10 : pourcentage d'enfants souffrant de maladie chronique selon la région, le milieu et le sexe (%) *146*

Tableau 4-11 : pourcentage d'enfants souffrants de maladie non chronique ---- 147
Tableau 4-12 : durée de la maladie aigue pour les enfants de moins de 5 ans selon la région, le milieu et le sexe ---- 147
Tableau 4-13 : proportion d'enfants de moins de 5 ans malades ayant recouru aux soins selon la région, le milieu et le sexe ---- 148
Tableau 4-14: Temps mis pour faire recours à un centre de santé selon la région, le milieu et le sexe ---- 149
Tableau 4-15 Proportion d'enfants ayant dormi sous moustiquaire la veille de l'enquête selon la région, le milieu et le sexe ---- 150
Tableau 4-16a : Proportion d'enfants atteint de paludisme selon la région et le milieu ---- 151
Tableau 4-17 : Proportion d'enfants ayant prises un antipaludéen selon la région et le milieu ---- 151
Tableau 4-18 : pourcentage d'enfants ayant eu la diarrhée et traitement de la diarrhée selon la région, le milieu et sexe ---- 152
Tableau 4-19 : Etat nutritionnel au cours des 6 derniers mois selon la région, le milieu et sexe ---- 152
Tableau 4-20 : Traitement de la malnutrition au cours des 6 derniers mois selon la région, le milieu et sexe -- 153
Tableau 5-1 : Nombre de de formation sanitaire par district, selon le type de structure ---- 164
Tableau 5-2 : Présentation de l'échantillon des utilisatrices des services de soins prénatals: caractéristiques géographiques et des centres ---- 165
Tableau 5-3 : Présentation de l'échantillon des utilisatrices des services de soins prénatals: niveau d'instruction, groupe d'âge et possession d'une assurance ---- 166
Tableau 5-4 : Répartition des utilisatrices des services et de soins prénatals par catégorie de prestataire selon la région, le milieu et le type de district. ---- 167
Tableau 5-5 : Répartition des utilisatrices des services et de soins prénatals selon le temps mis pour arriver au niveau de la formation sanitaire ---- 168
Tableau 5-6 : Dépenses pour le transport ---- 169
Tableau 5-7 : Coût des actes médicaux réalisés ---- 171
Tableau 5-8 : Temps d'attente et durée des consultations prénatales ---- 172
Tableau 5-9 : Antécédents des utilisatrices des services et de soins prénatals discutés/mentionnés (%) lors de la CPN1 ---- 174
Tableau 5-10 : Conseil par le prestataire aux utilisatrices des services et de soins prénatals sur le VIH (%, CPN1) ---- 177
Tableau 5-11 : Présentation de l'échantillon des enfants consultés: caractéristiques géographique et des centres ---- 180
Tableau 5-12 : Répartition des enfants consultés selon leur âge et le sexe ---- 182
Tableau 5-13 : Niveau d'instruction de la mère des enfants consultés selon la région, le milieu et le type de district ---- 183
Tableau 5-14 : Dépenses pour le transport selon la région, le milieu et le type de district ---- 184
Tableau 5-15 : Dépense moyenne pour les soins de santé infantile par poste selon la région, le milieu et le type de district ---- 184
Tableau 5-16 : Affiliation à une assurance maladie selon la région, le milieu et le type de district (%) ---- 185
Tableau 5-17: Motifs de la consultation: exploration des symptômes du HIV selon la région, le milieu, le type de district et la catégorie du personnel (%) ---- 187
Tableau 5-18 : Antécédents de l'enfant selon la région, le milieu, le type de district et la catégorie du personnel (%) ---- 188
Tableau 6-1 : Distribution des centres de santé selon le milieu de résidence et la région ---- 308
Tableau 6-2 : structures sanitaires proposant des services de vaccination (%) ---- 309
Tableau 6-3 : structures sanitaires proposant des services de soin prénatals (%) ---- 309
Tableau 6-4 : Structures sanitaires proposant des services l'accouchement et post partum (%) ---- 310

Tableau 6-5a : existence d'un laboratoire ---- *311*
Tableau 6-6 : examens pratiqués (a à f) (%) ---- *312*
Tableau 6-7 : Existence d'un laboratoire et examens pratiqués (g à q) (%) ---- *313*
Tableau 6-8 : Existence d'un laboratoire et examens pratiqués (g à q) (%) ---- *315*
Tableau 6-9 : distance au centre référence ---- *316*
Tableau 6-10 : Ressources humaines disponible ---- *318*
Tableau 6-11 : Ressources humaines PMI ---- *319*
Tableau 6-12 : Existences des salles pour les différentes formes de prise en charge (accueil, consultation de jour, hospitalisation) () ---- *320*
Tableau 6-13 : Dotation en incinérateurs fonctionnels pour l'élimination des déchets médicaux () ---- *321*
Tableau 6-14 : Dotation en matériel en petit matériel de base (b à i) () ---- *322*
Tableau 6-15 : Dotation en matériel en petit matériel de base (j à s) ---- *324*
Tableau 6-16 : Dotation en matériel en petit matériel de base (t à y)(%) ---- *325*
Tableau 6-17 : Dotation en matériel de stérilisation () ---- *327*
Tableau 6-18 : Dotation en matériel de vaccination () ---- *328*
Tableau 6-19 : Dotation en matériel de soins prénatals () ---- *329*
Tableau 6-20 : Dotation en matériel d'accouchement (a à l) () ---- *331*
Tableau 6-21 : Dotation en matériel d'accouchement (n à y) () ---- *333*
Tableau 6-22 : Dotation en matériel d'accouchement (z à an) () ---- *335*
Tableau 6-23 : Dotation en matériel d'accouchement (ao à ax) () ---- *337*
Tableau 6-24 : Disponibilité d'un véhicule () ---- *337*
Tableau 6-25: Disponibilité en eau ---- *338*
Tableau 6-26 : Partage de l'eau, absence de l'eau et nombre d'heures d'absence ---- *340*
Tableau 6-27 : source d'l'électricité ---- *341*
Tableau 6-28 : Fréquence de coupure d'électricité au sein des FOSA ---- *342*
Tableau 6-29 : Principale source de financement () ---- *343*
Tableau 7-1 : répartition du personnel selon le sexe (%) ---- *347*
Tableau 7-2 : Répartition du personnel selon le groupe d'âge (%) ---- *348*
Tableau 7-3 : proportion de personnel né dans le département où ils travaillent (%) ---- *349*
Tableau 7-4 : Niveau d'étude du personnel FOSA ---- *350*
Tableau 7-5 : Répartition du personnel selon la catégorie professionnelle (%) ---- *351*
Tableau 7-6 : Expérience professionnelle totale et ancienneté dans l'établissement ---- *353*
Tableau 7-7 : Réparation du personnel FOSA selon les activités assurées au cours des trois derniers mois ---- *354*
Tableau 7-8 : Formation continue reçue par le personnel ---- *356*
Tableau 7-9: Besoin en formation continue exprimé par le personnel ---- *357*
Tableau 7-10a : Connaissance par le personnel de l'âge approprié pour les différents vaccins (%) ---- *359*
Tableau 7-11b : Vaccination d'un enfant qui a de la fièvre, la gorge rouge et le nez qui coule, mais pas d'autres signes de maladie. Allez-vous le vacciner ? ---- *360*
Tableau 7-12 : Evaluation des connaissances en matière de soins pour un enfant de 25 mois léthargique, fiévreux, faisant la diarrhée et au Nez chargé (a à g) (%) ---- *362*
Tableau 7-13 : Evaluation des connaissances en matière de soins pour un enfant de 29 mois fiévreux, avec écoulements d'oreille, et à jour de ses vaccins vivant dans une zone non paludéen ---- *364*
Tableau 7-14 : Evaluation des connaissances en matière de soins pour un bébé dont le travail a été long, en souffrance fœtale, a été sorti à la ventouse avec difficultés respiratoires ---- *365*
Tableau 7-15 : Quelles questions poseriez-vous à Mme FAYE sur ses précédentes grossesses (a à h) ---- *368*
Tableau 7-16 : Quelles questions poseriez-vous à Mme FAYE sur sa grossesse actuelle ? (a à h) (%) ---- *370*
Tableau 7-17 : Quelles questions poseriez-vous à Mme FAYE sur sa grossesse actuelle ? (i à t) (%) ---- *372*

Tableau 7-18 : Quels examens physiques ou acte pratiqueriez-vous sur Mme FAYE (%) ---------- *374*
Tableau 7-19 : Quels examens physiques ou acte pratiqueriez-vous sur Mme FAYE (%) ---------- *376*
Tableau 7-20 : Que prescririez-vous ou donneriez-vous à Mme FAYE ? (%) ---------- *377*
Tableau 7-21 : Réparation du personnel FOSA selon le type contrat ---------- *379*
Tableau 7-22 : Nombre d'heures de travail théoriques par semaine ---------- *380*
Tableau 7-23 : Nombre d'heures de travail presté au cours de la dernière semaine ---------- *381*
Tableau 7-24 : Evolution de la charge de travail au cours des 12 derniers mois (%) ---------- *382*
Tableau 7-25 : Niveau de rémunération mensuel du personnel dans l'activité principale(*) ---------- *383*
Tableau 7-26 : Régularité dans le versement du salaire (%) ---------- *384*
Tableau 7-27 : Avantages en nature dans l'emploi principal (M2_05_01_a à M2_05_01_g°) (%)(*) ---------- *385*
Tableau 7-28 : Exercice d'une activité secondaire (%) ---------- *387*
Tableau 7-29 : Nombre d'heure de travail et rémunération ---------- *388*
Tableau 7-30 : Satisfaction globale au travail(*) ---------- *390*
Tableau 7-31 : Satisfaction au travail sur des conditions spécifiques ---------- *391*
Tableau 7-32 : Motivations personnelles pour le travail ---------- *392*
Tableau 7-33 : Nombre moyen de jour d'absence au cours des 30 derniers jours ---------- *395*
Tableau 7-34 : Taux d'absence constaté lors des visites surprises(%) ---------- *396*
Tableau 7-35 : Motifs d'absence (%) ---------- *397*
Tableau 7-36 : Taux d'absence justifiée selon la catégorie socio-professionnelle (%) ---------- *398*
Tableau 8-1 : Test d'équilibre pour les indicateurs cibles des postes de santé ---------- *446*
Tableau 8-2 : Test d'équilibre pour les indicateurs cibles des centres de santé ---------- *448*
Tableau 8-3 : Comparaison des indicateurs cibles des établissements publics de santé ---------- *449*
Tableau 8-4 : comparaison d'un certain nombre de caractéristiques des formations sanitaires des zones de contrôle et des zones de traitement ---------- *450*
Tableau 8-5 : Tests d'équilibre pour les indicateurs entre les sites de traitement par l'offre et les sites de contrôle au niveau des femmes et enfants ---------- *453*
Tableau 8-6 : Tests d'équilibre pour les indicateurs entre les sites de traitement par la demande et les sites de contrôle au niveau des femmes et enfants ---------- *454*
Tableau 8-7 : Tests d'équilibre sur les caractéristiques socio-économiques des femmes et des ménages entre les sites de traitement par l'offre et les sites de contrôle. ---------- *455*
Tableau 8-8 : Tests d'équilibre sur les caractéristiques socio-économiques des femmes et des ménages entre les sites de traitement par la demande et les sites de contrôle. ---------- *456*

LISTE DES FIGURES

Figure 1-1:Carte des zones sanitaires d'intervention du Sénégal *51*
Figure 1-2: Diagrammes du Flux IE (Répartition des Interventions/Programmes/Projets et Inscription) *54*
Figure 1-3: Repérage des ménages *58*
Figure 1-4 : Schéma de déploiement des enquêteurs dans les structures sanitaires *62*
Figure 1-5: Diagrammes du Flux IE (Répartition des Interventions/Programmes/Projets et Inscription) *67*
Figure 2-1: Carte du Sénégal *77*

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 2-1 : Source d'eau améliorée selon la région, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le sexe (%) *78*
Graphique 2-2 : Pyramides des âges de la population des quatre régions (%) *91*
Graphique 2-3 Répartition de la population de 15 ans et plus mariée et célibataire selon la région et le milieu de résidence. *93*
Graphique 2-4 : Répartition de la population féminine de 15 ans et plus mariée et célibataire, selon la région et le milieu de résidence. *93*
Graphique 2-5 : Niveau d'instruction de la population âgée de 15 ans et plus selon la région et le milieu. *95*
Graphique 2-6 : Taux net de scolarisation au primaire, au secondaire 1, au secondaire 2 et au supérieur selon la région et le sexe. *97*
Graphique 2-7 : Taux brut de scolarisation au primaire (%) *98*
Graphique 2-8 : Taux d'activité selon la région et selon le sexe *99*
Graphique 2-9 : Répartition de la population selon le type de travail par région et par sexe. *101*
Graphique 2-10 : Proportion des ménages informés sur la couverture maladie universelle selon la région. *105*
Graphique 2-11 : Proportion des ménages dont un membre appartient à une mutuelle de santé selon la région. *105*
Graphique 2-12 : Proportion des ménages dont un membre est couvert par une assurance maladie selon la région. *106*
Graphique 2-13 : Proportion des ménages dont un membre enfant a bénéficié de la gratuité des soins selon la région. *108*
Graphique 3-1 : Pourcentage de femmes souffrant de maladie chronique et d'handicap *117*
Graphique 3-2 : pourcentage de femmes souffrant de maladie non chronique (%) *118*
Graphique 3-3 : proportion de malades ayant recouru aux soins *120*
Graphique 3-4 : Pourcentage de Femme ayant dormi sous moustiquaire la veille de l'enquête *125*
Graphique 3-5 : Pourcentage de Femmes avec paludisme ayant prises un antipaludéen *125*
Graphique 3-6 : Nombre moyen de consultations prénatales effectuées *128*
Graphique 3-7 : Prise d'antipaludéen pendant la grossesse *133*
Graphique 3-8 : Prise de fer pendant la grossesse (%) *134*
Graphique 3-9 : Complications de la grossesse (%) *136*
Graphique 3-10 : La non utilisation de la contraception *139*

INTRODUCTION GENERALE

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Malgré d'importants investissements consentis, le niveau de performance du système de santé sénégalais demeure une préoccupation, notamment pour ce qui concerne la santé maternelle et néonatale, avec un taux de mortalité maternelle ajusté qui stagne à 392 décès pour 100 000 naissances vivantes (EDS-MICS 2010-2011). Les taux d'accès et de recours aux services de soins maternels et aux autres soins sont faibles, surtout pour les ménages démunis et ceux du milieu rural. En milieu urbain, 93% des naissances ont lieu dans des structures sanitaires contre 65% en milieu rural (EDS-Continue_2014). Comme le révèle l'Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS) 2014, les structures sanitaires ont tendance à être mal approvisionnées surtout en milieu rural. Même si une structure sanitaire est facilement accessible et bien dotée en personnel, les ménages sont souvent confrontés au problème d'insuffisance de performance des agents de santé. En effet l"absentéisme est très répandu même s'il est difficilement appréhendé par les statistiques.

Ces problèmes affectent les structures sanitaires ainsi que les usagers et contribuent à la persistance de la pauvreté et à l'accroissement des inégalités fondées sur le genre. Dans un contexte pareil, il est crucial de trouver des voies et moyens d'accroître les performances des agents de santé.

Le Financement basé sur les Résultats vise à lier les incitations/primes versées aux prestataires de services de santé avec le bien-être des patients en offrant des incitations financières en vue d'une meilleure utilisation et d'une amélioration de la qualité des indicateurs de soins spécifiques. Outre la stimulation du personnel soignant qui permet d'améliorer la rétention et le degré de satisfaction, ce programme augmente le montant des ressources disponibles pour les structures sanitaires ainsi que leur liberté de gérer ces revenus pour l'acquisition d'intrants et le recrutement de personnel.

Toutefois, l'amélioration de la disponibilité des services de soins de santé ne pourrait pas, seule, suffire à galvaniser les taux d'utilisation s'il y a également d'importantes contraintes du côté de la demande. Il s'est avéré également que même de petites incitations, dans le domaine des soins de santé maternelle et infantile, peuvent effectivement aider à résoudre le problème de faible utilisation des services. Les récentes études d'évaluation dans ces domaines révèlent qu'une combinaison (1) de versement d'incitations du côté de la demande, visant à encourager les femmes à recourir aux services de santé, (2) et d'incitations du côté de l'offre, visant à renforcer les capacités en matière de prestation de services, est un moyen efficace de promouvoir le recours aux services

de santé, et, à terme, aider à améliorer les résultats dans les sous-secteurs prioritaires de la santé (Rawlings et Rubio 2005, Banerjee 2010).

A compter de 2014, la Banque mondiale et l'USAID ont décidé d'appuyer la réforme basée sur le système FBR. L'objectif visé par le projet est d'améliorer les résultats des programmes de santé maternelle et infantile en favorisant davantage le recours aux services de haute qualité de soins de santé maternelle et infantile et de nutrition, surtout au sein de ménages démunis. Avant l'implémentation de ce programme, une enquête de référence devait être menée afin d'avoir une photographie de la situation d'avant mise en œuvre. C'est l'objet de l'étude intitulée « Enquête de Base sur le Financement Basé sur les Résultats (EBFBR), dont la réalisation a été confiée au Consortium Institut de Population, Développement et Santé de la Reproduction (IPDSR)/ Centre d'Etudes et de Recherches Appliquées en Sciences Sociales (CERASS).

OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS

L'objectif de l'étude d'évaluation du plan FBR, qui peut être réparti en trois sous-objectifs, est de fournir des évidences sur l'efficacité des incitations, aussi bien du côté de la demande que du côté de l'offre, et d'évaluer leur impact sur l'amélioration des résultats en matière de santé maternelle et infantile :

- La première composante qui est une comparaison des districts menant un programme d'incitations du côté de la demande et ceux qui n'en ont pas, se focalise sur les résultats/impacts en matière de santé maternelle et infantile.
- La seconde composante qui fait une comparaison des structures sanitaires concernées par les programmes FBR-Offre et FBR-Demande, s'intéresse uniquement aux résultats/impacts par rapport à la santé maternelle.
- La troisième composante, qui sera abordée ultérieurement, cherche à comprendre les capacités des technologies de communication mobiles à favoriser la demande pour les services de santé dans le but de renforcer les autres aspects du projet.

L'évaluation sera l'une des premières évaluations FBR à combiner les deux types d'incitation. Par conséquent, les interventions du projet pilote qui seront évaluées seront au nombre de deux, à savoir:

- *Intervention/activité 1: Incitations financières aux structures sanitaires*
- *Intervention/activité 2: Incitations/Bon maternel payées aux femmes enceintes démunies*

En tant que projet expérimental, l'analyse isolera l'impact causal de chacune des mesures d'incitation, des potentiels facteurs de confusion.

S'agissant des résultats attendus, l'étude d'évaluation vise à répondre aux questions de recherche suivantes :

- Est-ce que les incitations relatives à l'Offre du programme PBF contribuent à motiver davantage les agents des structures sanitaires et à changer leurs comportements? Est-ce qu'il y a des améliorations par rapport à l'absentéisme, à la motivation, à la gestion des stocks de médicaments, à la rétention des agents qualifiés, et à la qualité des soins prodigués par les agents des structures sanitaires?
- Est-ce que les bons remis aux femmes enceintes sur la base de leur respect des directives en matière de santé maternelle, ont contribué à une plus grande utilisation des services de santé et à améliorer leur état de santé?
- Quel autre impact serait produit par la combinaison des mesures d'incitation relatives à la demande et de celles relatives à l'offre?
- Quel est l'impact des mesures d'incitation relatives à la demande et de celles relatives à l'offre.

METHODOLOGIE

Les quatre régions concernées aussi bien par le programme que par l'étude ont été choisies par le Gouvernement car elles sont de loin en retard par rapport aux autres régions du pays, non seulement en termes de santé maternelle et infantile, mais également en ce qui concerne les autres indicateurs de la santé.

L'étude d'évaluation de l'impact utilise des méthodes quasi-expérimentales pour évaluer le programme/régime FBR ainsi que les incitations en matière de santé maternelle. L'évaluation a suivi un plan factoriel 2X2 :

- *Le FBR-Offre utilise un plan quasi-expérimental à grappe bloquée, randomisé sur le plan sanitaire.*
- *Le FBR-Demande adopte un plan expérimental exclusivement destiné à la collectivité locale.*

La collecte de données combine une approche quantitative et qualitative. L'approche quantitative a porté sur une collecte auprès des ménages et auprès des Etablissements de santé ou points de prestations. L'approche qualitative quant à elle a abordé l'observation directe et l'autopsie verbale des décès infantiles.

PLAN DE REDACTION

Ce rapport est structuré autour de huit chapitres. Le premier chapitre présente la synthèse méthodologique de l'enquête, le deuxième porte sur les caractéristiques sociodémographiques et du cadre de vie des populations des quatre régions de l'étude. Le troisième chapitre traite de l'état de santé des femmes et la santé maternelle, tout comme le quatrième qui aborde l'état de santé des enfants et les soins postnatals. Le cinquième chapitre se consacre à l'observation clinique et les entretiens de sortie des soins de santé maternelle et infantile. Quant au sixième chapitre, il porte sur le fonctionnement des formations sanitaires. Le septième chapitre s'appesantit sur les

ressources humaines des formations sanitaires (FOSA) : structure, état de connaissances, conditions de travail, motivations et besoins en renforcement de capacités. Enfin, huitième chapitre s'intéresse à la comparabilité des indicateurs dans les groupes d'interventions et dans les groupes de contrôle, à l'effet d'évaluer l'ampleur des différences entre les groupes de contrôle et de traitement, afin de voir si, avant l'intervention, les indicateurs cibles ont des valeurs comparables

CHAPITRE 1 PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'ÉTUDE

1.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Malgré d'importants investissements consentis, le niveau de performance du système de santé sénégalais demeure une préoccupation, notamment pour ce qui concerne la santé maternelle et néonatale, où le taux de mortalité maternelle ajusté stagne à 392 décès pour 100 000 naissances vivantes (EDS-MICS 2010-2011). Ce taux est deux fois supérieur au niveau 127 décès pour 100 000 naissances vivantes, fixé dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)[1] pour lesquels le Sénégal s'est engagé.

Les taux d'accès et de recours aux services de soins maternels et aux autres soins sont faibles, surtout pour les ménages démunis et ceux du milieu rural. Seules 30% des femmes les plus démunies bénéficient de l'assistance d'un personnel qualifié durant l'accouchement, contre 86% dans le quintile supérieur. En milieu urbain, 93% des naissances ont lieu dans des structures sanitaires contre 65% en milieu rural (EDS-Continue_2014).

Comme le révèle l'Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS) 2014, les structures sanitaires ont tendance à être mal approvisionnées surtout en milieu rural. S'il est vrai que 95% des structures sanitaires en milieu urbain au Sénégal disposent d'eau potable, de blocs sanitaires et de sources d'électricité, seules 27% des structures sanitaires en milieu rural répondent à ces normes fondamentales. Même si une structure sanitaire est facilement accessible et bien dotée en personnel, les ménages sont souvent confrontés au problème de mauvaise performance des agents de santé.

L'absentéisme est très répandu même s'il est difficilement appréhendé par les statistiques. D'ailleurs, l'Etude sur les Indicateurs des Prestations de Services (SDI) de 2011[2], révèle qu'en moyenne, 20% du personnel est absent durant l'une des visites effectuées au niveau d'une structure sanitaire et que les performances sont de très mauvaise qualité. Toujours d'après cette enquête, une série de cinq maladies courantes n'est correctement diagnostiquée que seulement 34% du temps. Plus important encore, les agents de santé en font beaucoup moins par rapport à leurs compétences, et exécutent leurs tâches dans un délai beaucoup plus court qu'on ne l'aurait espéré. En moyenne, le temps consacré aux conseils donnés aux patients ne dure que 39 minutes par jour.

---

[1] Extrait de République du Sénégal, Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) : Progrès réalisés et perspectives 2010.

[2]Cette étude fait le suivi des progrès réalisés dans trois principaux domaines relatifs à la qualité des soins de santé que sont: les intrants et l'infrastructure, les efforts et compétences du personnel soignant, et les efforts liés au financement et la chaîne d'approvisionnement. Le indicateurs spécifiques que sont notamment l'accès à l'électricité, la fréquence des ruptures de stocks de médicaments, et l'absentéisme, ainsi que les capacités de diagnostic, les dépenses liées à la santé qui atteignent les cliniques et les retards des paiements des salaires qui démontre la nécessité d'adopter une approche en matière de soins de santé qui se focalise sur les stimulations et la gestion afin d'améliorer la qualité et l'offre.

Ces problèmes de soins de santé affectent les structures sanitaires ainsi que les usagers et contribuent à la persistance de la pauvreté et à l'accroissement des inégalités fondées sur le genre. Une analyse de la dernière étude d'évaluation de la pauvreté note que 16% des ménages ont connu un choc lié à un décès, une maladie ou une blessure d'un membre de la famille (Echevin, 2012).

Dans un contexte pareil, il est crucial de trouver des voies et moyens d'accroître les performances des agents de santé.

Le Financement basé sur les Résultats vise à lier les incitations/primes versées aux prestataires de services de santé avec le bien-être des patients en offrant des incitations financières en vue d'une meilleure utilisation et d'une amélioration de la qualité des indicateurs de soins spécifiques. Outre la stimulation du personnel soignant qui permet d'améliorer la rétention et le degré de satisfaction, ce programme augmente le montant des ressources disponibles pour les structures sanitaires ainsi que leur liberté de gérer ces revenus pour l'acquisition d'intrants et le recrutement de personnel.

L'évidence expérimentale des programmes FBR se révèle petit-à-petit dans les pays en développement[3]. En RDC, grâce à l'offre de stimulations basées sur les performances, les patients effectuent maintenant des paiements directs réduits au profit des structures sanitaires tout en recevant encore des services de même qualité ou de meilleure qualité que les patients qui se font soigner au niveau des structures de contrôle (Soeters et al. 2011). Aux Philippines, Peabody et al. (2011) ont constaté que le paiement de bonus aux médecins exerçant dans des hôpitaux a contribué à l'amélioration des soins. Au Rwanda, la rémunération basée sur la qualité des services a contribué à l'augmentation de 23% du taux des accouchements dans des structures institutionnelles et de 25-50% pour les recours à des services préventifs au profit des enfants de moins de quatre ans.

Toutefois, l'amélioration de la disponibilité des services de soins de santé ne pourrait pas, seule, suffire à galvaniser les taux d'utilisation s'il y a également d'importantes contraintes du côté de la demande. En fait, les études révèlent que les interventions qui se rapportent strictement à l'offre, dans des pays caractérisés par de sérieuses contraintes liées à la demande de soins, ont enregistré des résultats mitigés (Morris et al. 2004, Solon et al. 2009).

---

[3]Les premiers documents sur l'approche des rémunérations au rendement (P4P) proviennent d'études menées aux Etats-Unis d'Amérique et du Royaume uni sont basés sur des études quasi-expérimentales (et sur des incitations axées sur les individus). Herck et al. (2010) ont étudié les articles sur l'approche P4P publiés entre janvier 1990 et juillet 2009 et sont arrivés à la conclusion selon laquelle l'efficacité des programmes P4P dans les pays en développement varie fortement. Jha et al (2012) ont constaté qu'il y peu de preuves selon lesquelles la participation aux programmes P4P mis en oeuvre aux Etats-Unis d'Amérique est à l'origine de la baisse du taux de mortalité durant une période de six ans après la mise en place du programme. Il y a d'autres préoccupations que sont notamment l'érosion ou "l'éviction" des motivations intrinsèques par des incitations financières (Deci and Ryan 1985), l'abandon des services gratuits/non-rémunérés par d'autres qui sont payants (Kalk et al. 2010), et les frais de suivi et d'audit pour les paiements.

Il s'est avéré également que même de petites incitations peuvent effectivement aider à résoudre le problème de faible utilisation des services. C'est notamment le cas pour les soins de santé maternelle et infantile pour lesquels les récentes études d'évaluation révèlent qu'une combinaison de versement d'incitations du côté de la demande visant à encourager les femmes à recourir aux services de santé et d'incitations du côté de l'offre visant à renforcer les capacités en matière de prestation de services est un moyen efficace de promouvoir le recours aux services de santé, et, à terme, aider à améliorer les résultats dans les sous-secteurs prioritaires de la santé (Rawlings et Rubio 2005, Banerjee 2010).

❖ *Mécanisme du Financement basé sur les résultats au Sénégal*

Face aux défis relevés plus haut, depuis 2012, le Gouvernement sénégalais a introduit *le Financement basé sur les Résultats (FBR)* dans son système de santé. Il s'agit d'une ambitieuse réforme du secteur de la santé qui vise à accroître l'offre et l'utilisation des services de santé à l'aide d'interventions portant aussi bien sur l'offre que sur la demande.

Du côté de l'offre, un programme pilote FBR a été mis en œuvre, en 2012, dans seize (16) structures sanitaires des régions de Kolda et Kaffrine, avec l'appui de l'USAID. Une évaluation rigoureuse de cette première phase du programme n'a pas été possible compte tenu de ce que le nombre de structures qui ont signé le contrat de performance était très réduit. De même, les structures n'ont pas débuté au même moment. Plus encore, le choix n'a pas été randomisé ; ce qui limite l'établissement d'un effet causal. Cependant, la revue annuelle du PNFBR2013 a mis en évidence plusieurs résultats provisoires, notamment : La supplémentation de vitamine A des enfants de 6 mois à moins d'un an est en progression dans la région de Kaffrine. De même, deux districts sanitaires ont dépassé la cible annuelle et trois qui étaient à 0% de référence de base ont enregistré des résultats importants.

A compter de 2014, la Banque mondiale et l'USAID ont décidé d'appuyer la réforme basée sur le système FBR dans le cadre d'un projet d'un coût de 42,3 million de dollars US. L'objectif visé par le projet est d'améliorer les résultats des programmes de santé maternelle et infantile en favorisant davantage le recours aux services de haute qualité de soins de santé maternelle et infantile et de nutrition, surtout au sein de ménages démunis.

Avant l'implémentation de ce programme, une enquête de référence devait être menée afin d'avoir une photographie de la situation d'avant mise en œuvre. La collecte de données relative à cette photographie issue des résultats de l'étude intitulée « Enquête de Base sur le Financement Basé sur les Résultats (EBFBR), dont la réalisation a été confiée au Consortium Institut de Population, Développement et Santé de la Reproduction (IPDSR)/ Centre d'Etudes et de Recherches Appliquées en Sciences Sociales (CERASS), a été menée, du 1er mars au 30 mai 2015, dans quatre des régions les plus pauvres du pays, à savoir Tambacounda, Kédougou, Sédhiou et

Ziguinchor. L'EBFBR vise à recueillir les données relatives aux indicateurs de base, qui serviront à la mesure des progrès accomplis par rapport aux cibles identifiées au démarrage du processus dans ces 4 régions. L'exploitation, l'analyse et la rédaction du rapport ont eu lieu d'avril à Septembre 2015.

S'agissant de cette deuxième phase du programme, les plans de Financement basé sur les résultats (FBR) comprennent deux interventions primaires que sont: des primes au rendement payées aux administrateurs de soins de santé (FBR-Offre), et les paiements au profit des femmes enceintes qui fréquentent les structures offrant des services de soins prénataux et d'accouchement (FBR-Demande).

Dans un premier temps, l'étude d'évaluation initiale analyse séparément l'impact de ces interventions avant de faire une analyse commune relative à la *quantité*, la *qualité* et l'*équité* des services de santé maternelle et infantile.

1 - FBR – Offre (Primes aux structures): Le projet de la Banque mondiale financera le paiement de crédits FBR aux structures sanitaires des régions cibles qui l'utiliseront pour l'achat de mobiliers de bureau, pour financer la formation sur des services de consultance, pour la prise en charge des frais de fonctionnement et le paiement des primes aux agents de la fonction publique. Les structures sanitaires signent un contrat FBR qui leur donne droit à une prime payée si elles atteignent les objectifs de rendement portant sur 13 indicateurs bien précis. Les données administratives sont remises tous les trimestres à l'autorité centrale et vérifiées/confirmées par une Agence de Vérification externe/autonome (AVI) et par des organisations communautaires qui évalueront également la *qualité* des services à l'aide d'une liste de référence appliquée à un échantillon d'usagers. Les paiements sont alors faits compte tenu de la *quantité* et de la *qualité* des services. Jusqu'à 75% de la prime payée peut être versée pour des bonus aux personnels de santé et au moins 25% du montant doit servir à l'achat d'équipements et de médicaments.

2 - FBR – Demande (Bons Maternels): Dans le cadre du programme, des bons de santé maternelle seront remis à près de 44.000 femmes démunies qui: (i) effectueront une visite prénatale initiale, (ii) effectueront quatre visites prénatales, et/ou (iii) accoucheront dans une structure sanitaire. La Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM) sera chargée de la gestion du programme d'incitations financières qui sera mis en œuvre par les Agents d'exécution communautaires (AECs) qui assurent les activités promotionnelles et procèderont auxdits paiements. Le montant de ces bons couvrira les frais de transport et près de 30% du total alloués aux coûts directs estimatifs des services de santé maternelle au Sénégal. Les réalisation des prestations sera vérifiée par un agent autonome (IVA) avant d'être débloqués par les Prestataires de Services de Paiement (PSP).

Une **évaluation secondaire** complètera ces interventions en permettant de savoir comment les technologies de communication mobile peuvent contribuer à l'augmentation des demandes de services de soins prénataux et des demandes d'assistance durant l'accouchement, et ainsi aider à surmonter les obstacles informationnels, motivationnels et financiers à la recherche de soins de santé.

1.2 OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS

1.2.1 Objectifs

L'objectif de l'étude d'évaluation du plan FBR, qui peut être réparti en trois sous-objectifs, est de fournir des évidences sur l'efficacité des incitations, aussi bien du côté de la demande que du côté de l'offre, et d'évaluer leur impact sur l'amélioration des résultats en matière de santé maternelle et infantile.

- La première composante qui est une comparaison des districts menant un programme d'incitations du côté de la demande et ceux qui n'en ont pas, se focalise sur les résultats/impacts en matière de santé maternelle et infantile.
- La seconde composante qui fait une comparaison des structures sanitaires concernées par les programmes FBR-Offre et FBR-Demande, s'intéresse uniquement aux résultats/impacts par rapport à la santé maternelle.
- La troisième composante, qui sera abordée ultérieurement, cherche à comprendre les capacités des technologies de communication mobiles à favoriser la demande pour les services de santé dans le but de renforcer les autres aspects du projet.

En tant que projet expérimental, l'analyse isolera l'impact causal de chacune des mesures d'incitation, des potentiels facteurs de confusion.

L'évaluation de l'impact primaire sera donc l'une des premières études de cette nature qui s'intéressera aux incitations aussi bien du côté de la demande que du côté de l'offre, payées dans le cadre d'un régime de Financement basé sur les résultats (FBR). Il s'agit d'un projet important en ce sens que l'amélioration de la demande, à elle seule, sans tenir compte de l'offre, pourrait être contre-productive si les patients sont découragés par leur visite. De même, les efforts visant à améliorer la fourniture de services peut rester sans récompense si des efforts parallèles ne sont pas faits pour surmonter les contraintes liées à la demande.

L'étude d'évaluation permettra également d'effectuer des analyses comparatives du rapport coût-efficacité des solutions de rechange qui devraient permettre d'améliorer les indicateurs de la bonne santé maternelle et infantile grâce à l'administration de soins prénataux en temps opportun, aux accouchements dans des structures institutionnelles, et le recours aux services de nutrition.

Relativement à l'offre, le programme offrira des stimulations/primes financières aux structures sanitaires afin d'améliorer la santé maternelle et infantile. Ces stimulations/primes seront payées aussi bien aux structures sanitaires qu'aux membres de leur personnel à condition que l'amélioration notée par rapport à l'ensemble d'indicateurs de base dépasse les niveaux de référence, notamment en ce qui concerne la qualité des services (selon une liste de référence élaborée et mise à jour trimestriellement).

Relativement à la demande, les stimulations/primes financières seront versées aux femmes enceintes qui auront reçu des soins prénataux en temps opportun et qui auront accouché dans une structure institutionnelle avec l'assistance d'agents de santé qualifiés. L'évaluation sera l'une des premières évaluations FBR qui auront combiné les deux types d'incitation. Par conséquent, les interventions du projet pilote qui seront évaluées seront au nombre de deux, à savoir:

- *Intervention/activité 1: Incitations financières aux structures sanitaires*

- Indicateurs: Les contrats FBR récompensent l'atteinte des objectifs relatifs aux 13 indicateurs de la santé maternelle et infantile avec des montants qui représentent 20-30% de la masse salariale de la structure concernée. Les données sont transmises et vérifiées/confirmées en vue d'un paiement effectué sur une base trimestrielle.

Santé maternelle, néonatale et infantile (y compris la nutrition):

1. Taux de couverture vaccinale complète des enfants de moins d'un an.
2. Taux de couverture Suivi Promotion de la Croissance (SPC) des enfants de moins de deux ans (surveillance de l'état nutritionnel et de développement des enfants âgés de 0 à 24 mois)
3. Pourcentage d'enfants 0-5 ans présentant une malnutrition aigüe sévère sans complication correctement pris en charge
4. Proportion d'enfants de 6 mois à 59 mois correctement supplémentés en vitamine A en routine
5. Taux d'accouchement réalisés par un personnel qualifié
6. Taux de nouvelles utilisatrices de la planification familiale
7. Taux d'utilisation en consultation post natale
8. Taux de réalisation de test VIH chez les femmes enceintes vues en CPN
9. Taux de Couverture adéquate en CPN
10. Proportion de nouveau–nés ayant bénéficié de soins immédiats (mise au sein précoce (dans la première heure après la naissance), maintien de la température, vit.K1, collyre…)

Lutte contre la maladie:

1. Taux de couverture des femmes enceintes mises sous TPI2
2. Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement traités
3. Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée simple correctement traités

- *Intervention/activité 2: Incitations/Bon maternel payées aux femmes enceintes démunies*

- Indicateurs: Des incitations/primes financières seront payées aux femmes enceintes éligibles qui auront respecté les trois (3) directives ci-après en matière de santé maternelles. Pour être éligible, une femme devra appartenir à un ménage inscrit au registre national des ménages vulnérables qui est en cours d'élaboration au niveau de la Délégation Générale à la Protection Sociale (DGPS). Les trois conditionnalités susvisées sont:

1. Respecter la visite initiale pour soins prénataux (ANC),
2. Enregistrer au moins 4 visites pour soins prénataux (ANC), et
3. Aller accoucher dans une structure sanitaire

1.2.2 Résultats attendus

L'étude d'évaluation vise à répondre aux **questions de recherche** suivantes :

- Est-ce que les incitations relatives à l'Offre du programme PBF contribuent à motiver davantage les agents des structures sanitaires et à changer leurs comportements? Est-ce qu'il y a des améliorations par rapport à l'absentéisme, à la motivation, à la gestion des stocks de médicaments, à la rétention des agents qualifiés, et à la qualité des soins prodigués par les agents des structures sanitaires?
- Est-ce que les bons remis aux femmes enceintes sur la base de leur respect des directives en matière de santé maternelle, ont contribué à une plus grande utilisation des services de santé et à améliorer leur état de santé?
- Quel autre impact serait produit par la combinaison des mesures d'incitation relatives à la demande et de celles relatives à l'offre?
- Quel est l'impact des mesures d'incitation relatives à la demande et de celles relatives à l'offre sur:

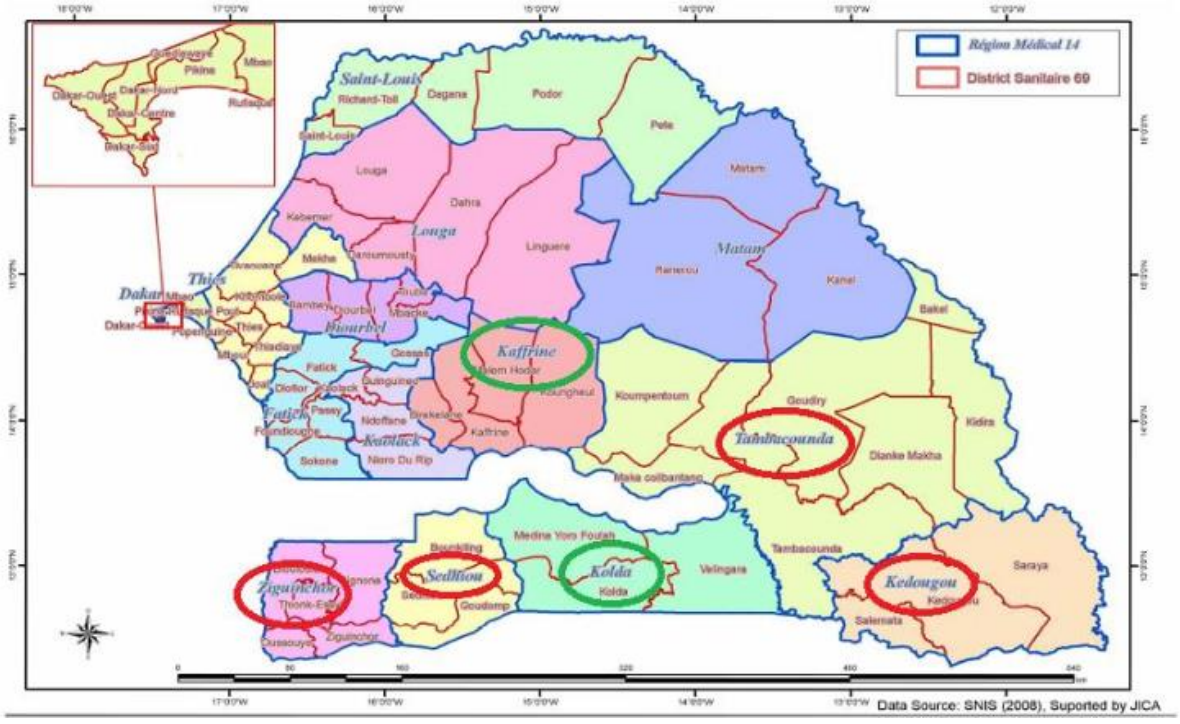
    - L'augmentation du nombre total des visites pour soins prénataux?
    - L'augmentation des accouchements dans une structure institutionnelle?
    - Est-ce que les effets du programme varient selon les groupes socioéconomiques (comme les niveaux des revenus, selon qu'on se trouve en milieu rural/urbain, réalisable après stratification et interaction du niveau des revenus par les autres variantes des résultats)?

1.3 METHODOLOGIE

1.3.1 Champ géographique de l'étude

Les quatre régions (qui comptent 2,1 million d'habitants) concernées aussi bien par le programme que par l'étude ont été choisies par le Gouvernement car elles sont de loin en retard par rapport aux autres régions du pays, non seulement en termes de santé maternelle et infantile, mais également en ce qui concerne les autres indicateurs de la santé. L'étude d'évaluation de l'impact utilise des méthodes quasi-expérimentales pour évaluer le programme/régime FBR ainsi que les incitations en matière de santé maternelle.

Figure 1-1:Carte des zones sanitaires d'intervention du Sénégal



Les quatre régions d'étude sont celle encerclées en rouge. Les régions en vert sont celles ayant concernées par la première phase du projet.

Toutes les structures sanitaires que comptent les régions susmentionnées ont été incluses dans l'étude. 267 parmi elles ont été soumises aux programmes d'évaluation FBR et de délivrance de bons maternels qui seront mis en œuvre au niveau des districts et des structures sanitaires.

1.3.2 Mise en place du dispositif expérimental d'évaluation d'impact

Comme le montre le tableau ci-dessous, l'évaluation a suivi un plan factoriel 2X2, avec près de 65 structures par cellule. Les groupes de traitement ont débuté en 2015. A l'expiration de la

période d'étude, en 2017, toutes les structures devront être prêtes à offrir aussi bien des services FBR-Offre que des services FBR-Demande.

Tableau 1-1 : Structures par group de traitement

		FBR-Demande (Bons maternels)		
		Non, Démarrage en 2017 (contrôle) 46 collectivités	Oui, Démarrage en 2015 46 collectivités	Pas de FBR-demande
FBR-Offre	Non, Démarrage en 2017 (contrôle) 9 districts	37 structures Aucune intervention (Contrôle)	44 structures Bons maternels uniquement	35 structures Aucune intervention (Contrôle)
	Oui, Démarrage en 2015 9 districts	39 structures FBR-Offre uniquement	48 structures FBR-Offre + Bons maternels	62 structures FBR-Offre uniquement

Tableau 1-2 : Collectivités par group de traitement

		FBR-Demande (Bons maternels)		
		Non, Démarrage en 2017 (contrôle) 46 collectivités	Oui, Démarrage en 2015 46 collectivités	Pas de FBR-demande
FBR-Offre	Non, Démarrage en 2017 (contrôle) 9 districts	26 collectivités Aucune intervention (Contrôle)	27 collectivités Bons maternels uniquement	16 collectivités Aucune intervention (Contrôle)
	Oui, Démarrage en 2015 9 districts	20 collectivités FBR-Offre uniquement	19 collectivités FBR-Offre + Bons maternels	28 collectivités FBR-Offre uniquement

Le FBR-Offre utilise un plan quasi-expérimental à grappe bloquée, randomisé sur le plan sanitaire. Les 18 districts sanitaires sont choisis de façon randomisée pour les services de prise en charge/traitement des patients (9 districts) et pour les besoins des groupes de contrôle (9 districts). Même si du point de vue de l'évaluation, il serait mieux de réduire le niveau de

randomisation à la structure ou grappe de structures[45], le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) a demandé que toutes les structures d'un district sanitaire concerné soient soumises au plan FBR en même temps, ce qui justifie l'adoption du plan actuel.

Le FBR-Demande adopte un plan expérimental exclusivement destiné à la *collectivité locale*. Les 130 collectivités sont choisies de façon randomisée pour les services de prise en charge/traitement des patients et pour les besoins des groupes de contrôle de chacune des 65 structures sanitaires. Le niveau de randomisation a été fixé de façon à se conformer aux normes administratives applicables entre la CLM et les AECs. Près de la moitié du personnel des collectivités qui offrent des mesures d'incitation par rapport à la demande seront dans les districts concernés par le FBR-Offre.

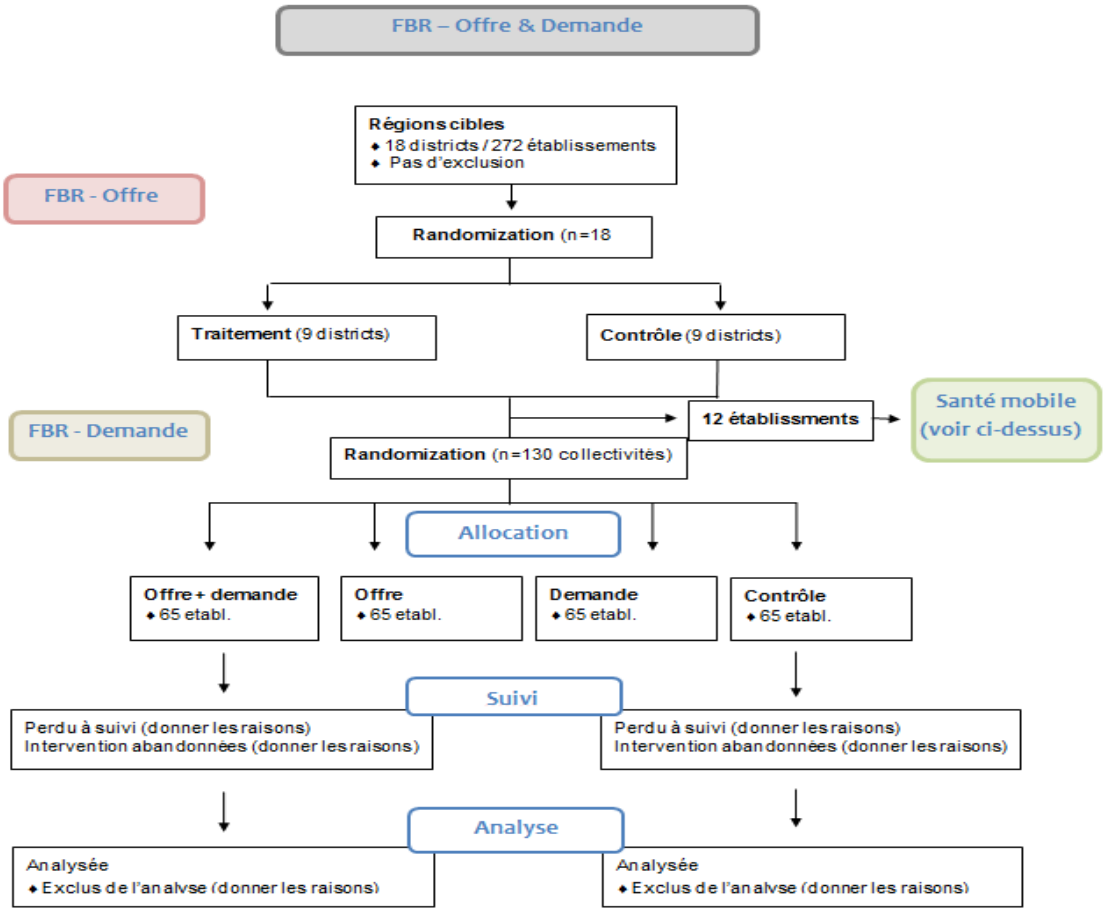
Les informations sur l'impact des programmes FBR-Offre et les bons maternels seront obtenues en prenant la différence-en-différence entre le traitement et les contrôles calculées avant le déroulement des activités. Si les groupes de traitement et de contrôle sont équilibrés lors de l'étude initiale, alors les différences notées lors des activités de suivi basées sur les indicateurs clés pourront être attribuées aux interventions et non pas à une différence qui préexistait entre les deux groupes. La comparaison des changements permet de contrôler les caractéristiques fixes/muettes observées et non-observées ainsi que les facteurs qui varient selon la période qui sont communs aux groupes de traitement et de comparaison. L'analyse de la différence dans la différence sera complétée par la méthodologie de changements dans les changements (changes-in-changes methodology - CIC) proposée dans les travaux de Athey et Imbens (2006), qui atténue l'hypothèse qu'en l'absence du programme, aussi bien les groupes de traitement que ceux de contrôle ont des tendances à long-terme similaires. Une analyse de régression sera faite pour déterminer l'effet

[4]Le Rwanda offre un contexte analogue à celui de notre étude. Les districts participants étaient réunis dans 9 blocs et les contrôles se faisaient dans 7 blocs. Au total, 166 structures sanitaires et plus de 2.000 ménages étaient inclus dans l'étude initiale. 23 mois plus tard, ces 166 structures sanitaires et plus de 2.000 ménages étaient soumises à des analyses qui se focalisaient sur les consultations prénatales, les accouchements ayant eu lieu dans des structures institutionnelles, les visites préventives pour enfant, et le taux de vaccination.

[5]Gertler and Vermeersch (2012) révèlent qu'un obstacle majeur auquel leur plan était confronté est le nombre restreint des districts utilisés comme unités de randomisation (19 districts pour un total de 166 structures sanitaires) et recommande de baisser le niveau de randomisation pour enregistrer des résultats beaucoup plus précis. Les études d'évaluation de l'impact du RBF qui ont été menées par la suite, notamment au Cameroun et au Bénin, ont tenu compte de l'aspect susvisé en procédant à une randomisation au niveau de la structure sanitaire prise individuellement, et/ou en regroupant les structures en grappe pour accroître la taille des échantillons. S'il est vrai que sur le plan logistique cette approche est plus complexe pour les systèmes administrés par les districts sanitaires, elle est capable de produire des résultats plus robuste/fiables. Dans ces cas précis, les cérémonies de randomisation publiques ont permis de ce surmonter certaines incertitudes liées à la division des structures sanitaires environnantes entre celles qui participeront au programme pilote du RBF – et celles qui devront le faire deux and plus tard.

conjoint de la mise en œuvre du plan FBR et du programme de bons maternels ainsi que l'effet indépendant de chaque intervention.

Figure 1-2: Diagrammes du Flux IE (Répartition des Interventions/Programmes/Projets et Inscription)



1.3.3 Méthode et outils de collecte/Saisie

1.3.3.a Méthode de collecte des données

Aussi bien pour les groupes de traitement que pour les groupes de contrôle, les extrants ainsi que les résultats seront évalués non seulement durant l'étude initiale, qui vient de se terminer, mais également durant l'étude finale à l'aide de données collectées avec des tablettes, auprès des structures sanitaires et des ménages, et sauvegardées dans un serveur sécurisé.

Le Consortium IPDSR/CERASS, qui dispose d'une expertise avérée en la matière, a été sélectionné à travers un appel d'offre international compétitif, pour réaliser l'enquête de base de l'Evaluation d'Impact du FBR au Sénégal. Il s'agissait de recruter et de former les agents de collecte, de superviser la collecte, de gérer la logistique de l'étude initiale et de produire le rapport de l'enquête de base.

Pour des raisons d'éthique, avant de remettre les questionnaires aux enquêtés, les agents de collecte leur ont expliqué l'objet et les éventuels risques de l'étude. Ils leur ont également demandé de signer une fiche de consentement lorsqu'ils étaient d'accord de poursuivre l'entretien. Les entrevues se sont déroulées dans un endroit discret, soit au niveau de la structure de santé, ou, pour ce qui concerne l'enquête sur les ménages, aux domiciles des participants.

La collecte de données combine une approche quantitative et qualitative. L'approche quantitative a porté sur une collecte auprès des ménages et auprès des Etablissements de santé ou points de prestations. L'approche qualitative quant à elle a abordé l'observation directe et l'autopsie verbale des décès infantiles.

- *Enquête sur les structures de santé:*

L'étude sur les structures sanitaire s'est focalisée sur les principales caractéristiques des structures concernées et la prestation de services, en s'intéressant, en premier lieu, à la quantité et à la qualité des soins prénataux, aux accouchements qui ont eu lieu dans une structure institutionnelle et fonctionnelle, qu'elle soit publique ou privée confessionnelle, et aux consultations relatives à la nutrition. L'étude comprend un module sur la disponibilité des services et la fixation des prix, un ensemble d'observations cliniques directes et de vignettes standardisées permettant d'évaluer les connaissances pratiques du personnel de santé sur différents types de services de santé. Un entretien de sortie permet d'évaluer la qualité des mêmes services sanitaires telles que perçue par les usagers de la structure.

Pour la composante FBR-Offre, ***toutes les 267 structures sanitaires*** des 4 régions ont été couvertes par l'étude initiale. Elles seront également soumises à des visites à l'expiration de la période d'étude, approximativement 24 mois après l'implémentation du programme FBR-Offre. Ces informations permettront de mettre en lumière les mécanismes mis en place pour apporter des améliorations notoires sur la santé grâce au régime de FBR et de suivre les changements de comportement chez les prestataires de services et qui peuvent influer sur la qualité et la quantité des services offerts.

Les composantes du questionnaire auprès des structures sanitaires sont les suivantes :

M1 : Le questionnaire d'évaluation de l'établissement de santé : Ce module vise à collecter des informations suivantes :

- Moyens disponibles : humains (effectifs) et techniques (bâtiments, équipements, consommables…) ;
- Ressources financières mobilisées et dépenses effectuées ;
- Modes de gouvernance et de gestion, en particulier : le niveau d'implication de la communauté et des CL, le niveau d'autonomie dans la gestion de l'établissement et le niveau de transparence et de participation du personnel ;
- Caractéristiques de l'aire polarisée (Population, établissements, revenus, couverture par des mutuelles)

M2 : Le module Prestataire de santé :

Les thèmes abordés dans le questionnaire sont les suivants :

- Formation et expérience ;
- Revenus reçus ;
- Motivation et satisfaction ;

M3 : Interactions prestataires-patients : Ce module inclut deux types d'enquêtes, notamment les Observations Cliniques Directes (OCD) et les Vignettes (200 Cliniciens concernés par la vignette).

Pour le premier type, il s'est agi d'observer une consultation réelle où seul un enquêteur a été présent pour observer les questions posées et les actions réalisées par le clinicien. Cette observation comportait deux volets : un volet observation CPN et un volet observation enfant de moins de 5 ans. En pratique, un enquêteur était présent toute la journée dans le bureau d'un clinicien et observait l'ensemble des consultations réalisées.

Pour les vignettes, le clinicien devait indiquer les différentes questions ou actions qu'il ou elle souhaiterait faire pour poser son diagnostic. L'objectif ici était simplement de vérifier les connaissances du clinicien.

M4 : Interview des patients à la sortie : Cet instrument comporte aussi deux volets : le volet CPN et le volet enfant. Pour les patients vus en Observation Clinique Directe (OCD), un sur deux était contacté à sa sortie de l'établissement pour un interview portant sur :

- Les questions posées et les actes/actions réalisés par le clinicien pendant la consultation ;
- Les montants payés ;
- La prescription reçue éventuellement ;
- La qualité des soins.

Il s'agissait de mesurer la perception de la qualité des soins par les patients, en complément de l'appréciation de cette même qualité à partir des OCD.

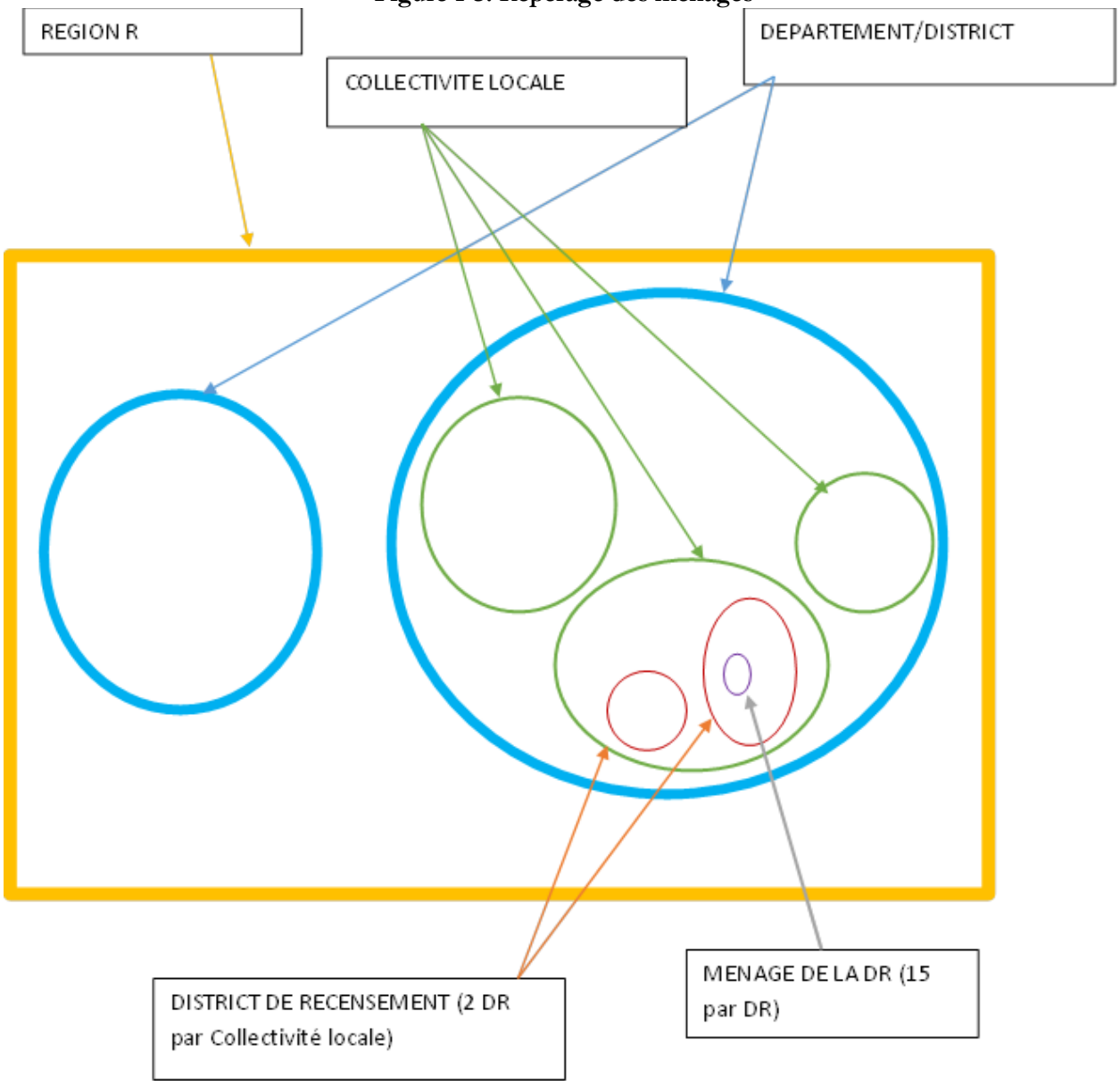
M5 : absentéisme : Pour mesurer l'absentéisme du personnel, une visite surprise a été effectuée dans la structure quelques jours après le premier passage portant sur les précédents modules, le temps de charger dans la tablette des enquêteurs, la liste mise à jour de l'effectif de l'établissement concerné. Le module renseignait, entre autres sur le niveau de l'absentéisme et sa répartition selon les catégories de prestataires.

1.3.3.b Instruments de collecte de données auprès des ménages

Le questionnaire ménage a été administré dans environ 4164 ménages dans lesquels, réside une femme âgée de 15-35 ans et qui n'est pas enceinte au moment de l'enquête. Il reprenait les rubriques suivantes :

- Caractéristiques du ménage ;
- Mortalité ;
- Statut de Santé et utilisation ;
- Activité de la vie de tous les jours ;
- Dossier grossesse ;
- Soins prénatals et postnatals ;
- Santé de la reproduction ;
- Vaccination ;
- Poids Taille ;
- Assurance Maladie et CMU.

Figure 1-3: Repérage des ménages



Les données collectées permettront, d'une part, d'éclairer les mécanismes de causalité donnant lieu aux améliorations sensibles sur le plan de la santé, qui résulteraient des programmes mis en œuvre, et d'autre part, d'évaluer les considérations d'ordre éthique en identifiant les bénéficiaires des services comme une fonction de l'état des ressources des ménages.

1.3.4 Outils qualitatifs:

Outre les modules quantitatifs, des données qualitatives devraient être collectées.

- *Observations relatives à la participation*

Des Observateurs qui étaient des étudiants en sociologie ou en anthropologie ont été affectés, en qualité d'internes pendant 2 mois, au niveau d'un échantillon raisonné de 10 structures sanitaires. Deux types d'informations ont été collectés, à savoir:

- La disponibilité et le partage du temps de travail entre les agents de santé qualifiés: les raisons de l'absentéisme, le partage de leur temps entre les différentes tâches, le nombre de patients consultés par jour, etc., et
- Les pratiques des agents de santé: temps consacré aux activités privées, localisation de ces activités, les revenus, activités non-officielles (vente de médicament, patients informels, etc.), niveau de la supervision, comportements des agents de santé vis-à-vis des patients, etc.

- *Autopsie verbale décès de nourrissons*

La méthodologie utilisée était celle déjà expérimentée en Guinée par le programme "Pathways to Survival" (voies vers la survie). Elle repose sur la conduite d'entretiens avec les membres de la famille et de la communauté qui étaient en contact avec les enfants décédés durant leur première enfance. L'échantillon qui devrait être collecté portait sur 200 décès de nourrissons (enregistrés durant les douze derniers mois)[6].

[6] R. Schumacher, E. Swedberg, O. Diallo, D. R. Keita, H. D. Kalter, et O. Pasha. (2002). "Etude de Mortalité en Guinée : Enquête sur les causes de décès chez les enfants âgés de moins de 5 ans". Publié par la Fédération 'Save the Children', Inc. et le Program BASICS II ("Soutien de base pour l'institutionalisation de la survie de l'enfant").

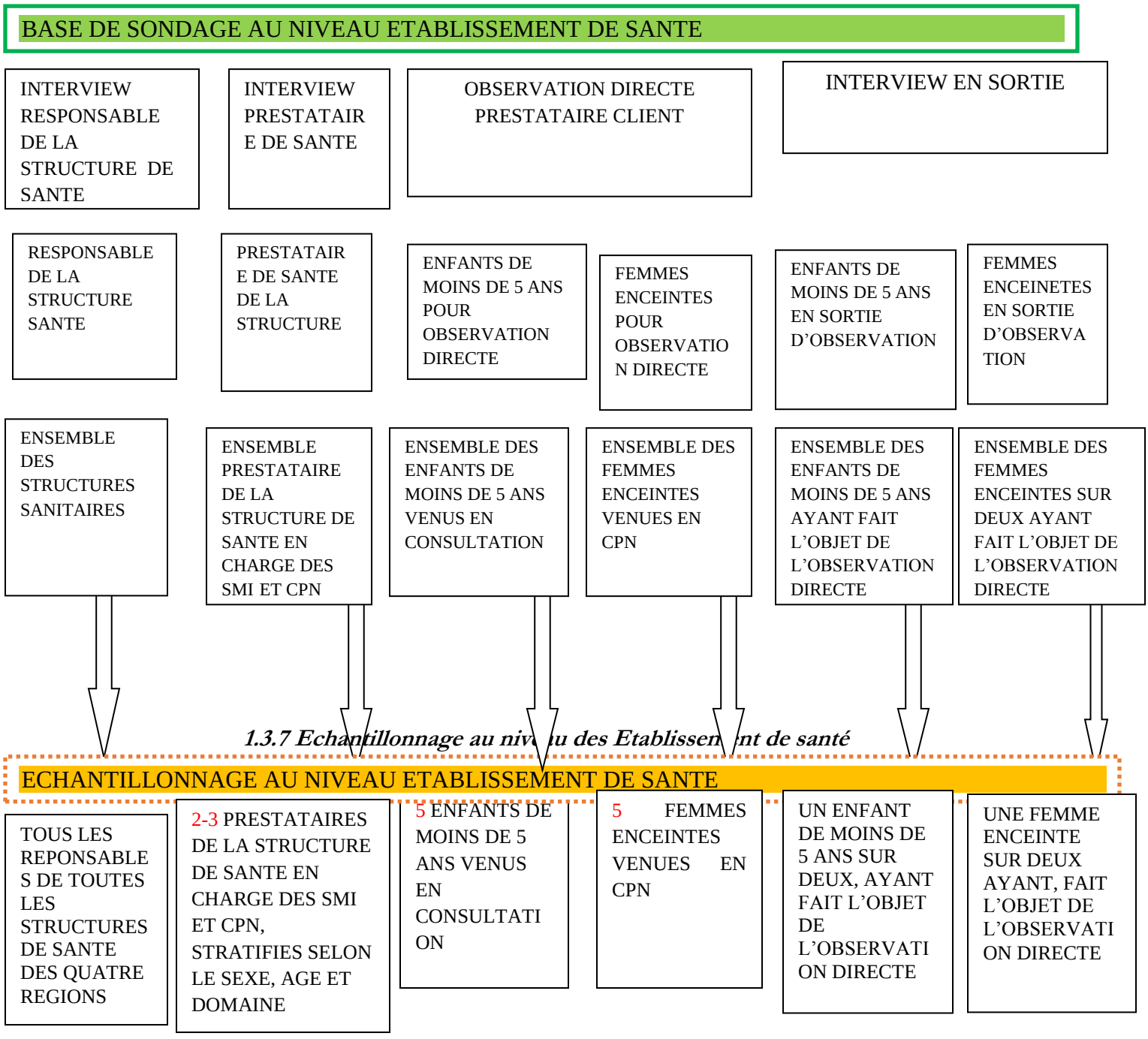
1.3.5 Echantillonnage

1.3.5.a Base de sondage

❖ ***Enquête Etablissement de santé***

Pour la composante FBR-Offre, toutes les 275 structures sanitaires (dont 3 Hôpitaux), des 18 Districts de Santé dans les quatre régions sont concernées par l'étude de référence.

1.3.6 Base de sondage au niveau des Etablissement de santé



1.3.7 Echantillonnage au niveau des Etablissement de santé

✥ *Méthodologie de ratissage de l'échantillon dans les structures de santé*

Une fois arrivé dans la structure et après les civilités d'usage rendues au responsable de la structure, les enquêteurs ont présenté l'objet de la visite et exprimé leurs attentes. Ensuite, ils ont demandé l'autorisation de l'interroger, ainsi que son personnel, et d'assister également à quelques consultations d'enfants de moins de 5 ans ou de CPN.

En principe, les codes d'identification du personnel pour le remplissage de M2, M3 et M4 étaient extraits de M1. Mais il pouvait arriver que le Responsable du Centre ne soit pas disposé à répondre immédiatement au module M1, même s'il a donné l'autorisation de conduire les autres questionnaires. Dans ce cas, les enquêteurs ne finalisaient leurs questionnaires qu'en fin de soirée en attendant que le module M1 soit rempli.

Il pouvait aussi arriver qu'en fonction des affluences, le personnel privilégie les consultations des patients et ne soient disposés à recevoir les enquêteurs que par la suite. Dans ce cas, les équipes devaient s'organiser pour réaliser M3, M4 avant de revenir sur M1, M2 et M5.

Les CPN n'ont forcément pas lieu tous les jours ; ce qui peut expliquer l'échantillon réduit par rapport à celui des enfants de moins de 5 ans. Après avoir obtenu au niveau de la région le calendrier de programmation des CPN par semaine par les différentes structures de la région, le Contrôleur d'équipe programmait à son tour le déploiement dans les structures en fonction de ce calendrier de manière à se donner la chance de réaliser des CPN dans chaque structure.

En ce qui concerne les modules 10 et 11 du questionnaire M2 (vignettes), la base de sondage était l'ensemble des prestataires. L'échantillon était constitué de 200 prestataires à raison de 50 par région. Dans chaque région, le choix des 50 s'est fait en fonction de la catégorie et type de structure.

Une liste complète de protocoles pour l'étude et un guide pour les identifiants pour chaque questionnaire et le module ont été distribués aux enquêteurs car il était important que les identifiants soient appliquées rigoureusement et systématiquement pour permettre une comparaison entre les établissements de santé.

❖ ***Déploiement des 5 enquêteurs dans les structures de santé***

Figure 1-4 : Schéma de déploiement des enquêteurs dans les structures sanitaires

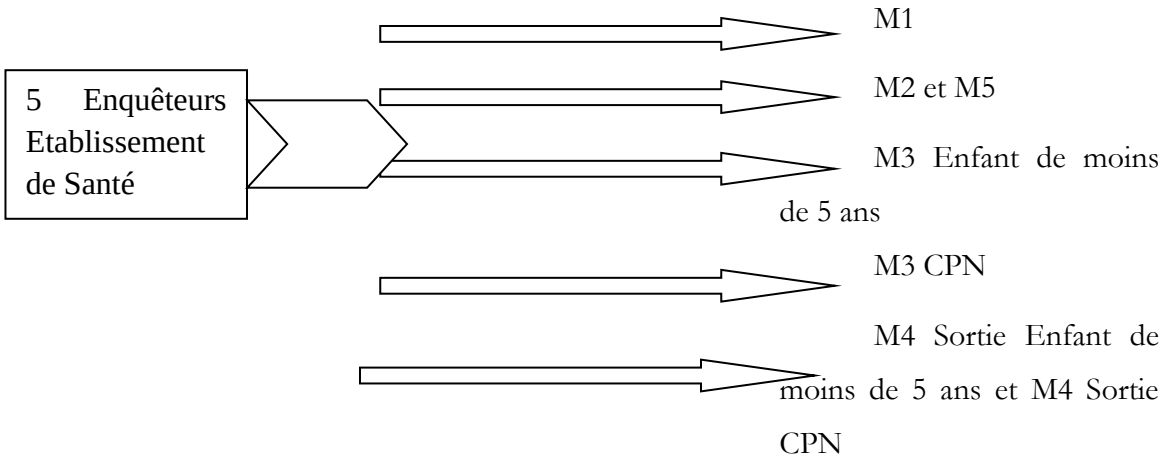


Tableau 1-3 : Nombre de de formation sanitaire par district, selon le type de structure[7]

		Type d'établissement :			
		1. EPS	2. Centre de santé	3. Poste de santé	Total
		Effectif	Effectif	Effectif	Effectif
District	11. KEDOUGOU	0	1	10	11
	12. SALEMATA	0	1	6	7
	13. SARAYA	0	1	9	10
	21. BOUNKILING	0	1	15	16
	22. GOUDOMP	0	1	12	13
	23. SEDHIOU	1	1	13	15
	31. BAKEL	0	1	18	19
	32. DIANKHE MAKHAN	0	1	5	6
	33. GOUDIRY	0	1	15	16
	34. KIDIRA	0	1	14	15
	35. KOUMPENTOUM	0	1	10	11
	36. MAKACOLIBANTANG	0	1	5	6
	37. TAMBACOUNDA	1	1	17	19
	41. BIGNONA	0	1	28	29
	42. DIOULOULOU	0	1	16	17
	43. OUSSOUYE	0	1	12	13
	44. THIONCKESSYL	0	1	12	13
	45. ZIGUINCHOR	1	1	27	29
	Total	3	18	244	265

[7] 267 structures sanitaires ont été visitées. Cependant, 2 comportent des informations sur M1A et pas sur M1B et 5 comportent des informations sur M1B et pas sur M1A

1.3.8 Enquête ménage

1.3.8.a Base de sondage

Le Ministère de l'Intérieur a réalisé un nouveau découpage du territoire du pays après le RGPH 2002. Le nombre de régions est passé à quatorze au lieu de onze dans le RGPH-2002. La base de données de l'enquête de base sur le financement basé sur la performance (EBFBR2015) est constituée du fichier informatique des Districts de Recensement (DR), des 4 régions d'étude (Tambacounda, Kédougou, Sédhiou, Ziguinchor), créés pour les besoins du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2012 par l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD).

Dans ce fichier, chaque DR apparaît avec les identifiants tels que la région, le département, commune/arrondissement, son code d'identification et sa taille en ménage ou population. Des cartes pour chaque DR ont été créées avec les limites de chaque DR clairement identifiables.

L'échantillon de l'EBFBR2015 est un échantillon aléatoire, stratifié à 2 degrés. L'unité primaire de sondage est le DR tel que défini pour le recensement en 2012. Chaque région est constituée d'un certain nombre de Districts, eux-mêmes constitués de communes et arrondissements, qui sont des collectivités locales (CLs), etc.

Chacune des 136 CL retenues dans cette étude forme une strate d'échantillonnage dans lequel l'échantillon a été tiré indépendamment. Avant le triage de DRs au premier degré, la base de sondage est triée selon la région, le District et la CL, formant des strates d'échantillonnage, soit au total 136 strates d'échantillonnage. La CL constituant l'assiette de découpage du territoire en DR, la liste des DRs des CLs retenues dans cette étude constitue la base de sondage.

1.3.8.b Procédure de tirage

Au premier degré, 2 DRs sont tirés dans chaque CL avec une probabilité proportionnelle à leur taille, c'est-à-dire le nombre de ménages résidents dans le DR. On obtient ainsi 272 DRs. Un dénombrement des ménages et une mise à jour de la carte de DR ont été effectués dans chaque DR sélectionné avant la collecte principale. En plus des questions régulièrement posées lors de l'opération de cartographie d'enquête (N° Concession, N° Ménage dans la concession, nom du chef de ménages, sexe, etc.,), une autre information sur l'éligibilité, c'est-à-dire l'existence dans le ménage d'une femme âgée de 15-35 ans et qui n'est pas enceinte au moment de l'enquête, a été collectée pendant cette opération de dénombrement des ménages. On a obtenu ainsi une liste de ménages éligibles à partir de la liste complète des ménages de chaque DR tiré. Cette liste de ménages éligibles a servi de base de sélection des ménages au deuxième degré de tirage.

Il convient de noter qu'avant le dénombrement des ménages, chaque DR ayant plus de 200 ménages a été subdivisé en **segments** dont un seul a été retenu dans l'échantillon. De même, les DR avec moins de 50 ménages ont été **fusionnés** pour former un DR de taille convenable.

Au second degré, dans chacun des DRs sélectionnés au premier degré, un nombre fixé de 15 ménages a été sélectionné avec un tirage systématique à probabilité égale, à partir des listes nouvellement établies au moment du dénombrement des ménages éligibles, c'est-à-dire les ménages comportant au moins une femme de 15-35 ans et non enceinte au moment de l'enquête.

1.3.8.c Responsabilité de tirage de ménages

Le tirage des ménages éligible a été effectué exclusivement par les contrôleurs de l'équipe. Les numéros de ménages tirés dans chaque DR ont été par la suite communiqués aux enquêteurs. Il leur a été demandé de n'enquêter que les ménages présélectionnés.

1.3.8.d Procédure de remplacement de ménages

Les remplacements de ménages présélectionnés et confiés à un enquêteur sont opérés uniquement par le contrôleur, après vérification de l'impossibilité de contacter le ménage tiré d'origine. Ce remplacement s'est fait à partir de la liste des ménages éligibles en utilisant le principe du plus proche voisin précédent ou suivant.

1.3.8.e Calcul des probabilités de tirage

La répartition de l'échantillon parmi les strates étant non proportionnelle et de plus, les taux de réponse à l'enquête pouvant être différents d'une strate à l'autre, des poids de sondage ont été utilisés dans toutes les analyses en utilisant les données d'EBFBR2015 pour assurer la représentativité actuelle de l'échantillon au niveau des zones d'étude (les quatre régions et les 136 Collectivités de ces quatre régions, retenue par choix raisonné) et des types de ménages enquêtés, c'est-à-dire les ménages comportant au moins une femme de 15-35 ans et non enceinte au moment de l'enquête.

Pour faciliter le calcul des poids de sondage, les probabilités de sondage pour chaque degré de tirage ont été calculées par Collectivité (strate) et pour chacun de DR (grappe).

Pour le $d^{ème}$ DR de la Collectivité c, les notations sont les suivantes :

P_{1cd} : probabilité de sondage au premier degré

P_{2cd} : probabilité de sondage au deuxième degré

Soient :

a_c le nombre de DR tirées dans la Collectivité c (2 DR)

M_d le nombre de ménages dans le DR d, (avant le dénombrement) et

t_{cdj} la taille estimée en proportion du segment j choisi pour le DR d de la Collectivité c.

Notons que t_{cdj} =1 si le DR n'a pas été segmenté et la somme des t_{cdj} est égale à 1.

La probabilité de sondage au premier degré du $d^{ème}$ DR de la Collectivité c, est donnée par:

$$P_{1cd} = \frac{a_c \times M_d}{\sum_d M_d} \times t_{cdj}$$

Au deuxième degré, un nombre b_{cd} de ménages éligibles a été tiré (15 ménages éligibles) à partir des L_{cd} ménages éligibles, nouvellement dénombrés par l'équipe de l'EBFBR2015 dans le $d^{ème}$ DR de la Collectivité c, lors de l'opération de dénombrement des ménages et mise à jour des cartes. Ces L_{cd} ménages éligibles sont ceux respectant les critères d'éligibilités parmi l'ensemble des ménages dénombrés dans le DR.

Donc :

$$P_{2cd} = \frac{b_{cd}}{L_{cd}}$$

La probabilité globale pour tirer un ménage dans DR d de la Collectivité c, est alors :

$$P_{cd} = P_{1cd} \times P_{2cd}$$

Le coefficient d'extrapolation ou d'expansion est l'inverse du produit des probabilités de sondage aux 2 degrés. Il est calculé pour chaque grappe selon la formule suivante:

$$W_{cd} = \frac{1}{P_{cd}}$$

Les poids de sondage ont été ajustés pour la correction de non-réponse au niveau de ménage et au niveau d'individu. Plusieurs ensembles de poids ont donc été calculés pour les ménages, pour les femmes de 15-35 ans et les enfants de moins de 5 ans.

Les poids de ménages ont été calculés à partir des poids de sondage (W_{cd}), avec la correction de non-réponses des ménages ;

Les poids pour les femmes enquêtées ont été calculés à partir des poids de ménages pour l'enquête femmes et avec la correction de non-réponse à l'enquête individuelle des femmes.

Les poids pour les enfants de moins de 5 ans enquêtés ont été calculés à partir des poids de ménages pour l'enquête enfant et avec la correction de non-réponse à l'enquête individuelle enfant.

Les poids finaux ont été normalisés au niveau de l'ensemble des quatre régions d'étude, pour que le nombre de cas pondérés soit égal au nombre de cas non pondérés, pour les ménages enquêtés, pour les femmes enquêtées et pour les enfants enquêtés respectivement.

1.4 COLLECTE NUMERIQUE DES DONNEES

1.4.1 Avantages de la collecte numérique

Pour cette étude, le Consortium IPDSR/CERASS a utilisé des tablettes pour effectuer la collecte de données sur le terrain. La collecte numérique par tablette présente plusieurs avantages :

1. Réduction des erreurs: les applications sont développées pour ressembler à des listes de contrôle, permettant à un observateur de cocher une case avec son doigt ou d'utiliser le clavier pour renseigner certaines informations. Ceci contribue à réduire les erreurs courantes de transmission de données, telles que les erreurs des saisies
2. Géo localisation: Les tablettes soutiennent le système de navigation par satellites (GPS), permettant d'être géo-localisé automatiquement avec une très grande précision. Cela permet de vérifier l'emplacement de l'agent pour le contrôle du bon déroulement de l'enquête, connecter les résultats à des endroits précis, et faciliter la visualisation des données sur les cartes.
3. Instructions: L'application guide les enquêteurs étape par étape sur le remplissage des données. Elle permet aussi d'inclure des instructions, des rappels et des conseils pour guider le travail des agents de collecte et assurer le contrôle pour une meilleure qualité.
4. Suivi de l'état du travail des agents sur le terrain, de la qualité et de l'exhaustivité des données collectées.
5. Renvoie des questionnaires pour modification ou rectification en cas manque d'informations, ou d'informations incohérentes ;
6. Le transfert d'un questionnaire d'un Agent A vers un vers B
7. Une productivité améliorée pour administration des enquêtes en réduisant considérablement les risques d'erreurs.
8. Une sécurisation des données grâce au stockage sur Tablettes et transferts réguliers sur le serveur.
9. La possibilité de saisir de nouvelles informations (impossible auparavant) :

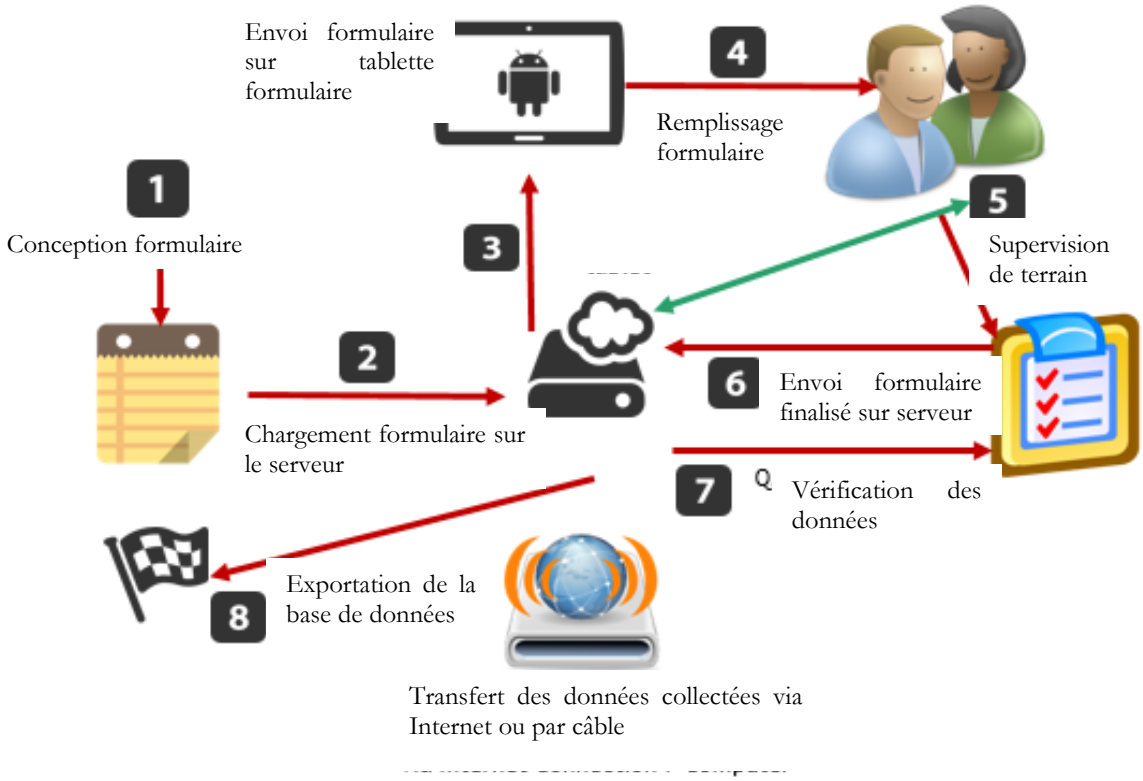
    - Photographie d'un lieu, d'une situation, d'un produit ;
    - Lecture d'un code-barres ou d'un QR-Code ;
    - Enregistrement audio d'une réponse ou d'un élément d'environnement ;
    - Capture vidéo / Signature du répondant.

Le management des données par le Consortium a bénéficié de l'appui technique de Real Time Analytics (RTA) qui a mis à notre disposition le RTA's Data Collection System dont le Smart Survey, développé à partir de ODK collector.

1.4.2 Présentation de l'application

1.4.2.a Architecture

Figure 1-5: Diagrammes du Flux IE (Répartition des Interventions/Programmes/Projets et Inscription)



1.4.2.b Déroulement

Durant la collecte, trois outils ont étés utilisé suivant la position de l'utilisateur:

Pour la supervision

- *Plateforme web*
  - Envoie de questionnaire vers tablette
  - Visualisation des données
  - Renvoie d'un questionnaire vers la même tablette
  - Transfert d'un questionnaire une autre tablette
  - Dialoguer avec une tablette
    - ✓ Notifications
    - ✓ Taches à faires
    - ✓ Contrôle de qualité/cohérence
    - ✓ Analyse des données

Pour les contrôleurs

- *Base manager*
  - Suivi de l'état d'avancement de la collecte
  - Renvoie de questionnaire vers une tablette
  - Renvoie de questionnaire vers une autre tablette

Pour les Agents enquêteurs

- Application de collecte (RTA Survey) fait avec ODK

ODK est une application permettant de collecter des données à l'aide d'appareils mobiles/tablette et de soumettre ces mêmes données sur un serveur en ligne, même sans connexion Internet ou couverture d'opérateur mobile au moment de la collecte des données.

L'application développée par RTA permettait de :

- Editer un formulaire ;
- Remplir un formulaire ;
- Editer un formulaire sauvegardé ;
- Envoi de formulaire finalisé vers le superviseur/Réception d'un questionnaire envoyé par le serveur.

Pendant le remplissage des formulaires, l'agent de collecte avait la possibilité de lister toutes les questions de tout le formulaire, d'accéder directement à une question à partir de la liste et de vérifier les questions non encore renseignées par l'enquêté, lesquelles étaient surlignées en jaune afin qu'une question ne soit pas oubliée par l'agent de collecte.

Pour les informations non encore renseignées, elles étaient en couleur jaune.

1.5 QUALITE DES DONNEES (TAUX DE REPONSE, AGE, SEXE, RATIO, PARITE, ETC) AU NIVEAU DE L'ENQUETE MENAGE

Sur les 4 062 ménages qui ont été dénombrés lors de l'enquête EBFBR2015, 4060 ont été trouvés et 4031 ont été enquêtés avec succès, ce qui donne un taux de réponse de 99,3%, pour les ménages. Au sein de ces ménages éligibles enquêtés, 6822 femmes éligibles âgées de 15 à 35 ans ont été identifiées dont 6097 enquêtées avec succès, soit un taux de réponse de 89,4% ou un taux global de 88,7% tenant compte du taux de nom réponse des ménages. Par ailleurs, 6181 enfants âgés de moins de cinq ans ont été dénombrés à partir du questionnaire-ménage. Parmi ceux-ci, les questionnaires ont été remplis avec succès pour 5689 enfants, soit un taux de réponse de 92,0% ou un taux global de 91,4% tenant compte du taux de nom réponse des ménages. (Tableau 1.6).

Dans l'ensemble, on note que les taux de réponse obtenus à partir de l'enquête EBFBR2015 sont satisfaisants, compte tenu des réticences observées pour des opérations similaires. Ces taux ont été plombés par des réticences particulièrement notées, pour ce qui est des ménages, dans le Département de Koumpentoum (95%). En ce qui concerne les femmes de 15-35 ans, c'est dans le Département de Salémata qu'on a observé un niveau élevé de réticence (75%). S'agissant des enfants de moins de cinq ans, c'est conséquemment encore dans les Département de Salémata et de de Koumpentoum, ainsi que dans celui de Bounkiling, que les taux de réponse sont les plus faibles (86%).

Il convient de relever que le plan d'échantillonnage utilisé dans cette étude surestime l'effectif des ménages avec présence féminine ainsi que l'effectif des femmes par rapport aux garçons notamment dans la tranche 13-35 ans.

Tableau 1-4: Ménage: Résultats interview ménage et individuel

Nombre de ménages, de femmes et d'enfant de moins de 5 ans Nombre de ménages, de femme et d'enfants de moins de 5 ans, et taux de réponse des ménages, femmes et enfants de moins de 5 ans, EBFBR-2014-2015, SENEGAL		Nombre de ménages tirés	Nombre de ménages occupés/ trouvés	Nombre de ménages interviewés	Taux de réponse Ménage	Nombre de femmes éligibles	Nombre de femmes interviewées	Taux de réponse Femme	Taux global de réponse	Nombre d'enfants de moins de cinq ans éligibles	Nombre d'enfants de moins de cinq ans éligibles	Taux de réponse Enfant	Taux global de réponse Enfant
Ensemble		4062	4060	4031	99,29	6822	6097	89,37	88,73	6181	5689	92,04	91,38
Région	1. KEDOUGOU	570	570	569	99,83	818	733	89,40	89,28	770	712	92,32	92,19
	2. SEDHIOU	1169	1169	1168	99,92	1987	1755	88,74	88,67	1892	1732	92,28	92,21
	3. TAMBACOUNDA	1384	1382	1357	98,21	2367	2147	91,02	89,42	2497	2313	92,88	91,28
	4. ZIGUINCHOR	939	939	937	99,80	1650	1462	88,73	88,57	1022	932	91,67	91,49
Département	11. KEDOUGOU	210	210	210	100,00	336	318	94,94	94,94	305	280	91,97	91,97
	12. SALEMATA	180	180	179	99,47	237	178	75,25	74,88	211	184	87,07	86,67
	13. SARAYA	180	180	180	100,00	245	237	96,84	96,84	254	248	97,69	97,69
	21. BOUNKILING	300	300	300	100,00	597	523	88,12	88,12	585	507	87,61	87,61
	22. GOUDOMP	450	450	449	99,79	782	705	90,77	90,59	748	708	94,94	94,74
	23. SEDHIOU	419	419	419	100,00	608	527	86,99	86,99	559	517	92,73	92,73
	31. BAKEL	360	360	354	98,30	607	557	91,90	90,28	594	564	95,16	93,53
	33. GOUDIRY	452	452	450	99,55	736	688	93,75	93,33	784	737	94,03	93,61
	35. KOUMPENTOUM	300	299	286	95,68	536	465	87,14	83,36	592	533	90,18	86,41
	37. TAMBACOUNDA	272	271	267	98,64	488	437	89,60	88,46	527	479	90,99	89,81
	41. BIGNONA	550	550	549	99,82	1009	900	88,86	88,69	646	584	91,12	90,95
	43. OUSSOUYE	150	150	150	100,00	242	222	92,13	92,13	141	132	93,56	93,56
	45. ZIGUINCHOR	239	239	238	99,63	399	340	86,01	85,72	235	216	91,61	91,30
Rural		3162	3160	3139	99,35	5215	4657	89,11	88,54	5033	4623	91,72	91,13
Urbain		900	900	892	99,15	1607	1440	89,71	88,96	1148	1066	93,36	92,58
Ensemble		4062	4060	4031	99,29	6822	6097	89,37	88,73	6181	5689	92,04	91,38

1.6 DIFFICULTES RENCONTREES ET RECOMMANDATIONS

1.6.1 Difficultés rencontrées

Comme dans tout projet, nous avons fait face à plusieurs défis et difficultés que nous pouvons classer en cinq (05) catégories.

Il nous a semblé plus judicieux, dans un souci participatif, de partager les défis relevés par les enquêteurs, principaux acteurs de cette enquête, ainsi que leurs suggestions d'amélioration pour les enquêtes futures. Ces défis et recommandations peuvent pour la plupart être capitalisés pour les projets futurs :

❖ *Par rapport à l'administration du questionnaire*

- Quelques difficultés ont été notées dans l'attribution des identifiants des patient(e)s rattachés aux prestataires les ayant reçus, aussi bien en observation directe qu'en sortie. De même au niveau des ménages, quelques confusions d'identifiants ont été notées. Compte tenu de ce que la lenteur du serveur nous a contraint à lever le contrôle avant enregistrement des observations, les doublons n'ont pas été repérés préalablement et ceci a occasionné une surcroit de travail pendant la phase de collecte et lors de l'apurement, afin d'améliorer la qualité des données.
- Plusieurs agents de santé avaient du mal à comprendre certaines questions.
- La longueur du questionnaire a été un frein considérable dans l'administration du questionnaire. Les agents de santé toujours très occupés n'avaient pas assez de temps à consacrer aux enquêteurs pour l'administration du questionnaire. Par conséquent, ceux-ci se trouvaient très souvent dans l'obligation soit d'écourter l'entretien, soit de le suspendre (et ceci parfois plusieurs fois) ; ce qui causait des pertes énormes de temps
- Le module M2 a été dans certains cas très difficile à administrer car certaines questions semblaient être indiscrètes ou mal posées du point de vue de certains agents de santé. C'est le cas par exemple des questions 3.1, 6.4, 8.2. Par exemple, ils auraient par exemple souhaité voir scindée l'appréciation de l'équipe cadre de district et de région.
- L'absence de l'Infirmier Chef de Poste dans certains postes a aussi posé un problème car les agents trouvés sur place (ASC, Dépositaire, matrones) n'avaient pas le profil adéquat pour répondre aux questions.
- Un autre problème majeur à ce niveau a été le dépouillement des rapports. Ceux-ci étaient dans la plupart des cas mal rangés, ce qui causait des pertes de temps énormes pour les trier et les exploiter. Aussi, dans certains postes, certains rapports étaient mal renseignés ou même inexistants.
- La faible affluence des populations dans les services de santé a rendu la collecte d'informations difficiles notamment pour les modules comme sortie CPN ou encore sortie enfant. Les populations préfèrent se soigner de manière traditionnelle ou préfèrent se rendre dans d'autres structures de santé où les coûts seraient plus

abordables. C'est le cas par exemple du Poste de santé de Dialocounda dans le département de Bounkiling où les populations préfèrent aller en Gambie où ils estiment que les tickets et les médicaments sont moins chers qu'au Sénégal, disent-ils.

❖ *Par rapport à l'accueil dans les structures de santé*

Le problème majeur à ce niveau a été le manque de communication et d'information. Dans la plupart des structures de santé, les responsables déclaraient n'avoir été informés ni de la tenue de l'enquête, ni de la venue des enquêteurs, malgré la sensibilisation faite au niveau de la région et quelques fois du district, par manque de temps. Par conséquent, certains médecins chef de district ou Infirmiers chef de poste avaient parfois du mal à accepter que les enquêteurs entrent dans leurs locaux pour conduire l'enquête. Dans certains cas, les responsables ont même catégoriquement refusé d'accueillir les enquêteurs et les ont renvoyés.

❖ *Par rapport à la logistique*

Certains véhicules ont eu quelques pannes durant le projet, heureusement ils ont été régulièrement remis en état de marche dans les délais fixés par leur contrat.

❖ *Par rapport à l'utilisation des tablettes*

- Le chargement, l'ouverture et l'enregistrement des formulaires étaient très lents.
- Il y a eu des problèmes avec l'enregistrement des formulaires car plusieurs fois les enquêteurs ont déclaré ne plus voir des formulaires sur leur tablette après les avoir enregistré. Ceci a causé la perte de certains formulaires qu'il fallait reprendre.

❖ *Par rapport à tout autre point :*

- Certains chefs d'équipe n'étaient pas à la hauteur de l'avis de certains enquêteurs.
- Les enquêteurs ont rencontré certains problèmes d'insécurité notamment à DIACOUNDA (BOUNKILING) lorsque les rebelles sont arrivés à l'imprévu pour demander des justifications à leur présence.
- Les distances pour se rendre dans les structures de santé étaient très longues dans la région de Tambacounda et Kédougou.
- Les distances étaient parfois très longues pour couvrir certains DR qui couvraient plusieurs hameaux.

1.6.2 Recommandations

❖ *Par rapport à l'administration du questionnaire*

- S'agissant des problèmes d'identifiants :
  - Au niveau des formations sanitaires :
    - Le questionnaire en sortie devra rattacher l'identifiant de la structure et du prestataire à l'identifiant de la patiente en sortie
    - Le contrôle des ID doit être maintenu afin de signaler la saisie des ID en double
    - Bien insister et veiller à ce que chaque enquêteur utilise le même ID pour un prestataire ou patient aussi bien en observation directe qu'en sortie. L'ID du prestataire étant attribué depuis le questionnaire prestataire
  - Au niveau du ménage :
    - Le contrôle des ID des DR et des ménages doit être maintenu afin de signaler la saisie des ID en double
    - Bien insister et veiller à ce que le numéro de DR inscrit sur les cartes des DR soit identique à celui programmé dans la tablette
    - Bien insister et s'assurer que chaque enquêteur a noté dans son bloc-notes et sait pertinemment, avant la descente sur le terrain, le numéro de la DR dans lequel son «équipe va travailler.
    - Bien insister et s'assurer que chaque enquêteur a noté dans son bloc-notes et sait pertinemment, après dénombrement de la DR, les numéros des ménages dans lesquels il va travailler.
    -
- La longueur du questionnaire doit être revue à la baisse.
- Le personnel soignant de terrain devrait contribuer à l'élaboration des outils afin de mieux les contextualiser par rapport aux réalités qu'ils côtoient. Ce sera plus participatif et évitera les idées du genre « les questions sont mal posées ».
- Certains responsables étaient furieux vis-à-vis du Ministère. Le Ministère devrait essayer de satisfaire certaines de leurs doléances pour faciliter la coopération (paiement des indemnités, salaire, recrutement dans la fonction publique pour la sécurité de l'emploi ou tout au moins pour soulager certains ICP surchargés, rembourser à temps les médicaments de CMU, etc.).

❖ *Par rapport à l'accueil dans les structures*

- A l'avenir, il faudrait s'assurer que tous les responsables des structures sanitaires et même les autorités administratives soient informés de la tenue de l'enquête. Il serait d'ailleurs préférable que ce soit le Ministère de la santé lui-même qui envoie directement des lettres de sensibilisation et s'assure de la réception de ces lettres par les MCR, MCD et ICP. De cette manière, les ICP ne se plaindront pas qu'ils n'ont pas été informés.

- Il conviendrait de faire la sensibilisation dans toutes les régions au même moment, au lieu de le faire séquentiellement.

❖ *Par rapport l'utilisation des tablettes*

- A l'avenir, il serait souhaitable que toutes les fonctionnalités de la tablette soient à jour et opérationnelles avant le début de l'enquête.
- Permettre aux contrôleurs d'avoir localement les données des agents sous son contrôle afin de procéder régulièrement à leur vérification
- Le contrôle de doublon doit être systématiquement vérifié avant chargement sur le serveur
- Créer un serveur local en plus du serveur central compte tenu des difficultés de couverture exhaustive des zones par réseau internet

❖ *Par rapport à tout autre point*

- La sélection des enquêteurs devrait être davantage rigoureuse pour assurer un travail de qualité
- Concernant la collecte des données, il serait mieux de suivre les statistiques au jour le jour pour savoir si les objectifs sont atteints ou pas avant de quitter les lieux.
- A l'avenir, il serait souhaitable d'avoir systématiquement des guides pour éviter de faire des trajets trop longs et inutiles.
- L'agenda doit tenir compte des jours de 'louma' c'est-à-dire marche hebdomadaire et des jours où l'on fait les consultations pré natales et les stratégies avancées parce qu'il y a des postes de sante où les CPN sont mensuelles.

CHAPITRE 2 PROFIL DÉMOGRAPHIQUE, SOCIO-ÉCONOMIQUE ET CULTUREL DE LA POPULATION

INTRODUCTION

De nombreuses approches ont été élaborées, permettant de mieux cerner les groupes d'individus, tant sur le plan démographique, social, économique, culturel, politique, qu'en matière de consommation et plus particulièrement de consommation de services de santé.

Cette approche est devenue habituelle chez les chercheurs et les sociologues pour analyser les attitudes, les opinions et les comportements des consommateurs de service. Il est vrai que de nombreuses modifications sont intervenues dans le mode de vie des populations au cours des dernières décennies, caractérisées par l'émergence du concept de mondialisation, des nouvelles technologies, l'individualisation grandissante.

Les nouvelles relations familiales (familles éclatées, recomposées), les nouvelles conditions de travail (mobilité géographique, flexibilité,…) et l'évolution des conditions de vie participent à la construction d'individus aux parcours ponctués d'étapes, de situations qui, par choix ou par obligation, vont bouleverser leur état physique et psychologique[8], et aider à isoler des caractéristiques permettant d'obtenir des segments plus homogènes en termes de comportements de consommation.

Les besoins qui en découlent et les comportements afférents seront dès lors très spécifiques à chacun par rapport à leur étape ou situation de vie.

L'objet de ce chapitre est donc de présenter ces caractéristiques pertinentes qui permettent de discriminer au mieux les comportements des populations des zones visitées du Sénégal, dans l'interprétation des facteurs qui affectent les niveaux et les tendances de certains phénomènes socio démographiques et économiques tels la santé, la fécondité, la nuptialité et la mortalité, l'emploi, l'éducation, etc.

Parmi les facteurs sociodémographiques et économiques les plus utilisés dans les études de comportement, on peut citer l'âge, le sexe, le type d'habitat, la taille et la composition de la famille, l'activité professionnelle, le niveau d'instruction et le revenu.

Ces critères qui sont utilisés dans ce chapitre pour caractériser ou définir un même aspect de l'individu ont été regroupés de manière suivante :

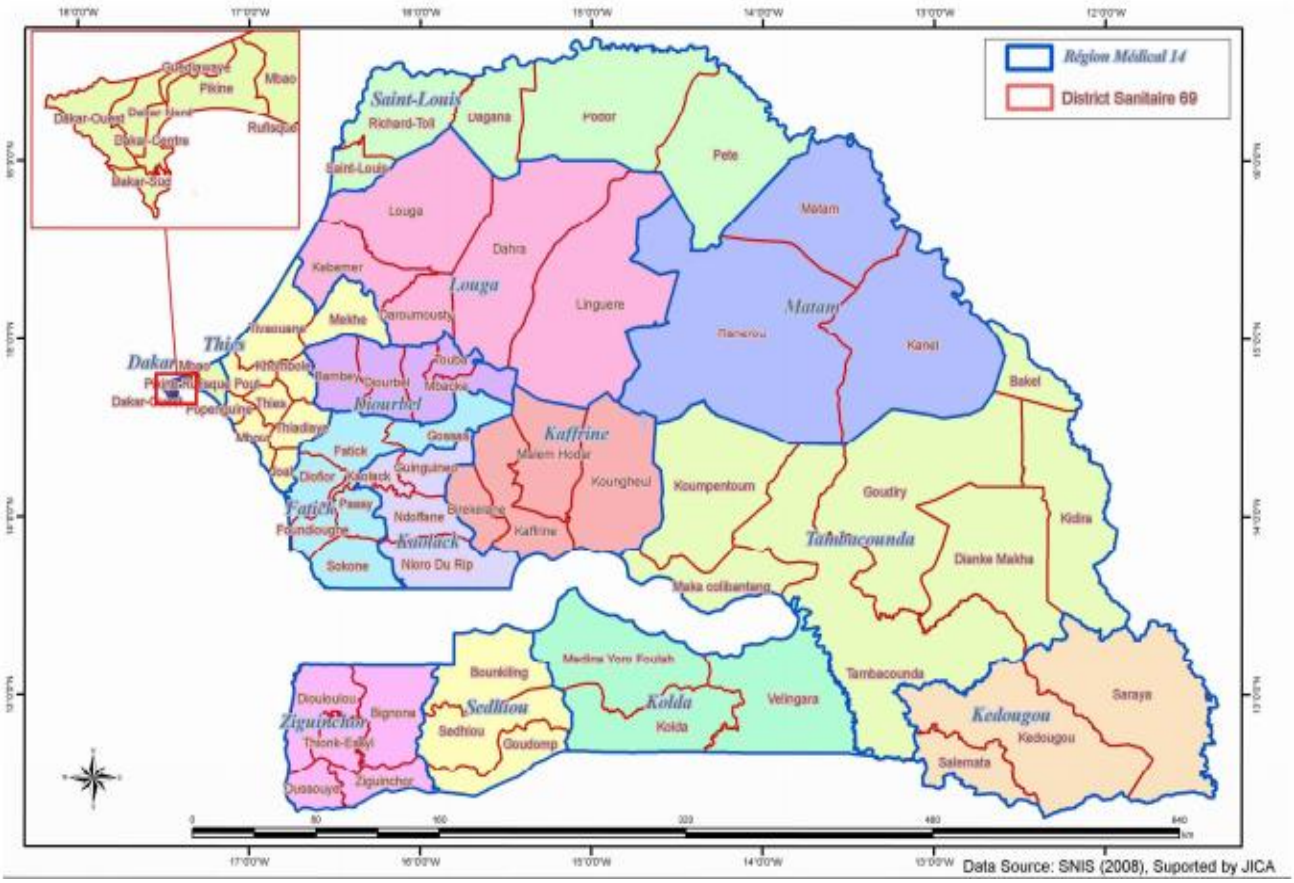
- les critères sociodémographiques ;
- les critères socio-économiques ;

[8] Anne-Delphine BROUSSEAU et al, « Opinions et comportements des consommateurs : un nouvel indicateur « situations de vie », Cahier de recherche N° 188, Octobre 2003

- les critères socioculturels.

2.1 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION

Figure 2-1: Carte du Sénégal



2.1.1 Répartition spatiale et caractéristiques de l'habitat

Les variables géographiques sont importantes car elles déterminent les besoins, ne serait-ce qu'en raison de certaines particularités propres à chacune des régions. Elles permettent aux décideurs en charge de l'offre de service de santé, d'apprécier les contraintes auxquelles peuvent être confrontées les populations dans l'utilisation des services (climat, route, déplacement, les distances, bref les conditions d'accès géographiques). Le comportement des populations est différent selon qu'elles habitent en urbain ou à la campagne, dans un appartement, une villa, ou un taudis, en montagne ou sur terrain plat, en zones enclavées ou non, etc.

Une exploitation de la répartition spatiale de la population enquêtée dans les quatre régions du sud du Sénégal (tableau 2.1) indique que les populations de Tambacounda et Sédhiou sont les plus représentées avec chacune des régions comptant pour un tiers. Les populations de Kédougou sont les moins représentées (un peu moins de deux personnes sur cinq).

Il ressort également que bien que ces quatre régions soient très ruralisées, les populations de la région de Sédhiou semblent issues beaucoup plus des zones urbaines que rurales. Notons que ceci est en partie dû à la légère surreprésentation des Districts de recensements (DR) dans cette région, notamment dans la partie urbaine de Bounkiling, en remplacement de certains DR inaccessibles.

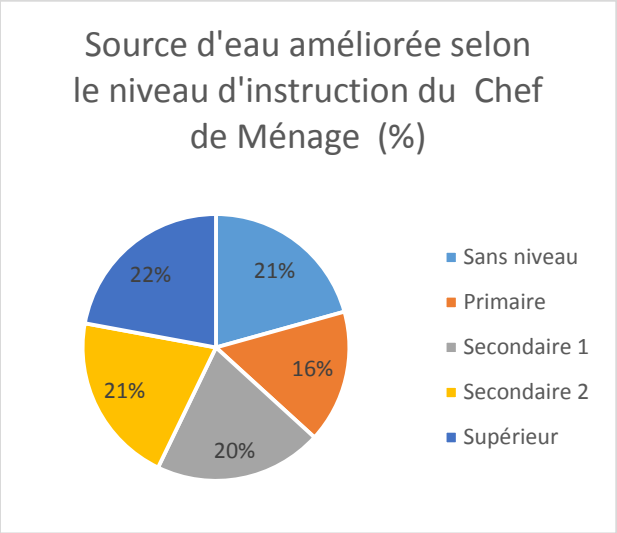
Tableau 2-1: Répartition spatiale de la population

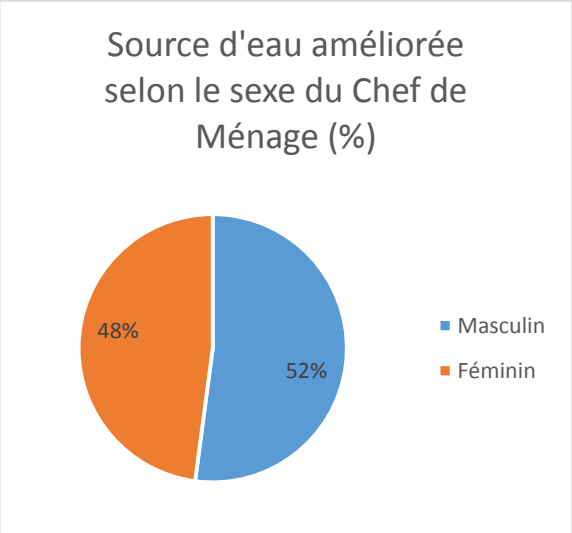
	Total		Rural		urbain	
	Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
KEDOUGOU	5226	15,4	4576	17,5	650	8,4
SEDHIOU	10612	31,3	6816	26,1	3796	48,8
TAMBACOUNDA	11844	35,0	9307	35,7	2537	32,6
ZIGUINCHOR	6194	18,3	5392	20,7	802	10,3
Total	33876	100,0	26091	100,0	7785	100,0

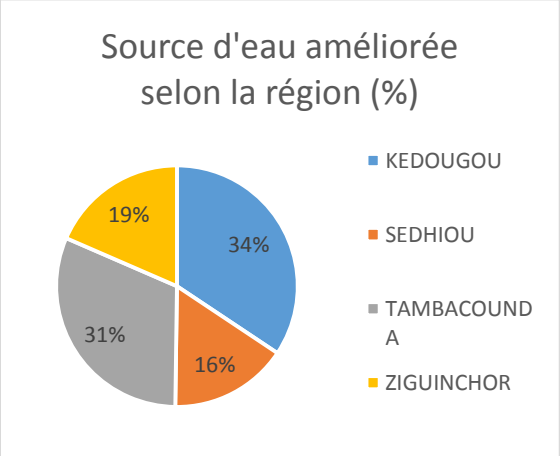
S'agissant de l'accès à l'eau de boisson, il ressort du graphique 2.1 que par rapport à la moyenne nationale de 76% de ménages (EDS 2012-2013) qui ont accès à une source d'eau dite améliorée (Robinet dans le logement, Robinet dans la cour, Robinet public, Puits à pompe ou forage, Puits protégés et Source protégée), Kédougou et Tambacounda semblent mieux lotis (respectivement 77,5 et 70,6%), contrairement à Sédhiou et Ziguinchor (respectivement 35,8 et 41,7%). En dehors du milieu de résidence, les autres critères tels que le niveau d'instruction du Chef de ménage et son sexe ne semblent pas discriminer suffisamment l'accès à l'eau de boisson.

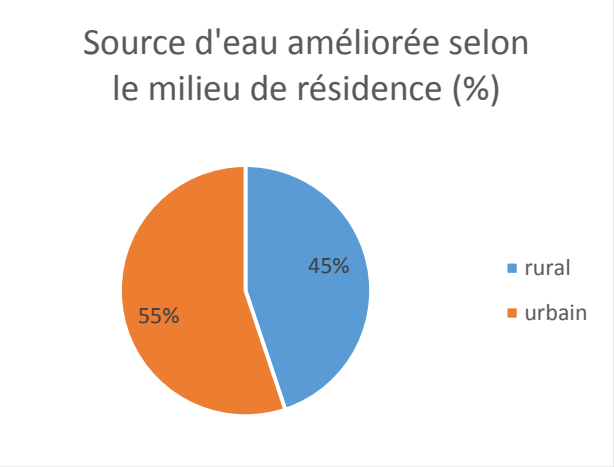
Le détail de différentes sources d'approvisionnement se trouve au tableau 2.A1 en annexe.

Graphique 2-1 : Source d'eau améliorée selon la région, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le sexe (%)


Source d'eau améliorée selon le niveau d'instruction du Chef de Ménage (%)
21%
16%
20%
21%
22%
Sans niveau
Primaire
Secondaire 1
Secondaire 2
Supérieur


Source d'eau améliorée selon le sexe du Chef de Ménage (%)
52%
48%
Masculin
Féminin


Source d'eau améliorée selon la région (%)
34%
16%
31%
19%
KEDOUGOU
SEDHIOU
TAMBACOUNDA
ZIGUINCHOR


Source d'eau améliorée selon le milieu de résidence (%)
45%
55%
rural
urbain

Pour rendre cette eau potable, l'utilisation de l'eau de javel ou du linge sont les deux méthodes essentiellement citées comme l'indique le tableau 2.2. Ce sont les méthodes considérées comme appropriées en plus du filtrage et de la désinfection par panneau solaire. Ces deux méthodes sont également les plus abordables pour les populations de ces zones, au regard de leur pouvoir d'achat, On note cependant une nuance pour Tambacounda dont les fréquences d'utilisation sont les plus faibles des quatre régions. Toutes les autres méthodes telles que faire bouillir de l'eau, utiliser un filtre normal ou un désinfectant solaire sont des méthodes très résiduelles. On relève également du tableau 2.2 qu'un ménage sur trois n'utilise aucune méthode pour rendre l'eau potable. Il est assez préoccupant de remarquer que ces pourcentages de ménages n'utilisant aucune méthode sont encore plus faibles dans les régions de Kédougou et Tambacounda (respectivement 30 et 50%) même si elles ne sont pas les régions où les pourcentages de ménages ayant accès à l'eau de boisson potable sont les plus faibles. En effet, dans ces deux régions, certaines populations estiment ne pas avoir besoin de filtrer l'eau car elle leur paraît assez propre. D'autres disent n'avoir pas toujours le temps de la filtrer à chaque fois, et préfèrent la laisser telle quelle, bien qu'ils soient conscients de risques de maladies auxquelles elles s'exposent.

Tableau 2-2 : Moyens utilisés pour rentre l'eau potable selon la Région, le milieu et sexe du CM (%)

	faire bouillir	eau de javel	filtre linge	filtre normal	désinfection solaire	Laisser reposer	Autre	Aucun
KEDOUGOU	.0	40.4	50.1	.0	.0	.4	.2	29.1
SEDHIOU	.3	38.5	63.6	.3	.0	.3	4.3	16.9
TAMBACOUNDA	.1	13.3	38.0	.3	.0	.4	1.8	49.5
ZIGUINCHOR	.0	42.4	73.7	.2	.0	.9	2.2	15.4
Rural	.1	29.8	55.9	.2	.0	.4	2.4	29.2
Urbain	.6	48.7	52.5	.5	.0	.7	1.8	23.3
Sans niveau	.2	27.0	53.3	.2	.0	.4	2.2	32.2
Primaire	.0	44.9	70.1	1.4	.0	2.4	3.1	16.3
Secondaire 1	.0	44.3	59.8	.0	.0	.6	2.8	20.8
Secondaire 2	.0	50.7	62.8	.0	.0	1.5	.5	13.5
Supérieur	.0	54.7	59.2	1.7	.0	.0	2.9	10.8
NSP	.0	37.9	56.3	.0	.0	.0	4.2	30.4
Masculin	.2	31.1	55.3	.2	.0	.4	2.3	29.3
Féminin	.1	39.9	56.0	.4	.0	.6	2.6	23.9
Total	.1	32.6	55.4	.2	.0	.5	2.3	28.4

Le tableau 2.3 indique que l'approvisionnement du ménage en eau de boisson est une tâche essentiellement à la charge de la femme adulte de plus de 15 ans et ce, quels que soient le sexe ou le niveau d'instruction du chef de ménage, la région ou le milieu de résidence du ménage (plus de 94%). Dans certains ménages, l'on justifie la féminisation de cette tâche par le fait que c'est la femme qui est responsable de tâches ménagères de la maison. Ainsi, étant donné que l'eau est utilisée pour pratiquement toutes ces tâches (vaisselle, lessive, ménage, préparation des repas etc.), c'est à elle que revient cette responsabilité.

Tableau 2-3 : Personne en charge d'approvisionner le ménage en eau selon la région, le milieu et sexe du CM

	Femme adulte (15 ou plus)	Homme adulte (15 ans ou plus)	Jeune fille (Moins de 15 ans)	Jeune garçon (Moins de 15 ans)	NSP	NRP	TOTAL	
KEDOUGOU	98,9	0,6	0,0	0,5	0,0	0,0	100,0%	486
SEDHIOU	99,5	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0	100,0%	871
TAMBACOUNDA	94,0	2,7	1,7	0,2	0,0	1,5	100,0%	1010
ZIGUINCHOR	98,4	1,4	0,0	0,2	0,0	0,0	100,0%	531
rural	97,6	1,1	0,4	0,2	0,0	0,6	100,0%	2528
urbain	95,6	2,8	1,6	0,0	0,0	0,0	100,0%	374
Sans niveau	97,4	1,2	0,5	0,2	0,0	0,7	100,0%	2105
Primaire	99,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0%	72
Secondaire 1	97,6	1,6	0,7	0,2	0,0	0,0	100,0%	402
Secondaire 2	94,4	1,7	3,2	0,7	0,0	0,0	100,0%	115
Supérieur	97,4	2,3	0,2	0,0	0,0	0,0	100,0%	112
NSP	98,4	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0%	96
Masculin	97,2	1,4	0,6	0,2	0,0	0,6	100,0%	2458
Féminin	98,4	1,0	0,6	0,0	0,0	0,0	100,0%	440
Total	97,4	1,4	0,6	0,2	0,0	0,5	100,0%	2898

Le tableau 2.4 révèle comme il fallait s'y attendre, que les 4 régions ne sont pas bien loties en ce qui concerne l'accès aux toilettes dites améliorées. On passe de 14,5% à Kédougou à 23,6% à Ziguinchor. Toutefois, le cas de Kédougou et dans une moindre mesure Ziguinchor semble plus préoccupant dans la mesure où respectivement 35,6 et 15,3% des ménages de ces régions n'ont pas de toilettes ou défèquent dans la nature ; ce qui les exposent aux maladies, notamment les maladies diarrhéiques et autres. La situation semble s'améliorer avec l'urbanisation et le niveau d'instruction du chef de ménage. Signalons que la moyenne nationale pour l'accès aux toilettes améliorées est autour de 39%.

Tableau 2-4 : Types de toilettes utilisés par les ménages selon la région, le milieu et sexe du CM

.....	Avec Chasse	Fosse/Latrine amélioré/ventilée	Fosse/Latrine Toilette avec fosse sans chaise	Autres traditionnels	Pas de toilette/ Nature	Autre/ NRP	TOTAL	
KEDOUGOU	0,0	0,1	14,4	48,0	35,6	1,9	100,0%	570
SEDHIOU	1,3	2,4	12,9	78,3	4,4	0,7	100,0%	1169
TAMBACOUNDA	6,0	2,6	14,1	61,5	15,3	0,5	100,0%	1377
ZIGUINCHOR	1,9	1,0	20,7	72,6	3,3	0,5	100,0%	939
rural	1,8	1,1	12,3	67,6	16,3	1,0	100,0%	3159
urbain	5,6	4,0	24,3	60,7	5,0	0,4	100,0%	903
Sans niveau	2,5	1,5	12,5	66,4	16,2	0,9	100,0%	2755
Primaire	3,5	1,7	11,9	62,8	20,1	0,0	100,0%	99
Secondaire 1	2,7	1,8	17,3	66,7	10,4	1,1	100,0%	613
Secondaire 2	0,7	4,3	22,8	66,7	5,1	0,4	100,0%	203
Supérieur	4,9	2,7	36,3	55,4	0,7	0,0	100,0%	233
NSP	6,3	1,4	13,7	72,1	6,5	0,0	100,0%	159
Masculin	2,4	1,8	13,9	67,1	14,0	0,8	100,0%	3343
Féminin	4,2	1,3	20,3	60,9	12,2	1,1	100,0%	712
Total	2,7	1,7	15,1	66,0	13,7	0,8	100,0%	4055

Le tableau 2.5 indique que plus de 9 ménages sur 10 utilisent le bois ou, dans une faible proportion, charbon de bois pour cuisiner et ce quelles que soient les caractéristiques du chef de ménage. Les prix de l'électricité sont hors de portée de ces populations pauvres. Celui du gaz, même subventionné, reste cher au regard du pouvoir d'achat des populations.

Tableau 2-5 : Types de combustibles utilisés par les ménages selon la région, le milieu et sexe du CM

	Electricité	Gaz en bouteille	Charbon de bois	Bois à bruler, paille	Bouse	TOTAL	
KEDOUGOU	0,5	0,0	2,1	97,4	0,0	100,0%	570
SEDHIOU	0,2	0,4	5,9	93,5	0,0	100,0%	1169
TAMBACOUNDA	0,2	0,6	11,8	87,2	0,1	100,0%	1377
ZIGUINCHOR	0,5	0,9	7,5	91,1	0,0	100,0%	939
Rural	0,2	0,1	4,5	95,1	0,1	100,0%	3159
Urbain	0,9	1,6	17,2	80,4	0,0	100,0%	903

Sans niveau	0,2	0,1	6,4	93,2	0,1	100,0%	2755
Primaire	0,0	0,0	5,6	94,4	0,0	100,0%	99
Secondaire 1	0,2	0,5	5,5	93,8	0,0	100,0%	613
Secondaire 2	1,4	0,9	8,6	89,1	0,0	100,0%	203
Supérieur	0,8	3,0	24,8	71,4	0,0	100,0%	233
NSP	2,2	3,0	9,1	85,8	0,0	100,0%	3343
Masculin	0,4	0,4	7,4	91,8	0,1	100,0%	712
Féminin	0,1	0,7	7,7	91,5	0,0	100,0%	4055
Total	0,3	0,5	7,4	91,7	0,0	100,0%	3343

Le tableau 2.6 indique que la source d'éclairage semble très discriminante. Les deux régions de Sédhiou et de Ziguinchor tournent autour de un ménage sur deux qui s'éclaire à l'électricité. En revanche à Kédougou et à Tambacounda, le pourcentage tourne autour de un ménage sur cinq. La discrimination est également observée au niveau du milieu de résidence et de l'instruction du chef de ménage.

Tableau 2-6 : Sources d'éclairage utilisées par les ménages selon la région, le milieu et sexe du CM

	Electricité	Lampe torche/tempête/artisanal	Bougie	Bois	Autre/ NRP	TOTAL	
KEDOUGOU	19,6	77,4	0,2	1,4	1,5	100,0%	570
SEDHIOU	39,9	55,8	2,5	0,0	1,8	100,0%	1169
TAMBACOUNDA	17,9	79,8	1,1	0,1	1,0	100,0%	1377
ZIGUINCHOR	51,7	42,9	4,5	0,0	1,0	100,0%	939
rural	23,0	73,7	1,6	0,4	1,2	100,0%	3159
urbain	57,8	37,4	3,1	0,0	1,7	100,0%	903
Sans niveau	24,9	71,9	1,7	0,4	1,1	100,0%	2755
Primaire	31,0	61,9	4,1	0,0	3,0	100,0%	99
Secondaire 1	39,4	55,9	2,8	0,0	1,8	100,0%	613
Secondaire 2	43,5	51,4	2,2	0,0	2,8	100,0%	203
Supérieur	65,4	31,5	1,8	0,0	1,3	100,0%	233
NSP	45,9	51,9	2,2	0,0	0,0	100,0%	159
Masculin	29,7	67,1	1,7	0,1	1,5	100,0%	3343
Féminin	37,7	57,3	3,5	1,0	0,6	100,0%	712
Total	31,1	65,3	2,0	0,3	1,3	100,0%	4055

Le tableau 2.7 indique que plus d'un ménage sur deux dans les régions d'étude ont un sol en terre ou bois. On observe une dichotomie plus accentuée lorsqu'il s'agit du milieu de résidence car tandis qu'un peu plus de 3 ménages sur 5 en milieu rural ont un sol en terre/bois, on enregistre à peu près la même proportion en milieu urbain avec le sol en ciment/carreaux.

Tableau 2-7 : Principal matériau du sol utilisé par les ménages selon la région, le milieu et sexe du CM

	Terre/bois	ciment/carreaux	Autre/NRP	TOTAL	
KEDOUGOU	69,8	27,9	2,3	100,0%	570
SEDHIOU	59,6	40,2	0,1	100,0%	1169
TAMBACOUNDA	65,0	31,6	3,3	100,0%	1377
ZIGUINCHOR	58,2	41,6	0,2	100,0%	939
rural	70,1	28,3	1,6	100,0%	3159
urbain	39,7	58,5	1,8	100,0%	903
Sans niveau	66,7	31,5	1,8	100,0%	2755
Primaire	61,4	38,6	0,0	100,0%	99
Secondaire 1	60,4	37,9	1,7	100,0%	613
Secondaire 2	56,6	43,1	0,3	100,0%	203
Supérieur	37,2	62,7	0,1	100,0%	233
NSP	53,7	43,9	2,4	100,0%	159
Masculin	64,8	33,5	1,8	100,0%	3343
Féminin	55,0	44,1	0,9	100,0%	712
Total	63,1	35,3	1,6	100,0%	4055

Le tableau 2.8 indique qu'un peu plus de 9 ménages sur 10 ont un toit en Tôle/ciment à Sédhiou et Ziguinchor, contrairement à Kédougou ou Tambacounda où respectivement, un peu plus d'un ménage sur deux ou quatre ménages sur dix ont un toit en chaume/planche. Dans les régions de Tambacounda et Kédougou, les conditions de vie des populations sont relativement moins élevés par rapport à celles des populations de Sédhiou et Ziguinchor ; raison pour laquelle il peut être observé cette discrimination concernant les caractéristiques des logements

Tableau 2-8 : Principal matériau du toit utilisé par les ménages selon la région, le milieu et sexe du CM

	Chaume/planches	Tôle/ciment	Autre/ND	TOTAL	
KEDOUGOU	55,1	23,3	21,6	100,0%	570
SEDHIOU	9,8	87,9	2,3	100,0%	1169
TAMBACOUNDA	38,3	41,1	20,6	100,0%	1377
ZIGUINCHOR	4,0	95,4	0,6	100,0%	939
rural	30,7	55,7	13,6	100,0%	3159
urbain	13,2	81,7	5,1	100,0%	903
Sans niveau	30,7	55,9	13,5	100,0%	2755
Primaire	20,3	70,8	8,9	100,0%	99
Secondaire 1	22,2	68,9	8,9	100,0%	613
Secondaire 2	16,7	78,9	4,4	100,0%	203
Supérieur	10,1	87,0	2,9	100,0%	233
NSP	10,3	77,7	11,9	100,0%	159
Masculin	27,9	59,2	12,9	100,0%	3343
Féminin	20,4	73,8	5,8	100,0%	712
Total	26,6	61,8	11,6	100,0%	4055

Le tableau 2.9 indique qu'environ trois-quarts des ménages des régions d'étude ont les murs de leurs maisons en matériaux provisoires. La situation semble légèrement confortable à Sédhiou et à Tambacounda avec environ trois ménages sur cinq disposants des maisons avec les murs en ciment ou autres matériaux définitifs. Le milieu de résidence et le niveau d'instruction du chef de ménage discriminent cette caractéristique, à l'avantage des plus instruits ou de ceux vivant en milieu urbain.

Tableau 2-9 : Principal matériau des murs utilisé par les ménages selon la région, le milieu et sexe du CM

	Bambou/ et autre provisoires	Ciment autre définitif	Autre/NRP	TOTAL	
KEDOUGOU	60,3	14,3	25,4	100,0%	570
SEDHIOU	63,7	28,2	8,1	100,0%	1169
TAMBACOUNDA	53,3	29,4	17,3	100,0%	1377
ZIGUINCHOR	54,9	22,0	23,1	100,0%	939
rural	62,1	19,5	18,4	100,0%	3159
urbain	44,4	42,5	13,1	100,0%	903
Sans niveau	59,8	23,4	16,8	100,0%	2755
Primaire	47,6	26,7	25,6	100,0%	99
Secondaire 1	60,4	23,6	16,0	100,0%	613
Secondaire 2	55,4	25,7	18,9	100,0%	203
Supérieur	44,7	42,0	13,2	100,0%	233
NSP	42,5	29,3	28,2	100,0%	159
Masculin	59,8	22,7	17,4	100,0%	3343
Féminin	49,5	34,7	15,8	100,0%	712
Total	58,0	24,8	17,2	100,0%	4055

2.1.2 Biens possédés par le ménage

L'analyse des biens possédés par les ménages tout comme celle des caractéristiques du logement permettent de construire un indicateur proxi du niveau de vie donnant lieu à une segmentation des ménages par rapport à leur pouvoir d'achat.

Il ressort du tableau 2.10que plus de trois-quarts des ménages des régions d'étude citent les terres comme biens fréquemment possédés. Si au moins 3 ménages sur 10 possèdent des vaches laitières ou taureaux, ces niveaux de possession sont plus élevés à Kédougou et à Tambacounda, dans une moindre mesure. De manière générale, la possession de bétail semble plus fréquente dans les régions de Kédougou et Tambacounda que dans celles de Sédhiou et de Ziguinchor où prédomine la possession de volaille. Ceci peut être justifié par le fait que les régions de Tambacounda et de Kédougou sont plus rurales que celles de Sédhiou et Ziguinchor. Pour élever le bétail il faudrait de l'espace, une grande superficie, des champs où le bétail pourrait paitre, déféquer etc. toutes ces conditions sont plus favorables dans les régions de Tambacounda et de Kédougou.

Tableau 2-10 : pourcentage de ménages possédant des terres ou des animaux d'un type donné (%)

	terre	Vaches laitières ou taureaux	Des chameaux	Chevaux, ânes ou mules	Chèvres	Moutons	Porcs	Volaille
KEDOUGOU	87,1	51,1	1,5	25,0	48,2	39,3	1,1	64,8
SEDHIOU	77,7	28,9	,1	29,1	43,4	33,1	3,1	69,2
TAMBACOUNDA	84,8	42,1	1,0	61,3	58,0	49,0	1,2	55,1
ZIGUINCHOR	77,7	28,8	,1	3,5	37,9	19,1	11,3	71,2
rural	88,5	43,9	,7	37,4	53,9	40,2	3,9	67,2
urbain	59,5	15,8	,7	23,1	28,6	25,8	2,7	53,7
Sans niveau	84,7	40,0	,7	40,2	51,8	40,7	2,6	64,3
Primaire	77,9	37,5	1,5	29,5	42,2	31,8	4,2	63,2
Secondaire 1	82,1	36,1	,8	20,0	41,4	28,7	4,9	65,8
Secondaire 2	81,5	25,6	1,3	26,0	50,2	27,7	10,2	67,0
Supérieur	57,6	29,5	,0	18,2	33,1	30,3	4,9	57,1
NSP	63,0	19,4	,0	14,7	28,1	23,1	6,9	60,5
Masculin	84,0	39,3	,7	37,2	51,0	39,5	3,2	65,3
Féminin	71,3	28,3	,7	19,4	34,1	24,4	5,8	58,5
Total	81,8	37,4	,7	34,1	48,0	36,9	3,6	64,1

Le tableau 2.11 indique que la bicyclette, mobylette ou motocyclette sont les biens d'équipement les plus fréquemment cités dans ces régions, plus particulièrement à Kédougou. La charrette et la charrue sont les plus fréquemment citées à Tambacounda.

Tableau 2-11 : Les biens d'équipements du ménage par région, milieu et sexe du CM en pourcentage (%)

	électricité	Radio	Télévision	Téléphone-Cellulaire	Réfrigérateur	Réchaud/Cuisinière	Bicyclette	Mobylette/Motocyclette	Voiture personnelle	Voiture/Camion	Charette	Charrue	Pirogue/Filet
KEDOUGOU	10.4	60.2	16.7	80.4	4.0	1.9	64.7	34.2	.6	.5	12.7	28.8	.4
SEDHIOU	33.3	68.5	27.1	91.1	5.6	3.0	52.3	17.7	1.0	1.3	29.1	21.8	2.4
TAMBACOUNDA	13.8	61.4	19.2	80.8	5.3	2.1	45.0	24.5	.9	.9	48.2	33.3	.7
ZIGUINCHOR	44.6	63.4	32.4	93.2	11.0	7.2	42.1	16.8	1.2	1.1	10.6	8.3	5.2
rural	15.4	61.9	15.9	83.8	2.6	2.0	52.8	22.9	.5	.7	31.0	28.1	2.1
urbain	55.7	69.2	48.9	93.5	18.1	7.6	42.2	22.7	2.2	2.1	21.5	12.0	1.6
Sans niveau	18.8	61.1	18.5	82.9	3.9	2.0	51.9	21.3	.7	.9	32.3	28.0	1.6
Primaire	26.4	61.6	25.0	85.3	5.5	3.9	64.7	23.2	2.7	3.1	26.7	25.4	2.9
Secondaire 1	33.1	67.4	30.4	92.3	9.8	2.8	49.0	27.1	.9	1.7	22.6	18.9	2.7
Secondaire 2	35.9	73.4	35.1	95.5	11.8	8.5	49.6	15.9	1.6	1.2	22.2	17.7	6.0
Supérieur	54.6	76.2	52.6	98.4	16.5	16.4	36.4	35.4	.8	.1	14.0	12.0	1.2
NSP	40.5	63.4	30.9	88.1	12.0	3.0	39.2	25.0	2.6	.0	18.9	5.0	1.1
Masculin	23.6	65.8	22.9	87.1	5.6	3.0	54.4	24.7	1.0	1.0	31.6	26.8	2.3
Féminin	29.7	53.7	26.5	81.1	8.9	4.5	31.5	14.3	.7	.8	15.6	12.8	.6
Total	24.7	63.6	23.5	86.1	6.2	3.3	50.4	22.9	.9	1.0	28.8	24.4	2.0

S'agissant de la situation d'occupation du logement, il ressort du tableau 2.12 que les populations sont essentiellement propriétaires ou copropriétaires de leurs logements (plus de neuf personnes sur dix) et ceci quels que soient la région, le milieu ou autre caractéristiques. La situation de locataire simple reste marginale sauf en milieu urbain et chez les plus instruits.

Tableau 2-12 : Situation d'occupation du logement selon la région, le milieu et le sexe du CM (%)

	Propriétaire	Copropriétaire	Locataire-acheteur	Locataire simple	Colocataire	Sous-locataire	Logé par l'employeur	Logé gratuitement	NRP	TOTAL	
KEDOUGOU	78,2	15,2	0,0	1,8	0,0	1,1	0,2	3,6	0,0	100,0%	570
SEDHIOU	67,8	22,7	0,0	2,8	0,5	0,7	0,5	5,0	0,0	100,0%	1169
TAMBACOUNDA	67,9	26,1	0,1	2,8	0,7	0,2	0,1	2,1	0,0	100,0%	1377
ZIGUINCHOR	73,7	12,0	0,0	6,9	0,3	0,0	0,4	6,8	0,0	100,0%	939
rural	73,0	21,5	0,0	1,1	0,2	0,4	0,3	3,5	0,0	100,0%	3159
urbain	64,0	16,6	0,1	10,8	1,4	0,8	0,3	6,0	0,0	100,0%	903
Sans niveau	74,0	20,1	0,0	2,1	0,4	0,2	0,1	3,2	0,0	100,0%	2755
Primaire	59,4	29,5	0,0	3,6	0,0	0,0	1,2	6,3	0,0	100,0%	99
Secondaire 1	68,7	21,6	0,0	1,8	0,1	1,5	0,0	6,4	0,0	100,0%	613
Secondaire 2	67,3	18,4	0,3	2,9	0,9	1,2	1,9	7,1	0,0	100,0%	203
Supérieur	52,1	18,7	0,0	21,4	2,3	0,0	2,2	3,3	0,0	100,0%	233
NSP	61,7	20,8	0,0	8,3	0,0	1,8	0,4	7,0	0,0	100,0%	159
Masculin	71,7	20,6	0,0	3,3	0,4	0,5	0,2	3,3	0,0	100,0%	3343
Féminin	67,1	19,5	0,0	3,7	0,6	0,5	0,5	8,0	0,0	100,0%	712
Total	70,9	20,4	0,0	3,3	0,4	0,5	0,3	4,1	0,0	100,0%	4055

2.1.3 Structure par sexe et par âge de la population des zones d'étude

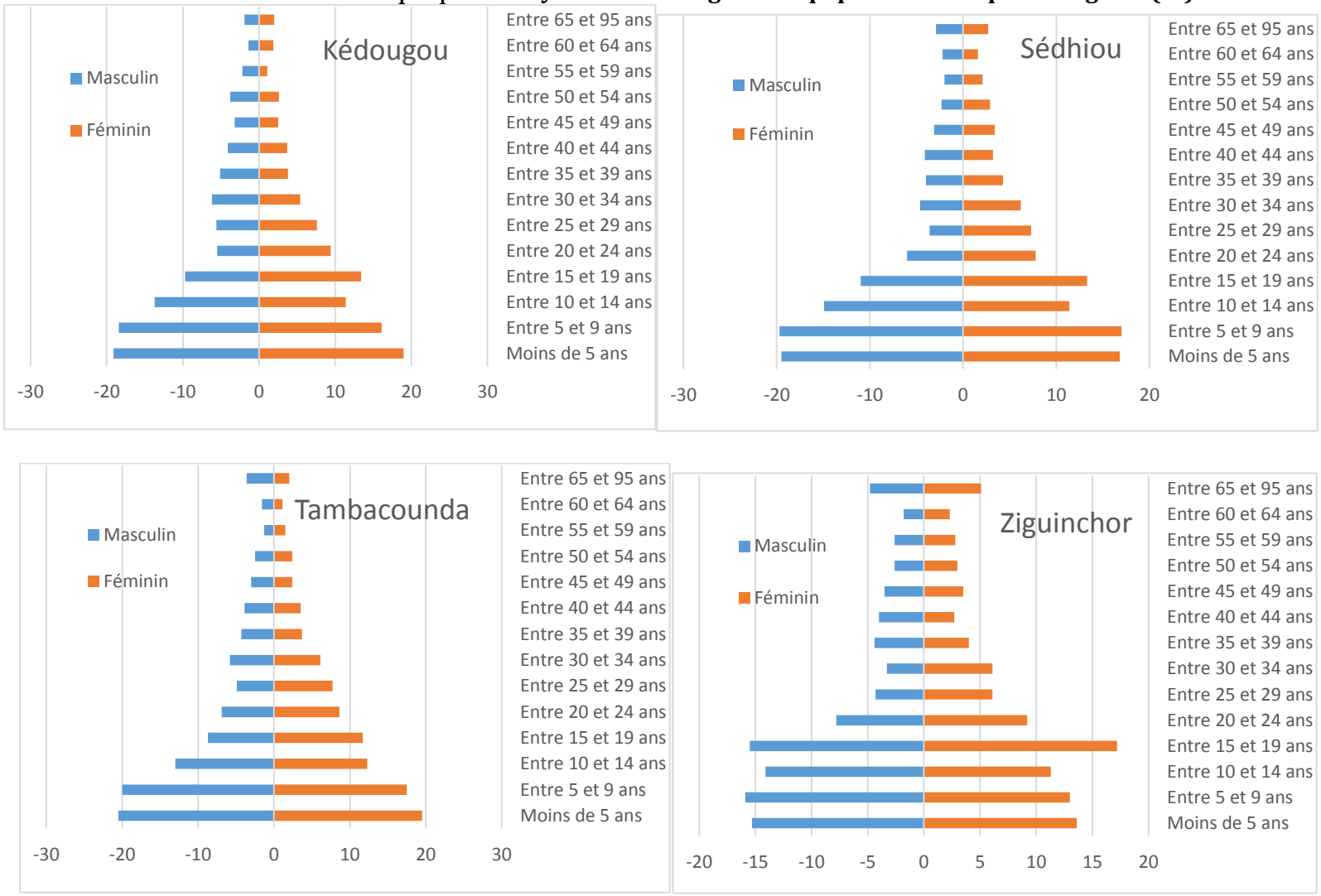
L'âge détermine de façon logique les savoirs, les comportements et les intérêts en matière de consommation de service. Il permet de distinguer différentes catégories de populations afin de leur proposer une offre de service adaptée à leurs spécificités. En effet, la vie est habituellement « pensée » selon quatre âges différents : L'enfance, l'adolescence, l'âge adulte et la vieillesse. Les enfants, les adolescents et les adultes n'ont pas les mêmes besoins en termes d'offre de services de santé. Par ailleurs, même si les comportements féminins et masculins sont de moins en moins distants que par le passé, le sexe reste une variable de catégorisation dans bien de domaines. Le comportement des services de santé chez un homme est différent de celui d'une femme.

Il ressort du graphique 2.2 que la structure par âge de ces régions ne déroge pas à ce qui est connu, c'est-à-dire une population jeune. On relève que chaque tranche d'âge est distribuée de manière équivalente dans l'ensemble des régions pour chaque sexe. Les moins de 5 ans comptent pour à peu près 20%, soit un enfant sur cinq, un peu moins dans la région de Ziguinchor qui compte légèrement plus de femmes de 15-35ans par rapport aux autres régions. Environ une femme sur trois de l'échantillon a entre 15-35 ans.

Dans cette tranche d'âges, les femmes sont dans l'ensemble plus représentées que les hommes. Ceci est dû au plan d'échantillonnage qui retenait les ménages avec au moins une femme de 15-35 ans.

Les populations du troisième âge, c'est-à-dire les plus de 60 ans représentent entre 3-4% dans les régions les moins peuplées comme Tambacounda et Kédougou et 5-7% pour les plus peuplées comme Sédhiou et Ziguinchor.

Graphique 2-2 : Pyramides des âges de la population des quatre régions (%)



2.1.4 Taille moyenne des ménages

Les besoins et les comportements en matière de recours aux soins sont différents, selon la taille et la composition de la famille (nombreuse ou non, multi générationnelle ou non, multiculturelle ou non), le nombre d'enfants, la présence ou non d'enfants de moins de cinq ans, la présence ou non de personnes âgées, la présence ou non d'enfants de femmes enceintes ou de personnes vulnérables, la présence de garçons ou de filles. L'offre de santé devrait donc s'y adapter.

Les ménages sont composés, en moyenne, de 8,3 personnes par ménage. Kédougou apparaît être la région où les tailles moyennes de ménages sont les plus faibles (6,8 contre plus de 8dans les autres régions). Cette taille est légèrement plus petite en milieu urbain (8,3) qu'en milieu rural (8,4). La taille est également plus petite dans les ménages dirigés par une femme (6,8) que dans ceux dirigés par les hommes (8,7), dans les ménages avec à leur tête des jeunes par rapport aux ménages dirigés par les plus âgés (on passe de 4,9 à 10,7).

Tableau 2-13 : Taille moyenne des ménages par région, par milieu et par sexe du CM

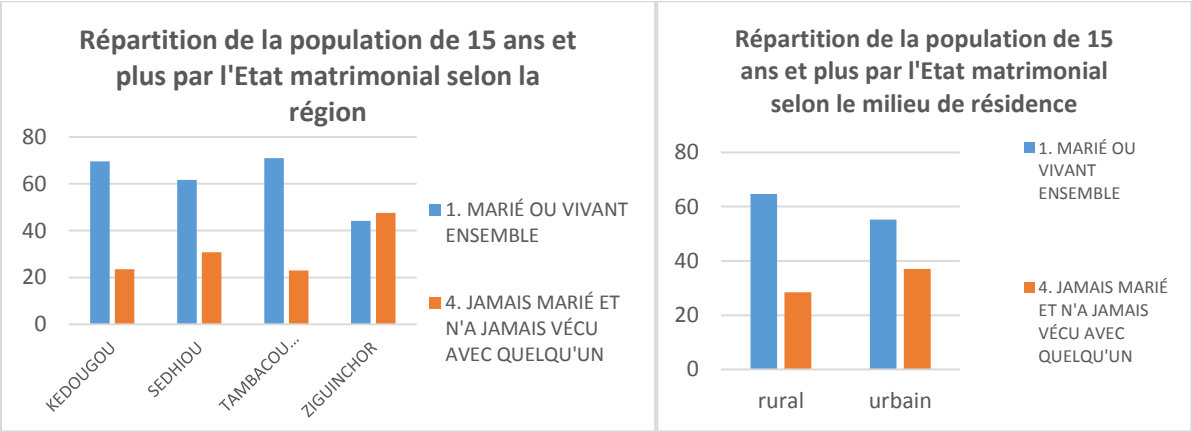
	Moyenne	Effectif
KEDOUGOU	6,8	770
SEDHIOU	8,8	1209
TAMBACOUNDA	8,9	1328
ZIGUINCHOR	8,2	754
Rural	8,4	3124
Urbain	8,3	937
10-24	4,9	0
25-34	6,0	160
35-44	7,5	755
45-54	9,2	1094
55-64	10,2	905
65-95	10,7	622
Masculin	8,7	525
Féminin	6,8	3346
Total	8,3	715

2.1.5 Etat matrimonial

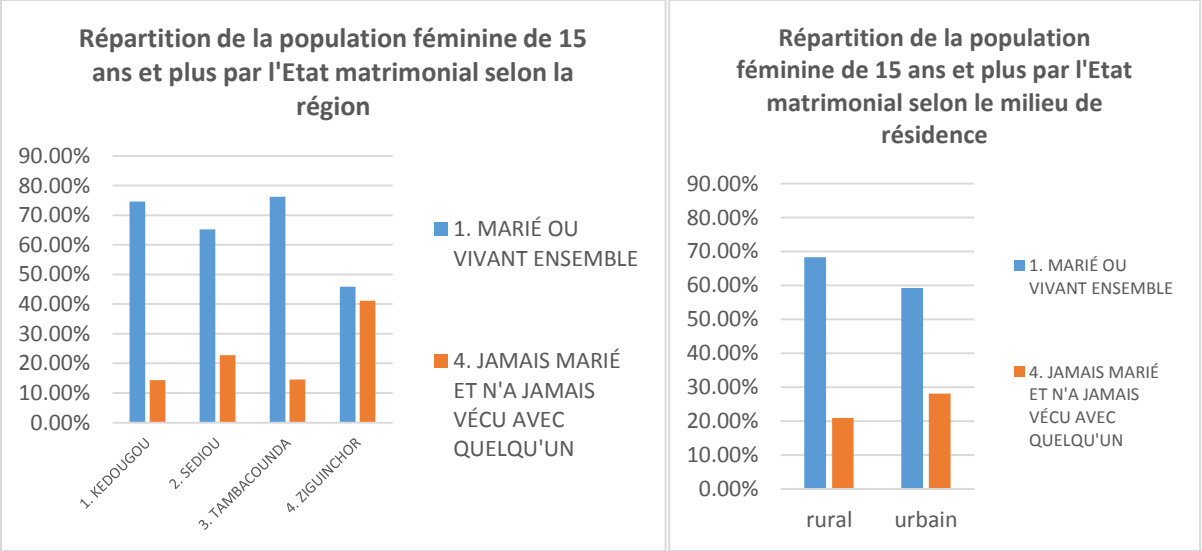
Le graphique 2.3 indique que l'état de « marié ou vivant ensemble » est celui où converge la majorité de la population en Afrique et plus particulièrement dans des pays comme le Sénégal avec plus de neuf personnes sur dix de religion musulmane. Le célibat quant à lui n'est qu'un état transitoire (le tableau 2.A3 en annexe révèle bien que les taux s'amenuisent avec l'âge de l'individu, passant de 78,5% à 15-19 ans à 0,4% entre 65-95 ans. De même, ce tableau indique que l'état de « Veuf/divorcé/Séparé » est une caractéristique résiduelle). Notons que s'agissant de l'état de célibat, la région de Ziguinchor est légèrement au-dessus de la moyenne nationale de 43% (47%), contrairement aux autres régions où les taux n'excèdent guerre trois personnes sur dix.

Le graphique 2.4 qui analyse la même distribution en se restreignant à la population féminine, indique que dans la région de Ziguinchor, il y a plus de femmes mariées que de femmes célibataires ; contrairement à la réparation observée pour tous sexes confondus.

Graphique 2-3 Répartition de la population de 15 ans et plus mariée et célibataire selon la région et le milieu de résidence.



Graphique 2-4 : Répartition de la population féminine de 15 ans et plus mariée et célibataire, selon la région et le milieu de résidence.

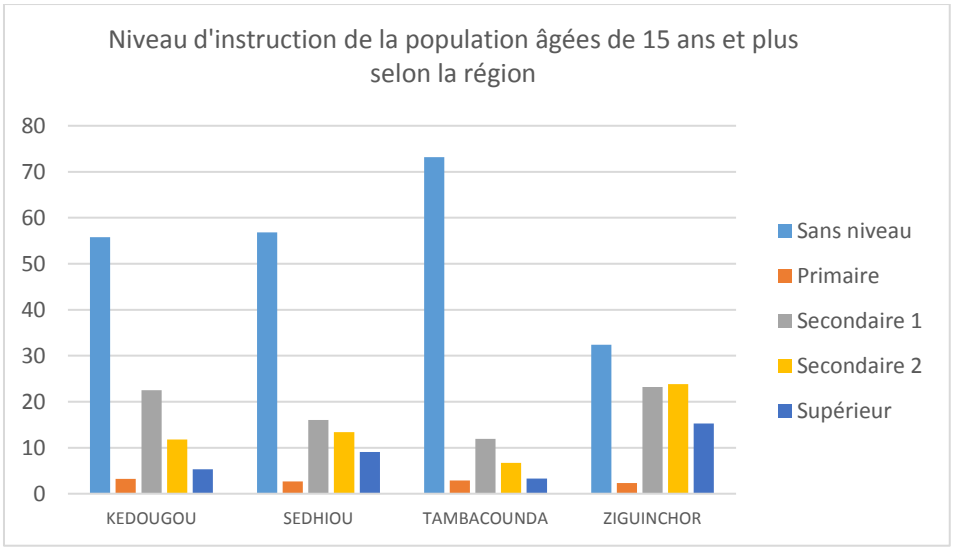


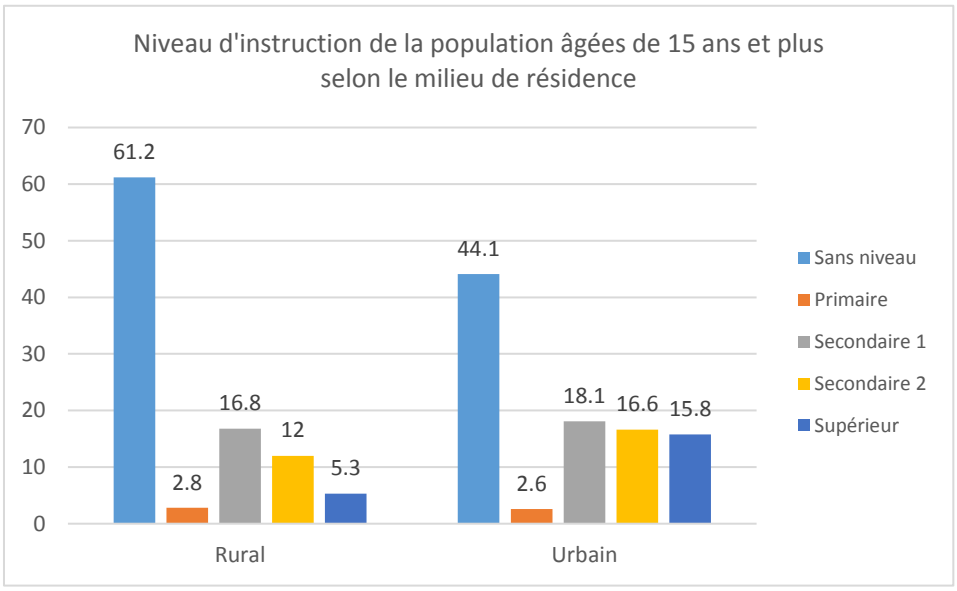
2.2 CARACTERISTIQUES SOCIOCULTURELLES DE LA POPULATION

2.2.1 Structure de la population selon le niveau d'instruction

Les attentes en matière d'éducation sont moins fortes pour les filles tant d'un point de vue social que familial. Le graphique 2.5 indique qu'en dehors de la région de Ziguinchor où un individu sur trois est sans instruction, la situation est assez préoccupante dans les autres trois régions, particulièrement dans la région de Tambacounda où à peu près trois individus sur quatre sont sans instruction. Elle est également plus préoccupante en milieu rural par rapport au milieu urbain et chez les femmes par rapport aux hommes (confère tableau 2A.4 en annexe).

Graphique 2-5 : Niveau d'instruction de la population âgée de 15 ans et plus selon la région et le milieu.





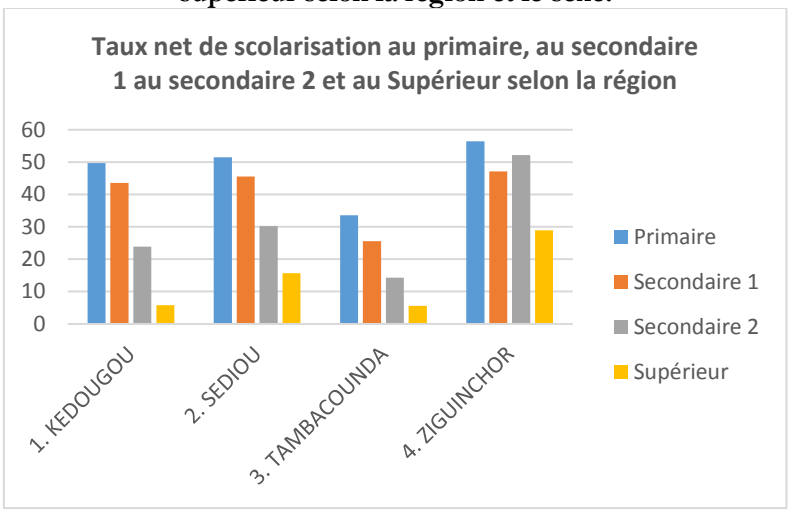
2.2.2 Fréquentation et taux de scolarisation par cycle

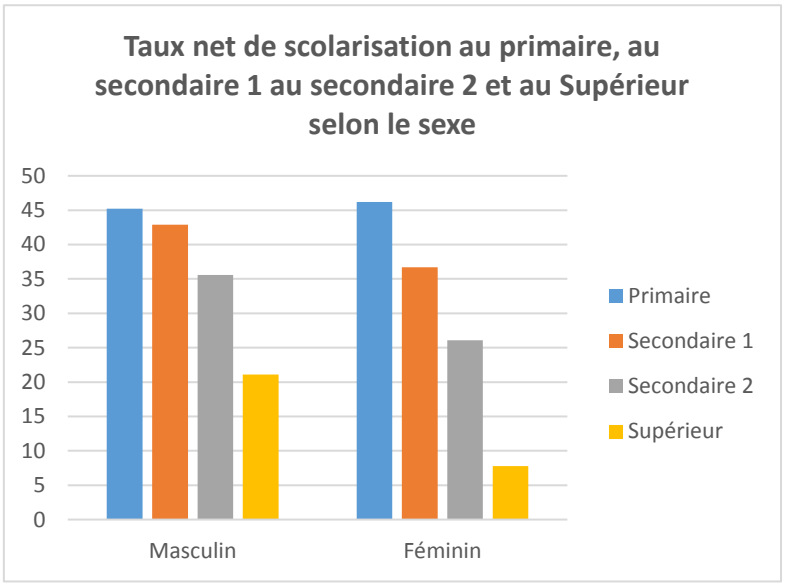
Il ressort du graphique 2.6 que la structure du taux net de scolarisation est conforme à la structure nationale, c'est-à-dire un léger avantage pour les filles par rapport aux garçons au primaire. Cette structure par rapport aux autres caractéristiques ne déroge pas à ce qui a été observé précédemment relativement au niveau d'instruction de la population. Les niveaux dans l'ensemble de ces régions sont inférieurs aux moyennes nationales car il s'agit des zones les moins favorisées et donc les moyennes sont tirées vers le bas.

Pour les autres cycles, il est également à noter que la parité se détériore dans la mesure où l'inversion se produit après le primaire au profit des garçons à cause des déperditions chez les filles

pour cause de mariages précoces, grossesses précoces, abandon de l'école, etc. Pour plus de détails, voir le tableau 2A.5 en annexe.

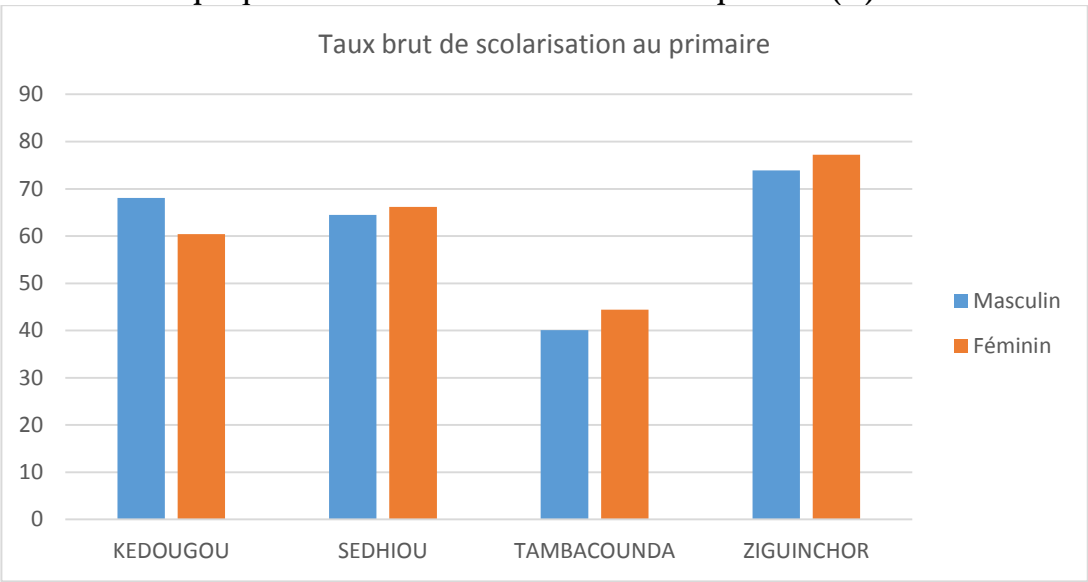
Graphique 2-6 : Taux net de scolarisation au primaire, au secondaire 1, au secondaire 2 et au supérieur selon la région et le sexe.





En ce qui concerne les taux brut de scolarisation, les tableaux 2A.6, 2A.7, 2A.8, 2A.9 en annexe présentent la même structure que les taux nets. On note toutefois des taux au-delà de 100% surtout chez les hommes au secondaire, indiquant que ces derniers restent dans le circuit, même s'ils ont dépassé l'âge d'être dans le cycle concerné (confère tableaux 2A.6, 2A.7, 2A.8, 2A.9). Il convient de relever que l'analyse du taux brut de scolarisation au niveau primaire indique que dans la région de Kédougou, il y a plus de garçons scolarisés que de filles, contrairement aux autres régions (Graphique 2.7).

Graphique 2-7 : Taux brut de scolarisation au primaire (%)

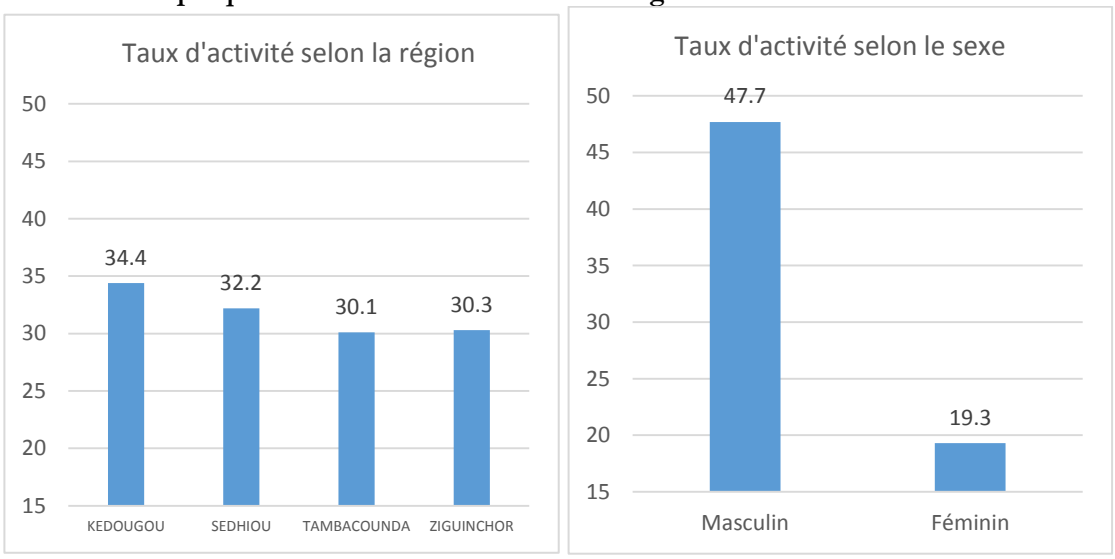


2.3 CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DE LA POPULATION

2.3.1 Situation d'activité au cours des 12 derniers mois

Si l'objectif de parité dans l'enseignement primaire est déjà atteint, bien qu'il faille que cette tendance positive se prolonge au niveau des autres cycles moyen et secondaire, le graphique 2.8 révèle que dans l'ensemble des quatre régions, le taux d'activité global des hommes sur le marché du travail est nettement supérieur à celui des femmes (47,7% contre 19,3%). Ce taux au niveau national est respectivement de (68,5% contre 44,5% selon l'ESPS-2 (2010-2011), avec 37,7% à Ziguinchor, 40,8% à Tambacounda, 51,2% à Sédhiou et 62,7% à Kédougou. Notons toutefois que les calculs au niveau de cette source portent sur les 10 ans et plus (au lieu de 15 ans et plus ; confère le tableau 2.A10); ce qui peut justifier en partie la sous-estimation. Le taux d'activité tourne autour d'une personne en activité sur trois, quels que soient le milieu ou la région (.confère le tableau 2.A10).

Graphique 2-8 : Taux d'activité selon la région et selon le sexe



En ce qui concerne le chômage, telle que l'analyse du niveau d'activité selon le sexe le laissait entrevoir, le tableau 2.14 indique que le chômage touche légèrement plus les femmes que les hommes. Les taux sont plus élevés dans la région de Ziguinchor et également plus en milieu urbain que rural. On note également que le chômage touche particulièrement les populations ayant un niveau supérieur (11%) qui ne peuvent sans doute pas se contenter d'emplois précaires, compte tenu de leur niveau d'étude. Il convient de souligner que la définition du chômage dans le cadre de l'enquête de base porte sur les 12 derniers mois et non au cours des 7 derniers jours. C'est sans doute ce qui justifie les niveaux faibles par rapport aux autres données de l'ANSD puisque, au bout d'une année, « chacun a sans doute eu à faire quelque chose ». Les jeunes (15-24 ans) qui constituent

une part importante de la population active restent également les plus touchés par le phénomène du chômage (un peu moins de 10%).

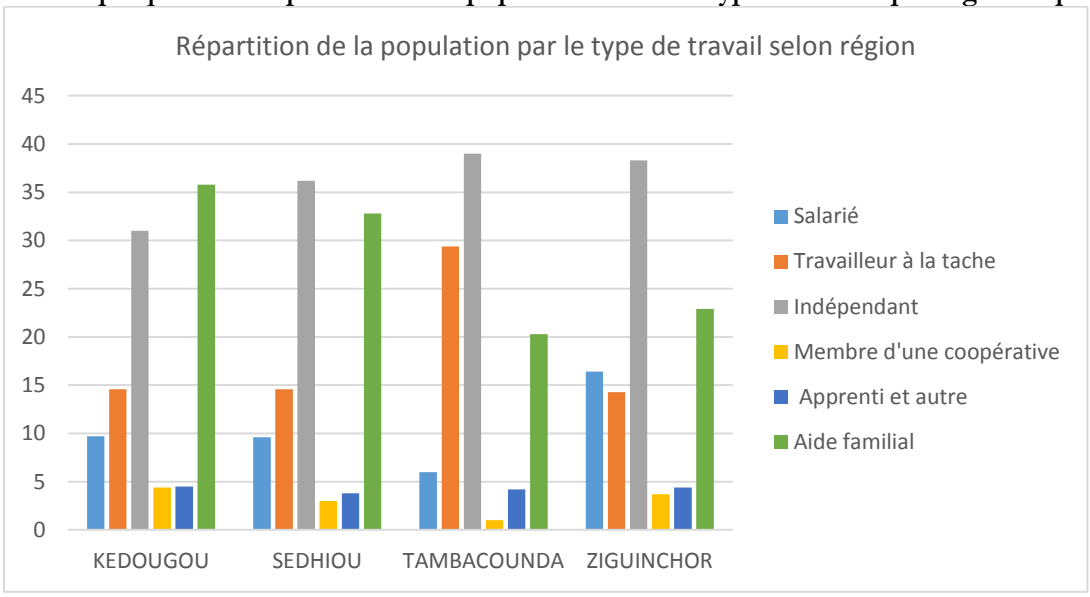
Tableau 2-14: Taux de chômage selon le groupe d'âge (%)

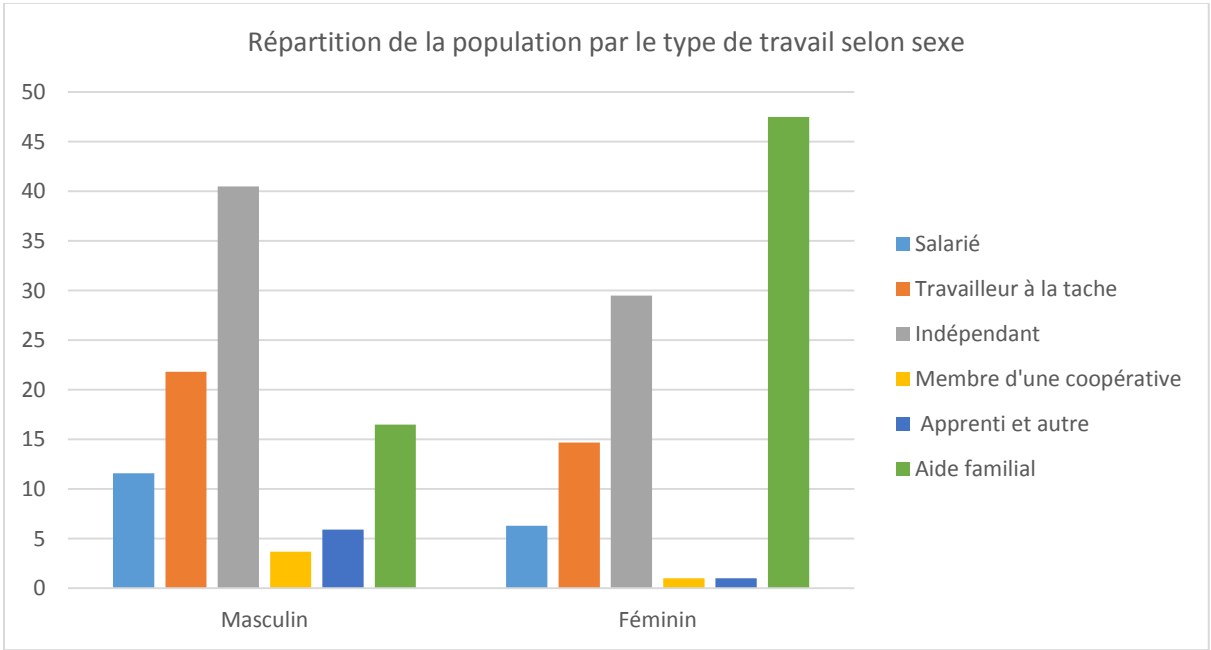
	%	Effectif
1. KEDOUGOU	5.6	887
2. SEDHIOU	3.2	1635
3. TAMBACOUNDA	3.0	1640
4. ZIGUINCHOR	6.8	1008
rural	4.0	3870
urbain	5.1	1300
Masculin	4.6	3356
Féminin	3.6	1815
Sans niveau	2.6	3005
Primaire	3.5	189
Secondaire 1	5.6	1023
Secondaire 2	8.0	399
Supérieur	11.7	359
NSP	1.5	195
Entre 15 et 19 ans	8.2	610
Entre 20 et 24 ans	9.4	636
Entre 25 et 29 ans	6.5	679
Entre 30 et 34 ans	3.9	760
Entre 35 et 39 ans	2.5	610
Entre 40 et 44 ans	1.5	595
Entre 45 et 49 ans	.8	450
Entre 50 et 54 ans	.7	385
Entre 55 et 59 ans	2.4	249
Entre 60 et 64 ans	.3	195
Total	4.3	5170

S'agissant de la population occupée, l'analyse du taux d'occupation donne une estimation sur le nombre d'emplois disponibles sur le marché. Il est cependant important d'examiner comment se répartit cette occupation par type d'emplois afin de mieux apprécier la structure des emplois. Il ressort du graphique 2.9, que pour l'ensemble des quatre régions, un peu plus d'une personne sur trois exerce en tant qu'indépendant, également un peu moins comme aide familial et une personne sur cinq comme travailleur à la tâche. Les emplois salariés, qui peuvent être considérés comme plus sécurisés, n'occupent qu'une personne sur dix, Ziguinchor comptant une plus grande proportion

(16,4%). Les femmes se retrouvent plus dans la position d'aide familiale (47,5% contre 16,5% pour les hommes). Plus le niveau d'instruction s'améliore, plus élevées sont les proportions des salariés et moins élevées sont celles des aides familiaux (confère le tableau 2.A11 en annexe). Généralement, les aides familiaux sont des personnes sans instruction où qui l'ont arrêté prématurément, et qui cherchent un moyen de gagner leur vie pour se prendre en charge. Il faut aussi noter que dans certains cas cette activité n'est pas rémunérée (particulièrement dans le cas où cet aide familial est une personne de la famille).

Graphique 2-9 : Répartition de la population selon le type de travail par région et par sexe.





2.3.2 Niveau de rémunération mensuel des travailleurs selon le type d'emploi

Il ressort du tableau 2.16 qu'une personne sur deux déclare disposer d'un revenu d'au moins 37 000 FCFA par mois ; ce qui avoisine le SMIG. La situation semble un peu plus reluisante à Kédougou (50000), en milieu urbain, chez les salariés, chez les plus instruits et chez les hommes, par rapport aux autres catégories.

Tableau 2-15 : Revenu médian et moyen par type d'activité selon la Région, le milieu et le sexe

	Médiane	Moyenne
KEDOUGOU	50000	145714
SEDHIOU	37500	133685
TAMBACOUNDA	37500	157552
ZIGUINCHOR	37500	122735
Rural	37500	120177
Urbain	75000	193814
Salarié	125000	152951
Travailleur à la tache	75000	181728
Indépendant	37500	132016
Membre d'une coopérative	10417	13568
Aide familial	12500	128275
Apprenti et autre	18750	106920
Masculin	50000	141336
Féminin	37500	140454
Sans niveau	37500	131571
Primaire	37500	113591
Secondaire 1	37500	146317
Secondaire 2	50000	175609
Supérieur	125000	172878
NSP	175000	180202
Total	37500	140980

2.3.3 Durée d'activité perdue à cause de la mauvaise santé au cours des 2 dernières semaines (convertie en durée annuelles)

L'état de santé fait partie du capital humain permettant à chaque personne de disposer de bonnes conditions de vie. Un état de santé déplorable est préjudiciable non seulement sur le plan

microéconomique, mais également sur le plan macroéconomique compte tenu du manque à gagner pour la personne et pour la structure qui l'emploi.

L'exploitation du tableau 2.17 indique qu'à la question de savoir quelle est la durée d'activité perdue à cause de la mauvaise santé au cours des 2 dernières semaines, le mauvais état de santé a été plus préjudiciable à Tambacounda (6,1 jours) que dans les autres régions, Ziguinchor en ayant un peu moins souffert. De même, les femmes plus que les hommes, les aides familiaux et les personnes sans instruction, bref les personnes vivant dans des conditions précaires, en ont souffert plus que leurs homologues des autres catégories.

Tableau 2-16 : Durée d'activité perdue (en nombre de jours par an) par type d'activité selon la région, le milieu, le sexe et le niveau d'instruction

	Moyenne	Somme
KEDOUGOU	4.7	18772,00
SEDHIOU	4.1	42380,00
TAMBACOUNDA	6.1	75660,00
ZIGUINCHOR	2.1	15860,00
Rural	4.8	130052,00
Urbain	3.1	22620,00
Masculin	2.5	39572,00
Féminin	6.2	113100,00
Salarié	2.4	1300,00
Travailleur à la tache	1.8	1768,00
Indépendant	1.5	2912,00
Membre d'une coopérative	.6	104,00
Aide familial	3.1	4316,00
Apprenti et autre	.0	,00
Sans niveau	6.1	123136,00
Primaire	1.1	4472,00
Secondaire 1	2.2	11700,00
Secondaire 2	3.3	8112,00
Supérieur	2.5	3796,00
NSP	3.2	1456,00
Total	4.5	152672,00

2.3.4 Couverture par une assurance maladie

L'accessibilité aux services et soins de santé de base pour l'ensemble de la population est restée une priorité des gouvernements du Sénégal. Malgré les efforts réalisés en matière d'investissement public dans la santé, l'évolution du système de santé du pays n'a pas favorisé l'équité dans l'accès aux soins de santé et l'équité dans le financement dans la santé. C'est en vue de redynamiser le système que le Gouvernement a lancé le Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017pour l'extension de la couverture maladie universelle de base à travers les mutuelles de santé. D'après ce Plan « *tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités devront bénéficier d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion à l'horizon 2022* ».

La couverture maladie universelle propose une assurance maladie de base pour tous et une couverture complémentaire santé pour les personnes dont les revenus sont les plus faibles.

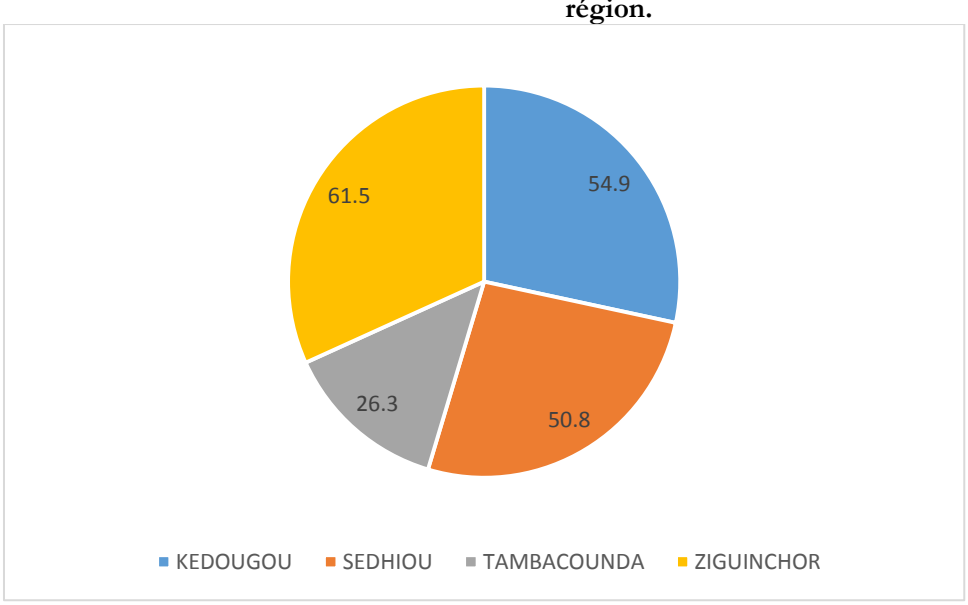
L'objectif de ce point est d'apprécier les connaissances, les perceptions, le niveau d'adhésion et l'appréciation des populations des zones d'étude par rapport à cette couverture maladie.

2.3.5 Connaissance sur la politique de couverture maladie universelle et opinion sur les mutuelles de santé

Le graphique 2.10 indique qu'un peu moins d'une personne sur deux dans les quatre régions a connaissance de l'existence de la politique de couverture maladie universelle. Le niveau de connaissance est le plus faible à Tambacounda (26,3%) et le plus élevé à Ziguinchor (61,5%). Le niveau d'information s'améliore également avec l'urbanisation et le sexe de l'individu.

S'agissant de l'opinion des enquêtés sur les mutuelles de santé, une personne sur deux pense que c'est une bonne chose, une personne sur trois en est indifférente et un peu moins d'une personne sur cinq pense que l'initiative n'est pas bien adaptée (confère tableau 2.A12 en annexe).

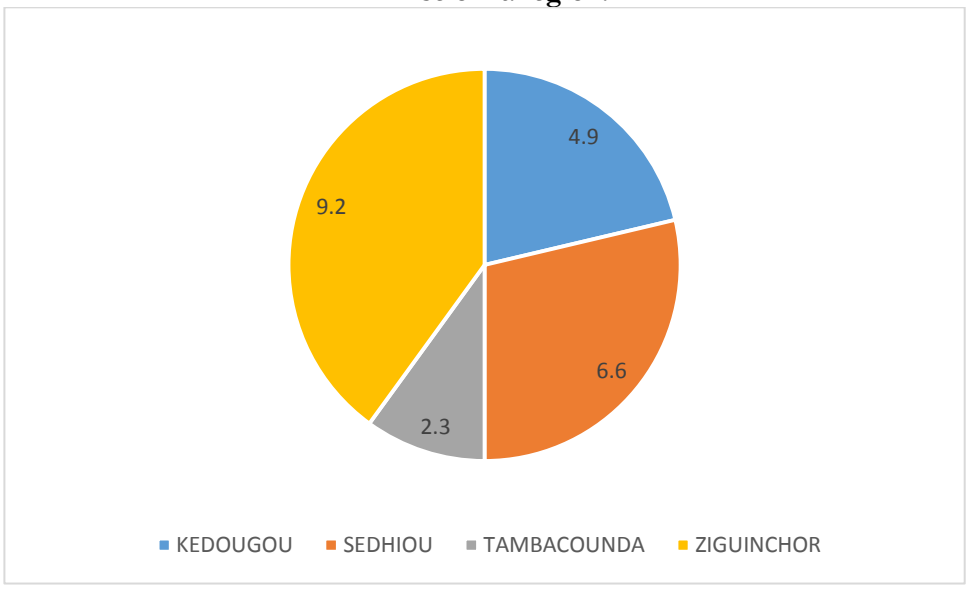
Graphique 2-10 : Proportion des ménages informés sur la couverture maladie universelle selon la région.



2.3.6 Proportion de ménages membres d'un mutuelle de santé

Il ressort du graphique 2.11 que plus de neuf ménages sur dix ont des membres qui n'appartiennent pas à une mutuelle de santé et ce quelle que soit la catégorie utilisée. Toutefois, on note que chez les ménages dont les chefs sont les plus instruits (supérieur), un peu plus de trois ménages sur dix en sont membres (confère tableau 2A.13).

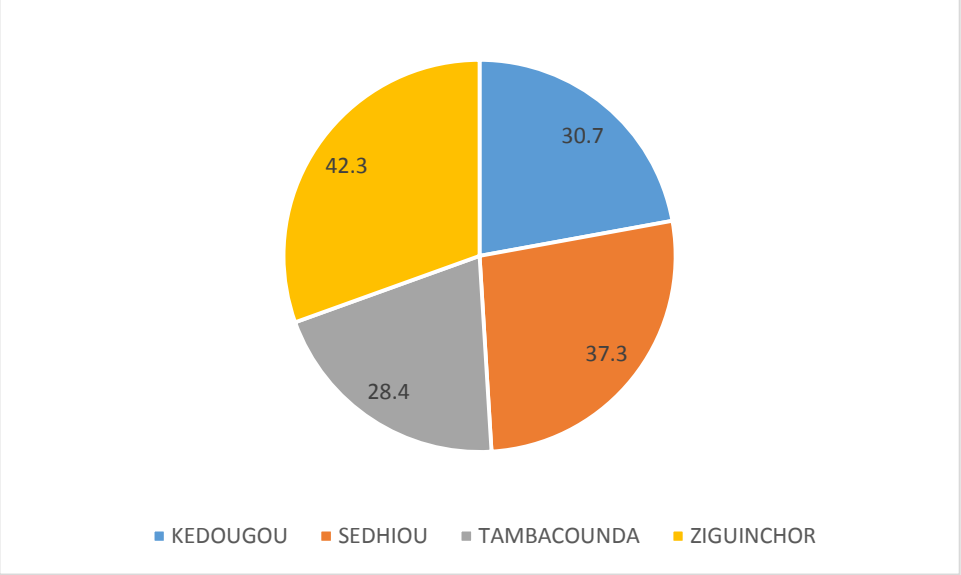
Graphique 2-11 : Proportion des ménages dont un membre appartient à une mutuelle de santé selon la région.



2.3.7 Proportion de ménages dont un membre est présentement couvert par une assurance maladie

Il ressort du graphique 2.12 que bien que 5% seulement de ménages disent être membre d'une mutuelle, un ménage sur trois a un membre qui est couvert par une autre assurance maladie. Ces ménages sont un peu plus nombreux à Ziguinchor (42,3%) qu'à Tambacounda (28,4%). Ils sont également plus nombreux en milieu urbain (46%) qu'en milieu rural (31,1%) ; de même, la fréquence de ce type de ménage augmente également avec le niveau d'instruction du chef de ménage (confère tableau 2.A14 en annexe).

Graphique 2-12 : Proportion des ménages dont un membre est couvert par une assurance maladie selon la région.

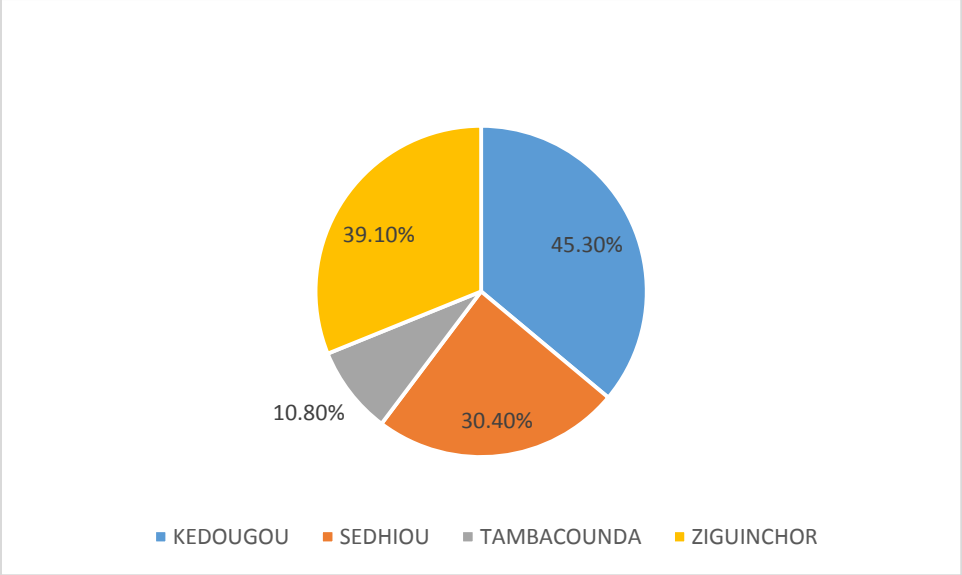


2.3.8 Proportion de ménages dont un membre adulte ou un enfant de moins de 5 ans a eu à bénéficier de la politique de gratuité des soins.

Afin d'apprécier l'accessibilité à la politique de gratuité chez les adultes et les enfants de moins de 5 ans, il a été demandé aux ménages si un membre adulte ou un enfant de moins de cinq du ménage a eu à bénéficier de la politique de gratuité. Il ressort du tableau 2.32 que la proportion de bénéficiaires reste faible aussi bien chez les adultes que chez les enfants de moins de cinq ans

(confère tableau 2.A15 en annexe). En effet, les adultes sont très peu bénéficiaires de la gratuité (moins d'une personne adulte sur dix), contrairement aux enfants de moins de cinq ans qui sont un peu moins d'un enfant sur trois à en avoir bénéficié. Toutefois, on note que les enfants de la région de Tambacounda et dans une moindre mesure, ceux de la région de Sédhiou en bénéficient moins par rapport aux enfants des autres régions. De même, les enfants des personnes moins instruites en bénéficient moins que les autres, sans doute à cause du niveau d'information plus faible (confère tableau 2.A15 en annexe).

Graphique 2-13 : Proportion des ménages dont un membre enfant a bénéficié de la gratuité des soins selon la région.



2.3.9 Appréciation faite par les ménages sur le paquet de services offerts par la mutuelle, le paquet proposé pour les moins de cinq ans, les coûts des soins, la qualité des soins et la gestion des mutuelles

En ce qui concerne l'appréciation des ménages sur le paquet de services offerts par la mutuelle, le tableau 2.A16 en annexe indique un ménage sur deux interrogés en est satisfait (51,0%), un sur trois en a une opinion mitigée (28,8%) et un sur cinq se dit insatisfait de ce service. Le niveau de satisfaction des ménages est plus faible à Tambacounda par rapport aux autres régions (33,8%) et un ménage sur deux y est indifférent (52,8%), sans doute parce qu'ils sont les plus nombreux à en avoir une appréciation mitigée (un ménage sur deux). Ce résultant ne surprend pas puisqu'ils sont les moins informés et les moins nombreux à en bénéficier. Par ailleurs, les ménages dirigés par les femmes (67,9) se montrent plus satisfaits que ceux dirigés par les hommes (47,9%). De même, le niveau d'appréciation s'améliore avec l'urbanisation et le niveau d'instruction du chef de ménage.

Il a également été demandé aux ménages leurs opinions par rapport à la politique de gratuité, notamment les enfants de moins de 5 ans, la Césarienne et le plan Sésame. Il ressort du tableau 2.A17 en annexe que même si seulement un ménage sur trois déclare que leurs enfants de moins de cinq ans bénéficient de la gratuité des soins, ils sont un peu moins de trois-quarts à trouver que c'est une bonne chose. Un ménage sur cinq n'est pas satisfait de cette politique.

De l'appréciation que livrent les ménages par rapport aux coûts des soins, il ressort du tableau 2.A18 en annexe qu'environ quatre ménages sur dix sont satisfaits des coûts. La satisfaction est moins fréquente dans les ménages de Tambacounda et de Sédhiou (respectivement 26% et 35,8%) alors qu'on se situe à un ménage sur deux à Ziguinchor et Kédougou. De même, la satisfaction s'améliore avec l'urbanisation et le niveau d'instruction du chef de ménage.

Pour ce qui est de l'opinion des ménages sur la qualité des soins, il ressort du tableau 2.A19 en annexe que plus de trois ménages sur cinq (63,5%) en sont satisfaits. Seulement un ménage sur deux à Tambacounda en est satisfait. Le niveau de satisfaction ne varie pas significativement selon les autres caractéristiques.

En ce qui concerne la gestion de la mutuelle, environ deux ménages sur cinq en sont satisfaits (Tableau 2.A20 en annexe). Tambacounda est également la région où la fréquence des ménages satisfaits est la plus faible des autres régions. Les ménages dirigés par les femmes se montrent légèrement plus satisfaits que ceux dirigés par les hommes. De même, la fréquence des ménages satisfaits est légèrement plus faible en rural qu'en milieu urbain.

2.3.10 Opinions des ménages par rapport aux programmes spécifiques de gratuité des soins (0-5 ans, plan Sésame, Césarienne)

Il a été demandé aux ménages ce qu'ils pensaient de la politique de gratuité, notamment en ce qui concerne les enfants de moins de cinq ans, le plan sésame et la césarienne. Il ressort du tableau 2.A21, 2.A22 et 2.A23 en annexe qu'environ sept ménages sur dix sont satisfaits de ces trois politiques de gratuité. Ce niveau de satisfaction ne varie pas significativement selon les caractéristiques retenues. Notons toutefois qu'un ménage sur cinq est indifférent du plan Sésame et que c'est à Kédougou que cette indifférence des ménages par rapport à ce plan est accentuée (35% de ménages).

CONCLUSION SOUS FORME DE PRINCIPAUX RESULTATS

Il ressort de l'analyse de ce chapitre que :

1. Du point de vue de la répartition spatiale, les populations de Tambacounda et Sédhiou sont les plus représentées avec chacune des régions comptant pour un tiers. Les populations de Kédougou sont les moins représentées (un peu moins de deux personnes sur cinq).
2. S'agissant de l'accès à l'eau de boisson, Kédougou et Tambacounda semblent mieux lotis, contrairement à Sédhiou et Ziguinchor. De plus, en dehors du milieu de résidence, les autres critères tels que le niveau d'instruction du Chef de ménage et son sexe ne semblent pas discriminer suffisamment l'accès à l'eau de boisson.
3. Pour rendre cette eau potable, on relève qu'un ménage sur trois n'utilise aucune méthode pour rendre l'eau potable. Il est assez préoccupant de remarquer que ces pourcentages de ménages n'utilisant aucune méthode sont encore plus faibles dans les régions de Kédougou et Tambacounda (respectivement 30 et 50%) même si elles ne sont pas les régions où les pourcentages de ménages ayant accès à l'eau de boisson potable sont les plus faibles.
4. L'approvisionnement du ménage en eau de boisson est une tâche essentiellement à la charge de la femme adulte de plus de 15 ans et ce, quels que soient le sexe ou le niveau d'instruction du chef de ménage, la région ou le milieu de résidence du ménage (plus de 94%).
5. Les 4 régions ne sont pas bien loties en ce qui concerne l'accès aux toilettes dites améliorées. Toutefois, les cas de Kédougou et dans une moindre mesure Ziguinchor semblent plus préoccupant dans la mesure où respectivement 35,6 et 15,3% des ménages de ces régions n'ont pas de toilettes ou défèquent dans la nature. La situation semble s'améliorer avec l'urbanisation et le niveau d'instruction du chef de ménage.
6. Plus de 9 ménages sur 10 utilisent le bois ou, dans une faible proportion, charbon de bois pour cuisiner et ce quelles que soient les caractéristiques du chef de ménage.
7. La source d'éclairage semble très discriminante. Les deux régions de Sédhiou et de Ziguinchor tournent autour d'un ménage sur deux qui s'éclaire à l'électricité. En revanche à Kédougou et à Tambacounda, le pourcentage tourne autour d'un ménage sur cinq.
8. Plus d'un ménage sur deux dans les régions d'étude ont un sol en terre ou bois. On observe une dichotomie plus accentuée lorsqu'il s'agit du milieu de résidence car tandis qu'un peu plus de 3 ménages sur 5 en milieu rural ont un sol en terre/bois, on enregistre à peu près la même proportion en milieu urbain avec le sol en ciment/carreaux.
9. Plus de trois-quarts des ménages des régions d'étude citent les terres comme biens fréquemment possédés. De manière générale, la possession de bétail semble plus fréquente dans les régions de Kédougou et Tambacounda que dans celles de Sédhiou et de Ziguinchor où prédomine la possession de volaille. Ceci peut être justifié par le fait que les régions de Tambacounda et de Kédougou sont plus rurales que celles de Sédhiou ou Ziguinchor, et offrent des conditions plus favorables en termes d'espace.
10. La bicyclette, mobylette ou motocyclette sont les biens d'équipement les plus fréquemment cités dans ces régions, plus particulièrement à Kédougou. La charrette et la charrue sont les plus fréquemment citées à Tambacounda.

11. S'agissant de la situation d'occupation du logement, les populations sont essentiellement propriétaires ou copropriétaires de leurs logements (plus de neuf personnes sur dix) et ceci quels que soient la région, le milieu ou autre caractéristiques.
12. La structure par âge des populations de ces régions ne déroge pas à ce qui est connu, c'est-à-dire une population jeune. Les moins de 5 ans comptent pour à peu près 20%, soit un enfant sur cinq, un peu moins dans la région de Ziguinchor qui compte légèrement plus de femmes de 15-35ans par rapport aux autres régions. Environ une femme sur trois de l'échantillon a entre 15-35 ans. Dans cette tranche d'âges, les femmes sont dans l'ensemble plus représentées que les hommes. Ceci est dû au plan d'échantillonnage qui retenait les ménages avec au moins une femme de 15-35 ans.
13. Les ménages sont composés, en moyenne, de 8,3 personnes par ménage. Kédougou apparaît être la région où les tailles moyennes de ménages sont les plus faibles (6,8 contre plus de 8dans les autres régions).
14. En dehors de la région de Ziguinchor où un individu sur trois est sans instruction, la situation est assez préoccupante dans les autres trois régions, particulièrement dans la région de Tambacounda où à peu près trois individus sur quatre sont sans instruction. Elle est également plus préoccupante chez les femmes par rapport aux hommes et en milieu rural par rapport au milieu urbain.
15. La structure du taux net de scolarisation est conforme à la structure nationale, c'est-à-dire un léger avantage pour les filles par rapport aux garçons au primaire. Pour les autres cycles, la parité se détériore car l'inversion se produit après le primaire au profit des garçons à cause des déperditions chez les filles. Les taux brut de scolarisation présentent la même structure que les taux nets.
16. S'agissant de la situation d'activité au cours des 12 derniers mois, dans l'ensemble des quatre régions, le taux d'activité global des hommes sur le marché du travail est nettement supérieur à celui des femmes (47,7% contre 19,3%).
17. Pour ce qui est de la population occupée, un peu plus d'une personne sur trois exerce en tant qu'indépendant, également un peu moins comme aide familial et une personne sur cinq comme travailleur à la tâche. Les emplois salariés n'occupent qu'une personne sur dix, Ziguinchor comptant une plus grande proportion (16,6%). Les femmes se retrouvent plus dans la position d'aide familiale (48,5% contre 16,8% pour les hommes). Plus le niveau d'instruction s'améliore, plus élevées sont les proportions des salariés et moins élevées sont celles des aides familiaux.
18. En ce qui concerne le chômage, il touche légèrement plus les femmes que les hommes. Les taux sont plus élevés dans la région de Ziguinchor et également plus en milieu urbain que rural.
19. Une personne sur deux déclare disposer d'un revenu d'au moins 37 000 Fcfa par mois ; ce qui avoisine le SMIG. La situation semble un peu plus reluisante à Kédougou (50000), en milieu urbain, chez les salariés, chez les plus instruits et chez les hommes, par rapport aux autres catégories.
20. Le mauvais état de santé a été plus préjudiciable à Tambacounda (6,1 jours) que dans les autres régions, Ziguinchor en ayant un peu moins souffert. De même, les femmes plus que

les hommes, les aides familiaux et les personnes sans instruction, bref les personnes vulnérables en ont souffert plus que leurs homologues des autres catégories.

21. En ce qui concerne la Couverture par une assurance maladie un peu moins d'une personne sur deux dans les quatre régions a connaissance de l'existence de la politique de couverture maladie universelle. Le niveau de connaissance est le plus faible à Tambacounda (26,3%) et le plus élevé à Ziguinchor (61,5%). Le niveau d'information s'améliore également avec l'urbanisation et le sexe de l'individu.
22. S'agissant de l'opinion des enquêtés sur les mutuelles de santé, une personne sur deux pense que c'est une bonne chose, une personne sur trois en est indifférente et un peu moins d'une personne sur cinq pense que l'initiative n'est pas bien adaptée.
23. Plus de neuf ménages sur dix ont des membres qui n'appartiennent pas à une mutuelle de santé et ce quelle que soit la catégorie utilisée. Toutefois, on note que chez les ménages dont les chefs sont les plus instruits (supérieur), un peu plus de trois ménages sur dix en sont membres.
24. Bien que 5% seulement de ménages disent être membre d'une mutuelle, un ménage sur trois a un membre qui est couvert par une autre assurance maladie. Ces ménages sont un peu plus nombreux à Ziguinchor (42,3%) qu'à Tambacounda (28,4%). Ils sont également plus nombreux en milieu urbain (46%) qu'en milieu rural (31,1%). La fréquence de ce type de ménage augmente également avec le niveau d'instruction du chef de ménage.
25. Sur la politique de gratuité chez les adultes et les enfants de moins de 5 ans, la proportion de bénéficiaires reste faible aussi bien chez les adultes que chez les enfants de moins de cinq ans. Toutefois, on note que les enfants de la région de Tambacounda et dans une moindre mesure, ceux de la région de Sédhiou en bénéficient moins par rapport aux enfants des autres régions. De même, les enfants des personnes moins instruites en bénéficient moins que les autres, sans doute à cause du niveau d'information plus faible.
26. En ce qui concerne l'appréciation des ménages sur le paquet de services offerts par la mutuelle, un ménage sur deux interrogés en est satisfait (51,0%), un sur trois en a une opinion mitigée (28,8%) et un sur cinq se dit insatisfait de ce service. Le niveau de satisfaction des ménages est plus faible à Tambacounda par rapport aux autres régions (33,8%) et un ménage sur deux y est indifférent (52,8%), sans doute parce qu'ils sont les plus nombreux à en avoir une appréciation mitigée (un ménage sur deux). Ce résultant ne surprend pas puisqu'ils sont les moins informés et les moins nombreux à en bénéficier. Par ailleurs, les ménages dirigés par les femmes (67,9) se montrent plus satisfaits que ceux dirigés par les hommes (47,9%). De même, le niveau d'appréciation s'améliore avec l'urbanisation et le niveau d'instruction du chef de ménage.
27. Pour ce qui de l'opinions par rapport à la politique de gratuité, pour les enfants de moins de 5 ans, la Césarienne et le plan Sésame, même si seulement un ménage sur trois déclare que leurs enfants de moins de cinq ans bénéficient de la gratuité des soins, ils sont un peu moins de trois-quarts à trouver que c'est une bonne chose. Un ménage sur cinq n'est pas satisfait de cette politique.
28. De l'appréciation que livrent les ménages par rapport aux coûts des soins, environ quatre ménages sur dix sont satisfaits des coûts. La satisfaction est moins fréquente dans les ménages de Tambacounda et de Sédhiou (respectivement 26% et 35,8%) alors qu'on se

situe à un ménage sur deux à Ziguinchor et Kédougou. De même, la satisfaction s'améliore avec l'urbanisation et le niveau d'instruction du chef de ménage.

29. Pour ce qui est de l'opinion des ménages sur la qualité des soins, plus de trois ménages sur cinq (63,5%) en sont satisfaits. Seulement un ménage sur deux à Tambacounda en est satisfait. Le niveau de satisfaction ne varie pas significativement selon les autres caractéristiques.
30. En ce qui concerne la gestion de la mutuelle, environ deux ménages sur cinq en sont satisfaits. Tambacounda est également la région où la fréquence des ménages satisfaits est la plus faible des autres régions. Les ménages dirigés par les femmes se montrent légèrement plus satisfaits que ceux dirigés par les hommes. De même, la fréquence des ménages satisfaits est légèrement plus faible en rural qu'en milieu urbain.

CHAPITRE 3 L'ETAT DE SANTE DES FEMMES ET SANTE MATERNELLE

e chapitre traite de la couverture effective des populations féminines des zones enquêtées par les services de santé en général mais aussi et surtout par les services de santé maternelle et post natals. Ainsi, l'offre des services concernée ici est le recours aux soins de façon générale en cas d'épisodes de maladies, la consultation prénatale (soins fournis à une femme lors de sa grossesse, la consultation postnatale (soins prodigués à une femme dans les 42 jours après son accouchement) puis en dernier lieu la consultation pour la régulation des naissances.

3.1 L'ETAT DE SANTE DES FEMMES ET RECOURS AUX SOINS EN GENERAL

L'enquête a inclus une série de questions pour identifier les femmes atteintes d'une infirmité, invalidité ou déficience locomotrice et/ou sensorielle, et/ou les personnes souffrant de troubles du comportement ou de maladies chroniques. Les questions posées ont porté sur l'existence d'un handicap/maladie chronique, sa nature, ses causes et sa sévérité. Il faut toutefois préciser que les informations ont été obtenues auprès de l'enquêtée, sans aucun examen médical des personnes identifiées comme atteintes d'un handicap ou d'une maladie chronique. Si dans certains cas comme, par exemple, l'absence d'une partie du corps, l'identification du handicap est évidente, il n'en est pas toujours de même pour certains types de handicap. Dans ce dernier cas, les réponses peuvent varier selon la perception de la personne interrogée (par exemple pour l'identification des troubles du comportement, ou encore pour déterminer la sévérité et/ou la cause du handicap). Il faut donc garder à l'esprit que les résultats présentés ici sont basés sur des déclarations, et non sur des diagnostics médicaux**.**

3.1.1 Perception des femmes de leur état de santé

Dans l'ensemble, près de 9 femmes de 15-35 ans sur 10 interrogées (88,3%) ont estimé disposer selon leur perception d'un solide état de santé. En effet, parmi celles-ci, 3 (33,9%) estiment disposer d'une excellente santé quand près de 6 (54,4%) ont affirmé avoir un bon état de santé (Tableau 3.1).

Les femmes de la région Kédougou estiment être celles disposant le plus d'une excellente santé (40,2%) quand celles de Sédhiou et de Tambacounda sont celles ayant le plus perçu leur état de santé comme passable et médiocre (4,2% et 11,5% respectivement).

Les populations féminines en zone rurale comparées à leurs homologues en zone urbaine ont déclaré en moins jouir d'une excellente santé (33,2% contre 36,1%). Un constat qui se maintient également en comparant les populations féminines sans niveau d'instruction et celles de niveau d'instruction supérieure (29,9% contre 37,1%).

Tableau 3-1: Etat de Santé perçu des femmes (%)

	EXCELLENT	BON	PASSABLE	MÉDIOCRE	Total	
KEDOUGOU	40,2	55,2	4,2	0,3	100	694
SEDHIOU	29,8	55,7	10,3	4,2	100	1647
TAMBACOUNDA	32,9	53,1	11,5	2,6	100	2087
ZIGUINCHOR	36,8	54,0	7,4	1,8	100	1409
Rural	33,2	55,1	9,3	2,4	100	4487
Urbain	36,1	52,2	8,7	3,0	100	1350
15-19	35,6	54,3	7,9	2,2	100	2091
20-24	35,3	54,1	8,0	2,6	100	1363
25-29	32,4	53,2	11,5	3,0	100	1175
30-35	30,7	56,0	10,4	2,8	100	1208
Sans niveau	29,9	56,5	10,3	3,3	100	2980
Primaire	32,2	50,4	12,8	4,5	100	234
Secondaire 1	40,5	51,4	6,6	1,4	100	1164
Secondaire 2	38,7	53,6	6,2	1,4	100	938
Supérieur	37,1	47,3	13,4	2,2	100	465
NSP	15,1	78,4	5,7	0,8	100	56
Total	33,9	54,4	9,2	2,6	100	5837

3.1.2 Fréquence de handicap et de maladies chroniques chez les femmes

Un dixième (9,8%) de la population féminine de 15-35 ans enquêtée souffre d'au moins un handicap ou de maladies chroniques : les maladies chroniques (8,4%) étant plus fréquentes que les handicaps (1,4%).

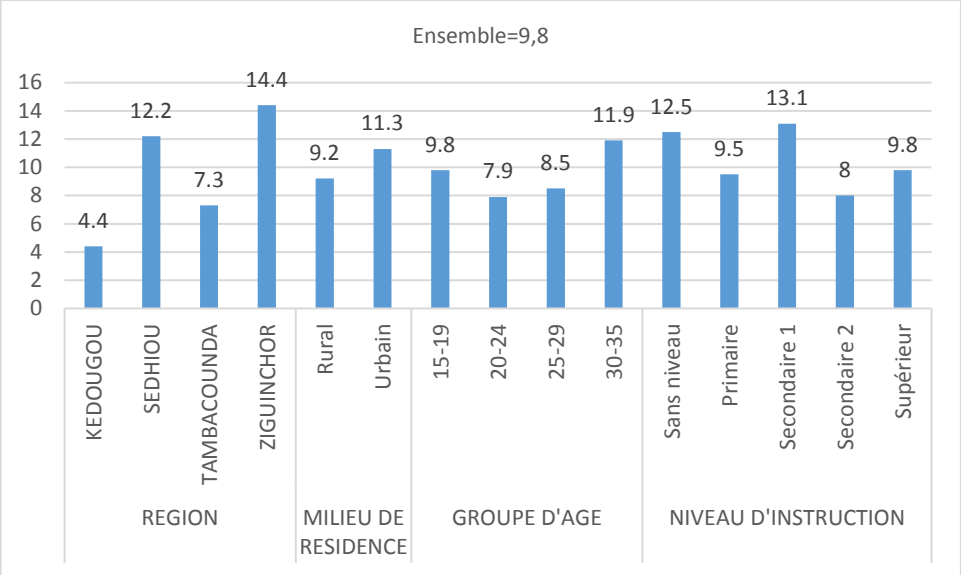
Au niveau régional, deux grands groupes se dessinent avec une forte disparité: un premier groupe où la prévalence du handicap/maladie chronique est élevée, constitué de Sédhiou (12,2%) et de Ziguinchor (14,4%); un second groupe avec Kédougou (4,4%) et Tambacounda (7,3%) ayant une prévalence relativement faible (de 3 % à 7 %).

Selon le milieu de résidence, la proportion de femmes handicapées/malades chroniques est plus faible en milieu rural (9,2%) qu'en milieu urbain (11,3%).

Aussi, la proportion des personnes présentant un handicap/maladie chronique augmente régulièrement avec l'âge, passant d'un peu plus de 7,9% chez les femmes de 15-19 ans à 8,5% chez les 20-24 ans et 11,9% chez les 25- 29 ans pour atteindre 12,5% chez celles âgées de 30-35 ans.

On constate que, dans l'ensemble, cette prévalence du handicap/maladie chronique augmente avec le niveau d'instruction : de 9,5% chez les sans niveau à 15,8% chez celles ayant fait des études supérieures (Graphique 3.1).

Graphique 3-1 : Pourcentage de femmes souffrant de maladie chronique et d'handicap



La typologie des handicaps et des maladies chroniques dont est sujette cette population est abordée au tableau 3.A.1 en annexe.

Il en ressort que des 1,4% de la population soufrant de handicap, le handicap physique (0,6%) est celui qui concernerait le plus la population handicapée suivi du handicap visuel (0,3%), du handicap mental (0,2%), le handicap relatif à la surdité ou mutité (0,2%) et d'autres types d'handicap (0,1%).

Dans les régions, bien que le handicap physique soit de loin le type de handicap qui prévaut le plus, on notera que toutefois dans la région de Ziguinchor, la proportion de femmes souffrant de ce type de handicap se rapproche de celle lié à la cécité (0,8% contre 0,7%).

S'agissant des maladies chroniques les populations féminines ont fait état de 3 types de maladies qui se dégagent largement des autres types de maladies chroniques que sont l'asthme (1,1%), l'hypertension (1,0%) et les troubles cardiaques (0,5%). On remarquera toutefois, une forte proportion de la catégorie autre (5,7%), reflétant une mauvaise reconnaissance des maladies liées à certaines souffrances endémiques. Cette non reconnaissance étant plus accentuée à Ziguinchor (8,5%) et à Tambacounda (7,4%).

On peut souligner que, Ziguinchor se singularise par une plus forte fréquence d'asthme (2%), et de troubles cardiaques (0,7%) alors qu'à Sédhiou on retrouve l'hypertension (1,3%) et l'asthme (0,7%). S'agissant de Kédougou, seules les maladies cardiaques (0,7%) semblent être rapportées alors qu'à Tambacounda, à l'exception de l'hypertension (1,0%) et de l'asthme (0,8%), toutes les autres maladies chroniques semblent avoir le même niveau de prévalence.

3.1.3 Fréquence de maladies non chroniques chez les femmes

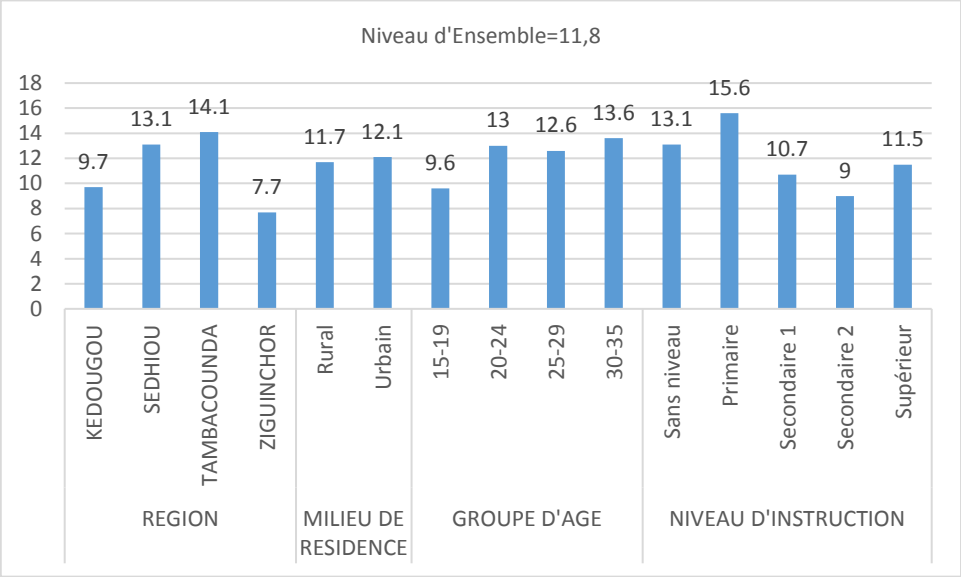
Hormis ces handicaps ou maladies chroniques dont souffrent les femmes, on note également la présence de maladies non chroniques. Ce type de maladie concerne près d'une femme sur dix soit 11,8% des femmes de 15-35 ans.

Quand bien même qu'on observe une faible disparité de prévalence de maladies non chroniques entre les femmes urbaines (12,1%) et les rurales (11,7%), l'analyse entre les régions d'étude révèle que les femmes des régions de Sédhiou (13,1%) et Tambacounda (14,1%) en sont plus affectées que celles de Ziguinchor (7,7%) et Kédougou (9,7%)

L'analyse selon l'âge révèle que la prévalence de maladies non chroniques augmente avec l'âge, passant d'un peu plus de 9,6% chez les femmes de 15-19 ans à 13% chez les 20-24 ans et 12,6% chez les 25- 29 ans pour atteindre 13,6% chez celles âgées de 30-35 ans.

Toutefois, on enregistre une évolution en dent de scie de la prévalence des maladies non chroniques selon le niveau d'instruction. Chez les femmes du niveau d'étude primaire, il est de 15,6% et de 13,1% chez celles sans niveau scolaire quand chez celles des niveaux secondaires 1 et 2, il se situe à 10,7% et 9,2% respectivement pour atteindre 11,5% % chez celles ayant fait des études supérieures.

Graphique 3-2 : pourcentage de femmes souffrant de maladie non chronique (%)



S'agissant des types de maladies non chroniques (Tableau 3.A.2 en annexe), les populations féminines ont fait état de 4 types de maladies qui se dégagent largement des autres types de maladies non chroniques que sont les maladies des muscles/os (1,9%), les troubles digestifs (0,9%), les anémies (0,4%) et les pneumonies (0,3%) . On remarquera toutefois, une forte proportion de la catégorie autres difficultés respiratoires (2,5%), reflétant une mauvaise reconnaissance des maladies non chroniques en relation avec la respiration. Cette non reconnaissance étant plus accentuée à Sédhiou (2,8%) et à Tambacounda (2,7%).

On peut souligner que, Sédhiou se singularise par une plus forte fréquence de maladies des muscles/os (2,7%) alors qu'à Kédougou on retrouve les troubles digestifs (1,1%).

Notons qu'en dehors de ces 4 types, des maladies non chroniques telles que le VIH/SIDA, le cancer et les troubles mentaux même si elles touchent des proportions de femmes faibles (0,1%) existent.

3.1.4 Durée de la maladie

Il ressort que dans l'ensemble (Tableau 3.2), les femmes de 15-35 ans ont en moyenne souffert de maladie non chronique pendant 5,1 jours. Cette moyenne est plus faible à Ziguinchor (3,6 jours) et plus forte à Tambacounda (5,5 jours).

On n'observe pas de disparité significative entre le milieu rural et le milieu urbain (respectivement 5,1 et 4,9 jours). Selon l'âge, les moins de 20 ans ont souffert pendant moins longtemps (4,1 jours) de maladie non chronique que les autres groupes d'âge, alors que les femmes sans niveau d'instruction et celles de niveau supérieur sont celles qui en ont souffert le plus longtemps (respectivement 5,6 et 5,9 jours).

Tableau 3-2 : durée (en nombre de jours) de la maladie non chronique

	N valide	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
KEDOUGOU	103	,00	5.1	4.0	14,00
SEDHIOU	258	,00	5.1	3.0	14,00
TAMBACOUNDA	309	,00	5.5	4.0	14,00
ZIGUINCHOR	101	,00	3.6	2.0	14,00
Rural	575	,00	5.1	4.0	14,00
Urbain	196	,00	4.9	3.0	14,00
15-19	227	,00	4.1	3.0	14,00
20-24	201	,00	5.5	4.0	14,00
25-29	159	,00	5.6	5.0	14,00
30-35	183	,00	5.2	4.0	14,00
Sans niveau	434	,00	5.6	4.0	14,00
Primaire	40	1,00	5.4	5.0	14,00
Secondaire 1	143	,00	3.7	2.0	14,00
Secondaire 2	94	,00	3.7	3.0	14,00
Supérieur	55	,00	5.9	4.0	14,00
NSP	5	2,00	8.1	5.0	14,00
Total	771	,00	5.1	4.0	14,00

3.1.5 Recours aux soins en cas de maladie (type de recours)

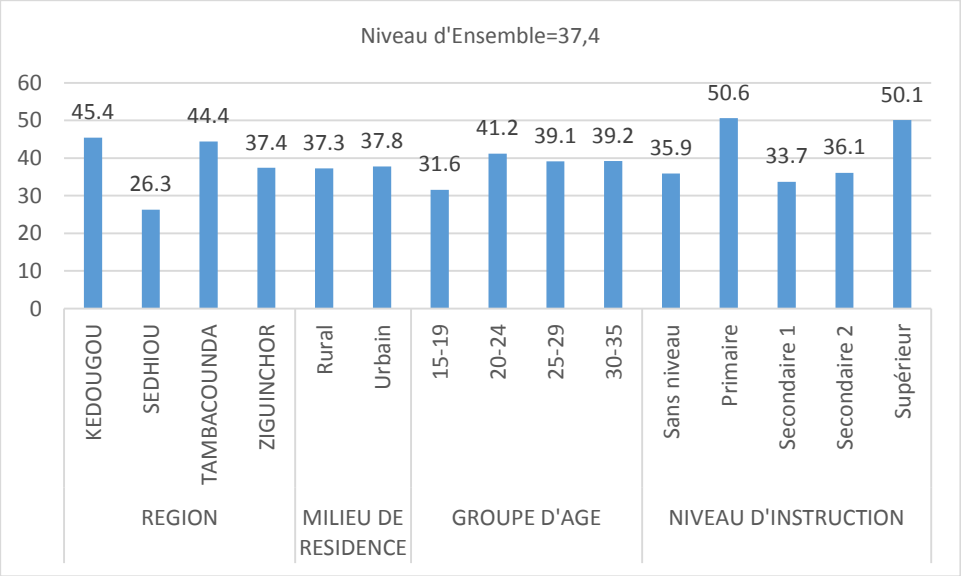
La notion de non-recours/recours éclaire sur les limites de couverture maladie universelle (CMU) et renseigne sur les efforts à déployer en vue d'assurer l'accès aux soins pour tous. Aussi, au cours de l'enquête, des questions ont été posées sur le recours aux soins pour chaque femme déclarée malade ou l'ayant été.

Globalement, 37,4% des malades ont eu recours à une forme ou plusieurs formes de soins/traitements pendant leurs épisodes de maladies qu'elle soit chronique ou pas (Graphique 3.3). C'est dire qu'on retiendra que, dans l'ensemble, 62,6% de personnes déclarant être malades ou avoir été malades, n'ont pas eu recours à un personnel médical.

Le recours aux soins/traitements est relativement le même aussi bien en en milieu rural (37,3%) qu'en milieu urbain (37,8%) et plus important dans les régions de Tambacounda (44,4%) et de Kédougou (45,4%) que dans les autres régions.

Par ailleurs, il augmente avec l'âge du malade, passant de 31,6% chez les malades de 15-19 ans à 39,2% chez ceux de 30-35 ans. Selon le niveau d'éducation, les malades sans niveau d'instruction (35,9%) et ceux des niveaux secondaires (33,7% et 36,1%), ont moins recours aux soins en cas de maladie que leurs homologues de niveau primaire (50,6%) ou supérieur (50,1%).

Graphique 3-3 : proportion de malades ayant recouru aux soins



3.1.6 Raison de non recours à un personnel médical en cas de maladie

La non recherche de soins en cas de maladie principalement est le fait de deux principales raisons qui se dégagent largement en tête des causes avancées (Tableau 3.A.3 en annexe) : en première position les raisons économiques relatives à la cherté des prestations de services de santé (37,0%) et en seconde les

pesanteurs socio-culturelles liées à la perception même de la gravité que se font les personnes sujettes à la maladie (17,0%) .

Ces deux principales raisons sont suivies de loin par les raisons liées soit à la distance à parcourir pour atteindre la formation sanitaire (8,8%), soit à la préférence des malades à se prodiguer des soins à leur domicile (8,5%), soit au manque de confiance au personnel de santé (7%) ou soit le manque de temps (5,8%). C'est en substance ce que révèlent les données du tableau 3. 8.

Ces deux principales raisons justifiant le non recours aux soins sont plus le fait des populations féminines rurales qu'urbaines (39,3% et 11,7% contre 29,9% et 0,1%) s'agissant respectivement de la cherté des prestations de services de santé et de l'éloignement des services de santé.

On note une disparité significative entre les régions en termes d'obstacles que rencontrent les femmes qui n'ont pas eu à accéder aux services de santé en cas d'épisodes de maladie.

En effet, la cherté d'accès aux services de santé est plus rapportée à Kédougou (42,8%), à Tambacounda (42,5%) et à Ziguinchor (40,3%) comparativement à Sédhiou (29,3%).

La raison relative à la distance à parcourir pour atteindre la formation sanitaire pour se soigner est plus rapportée à Tambacounda (13,1%) comparativement à Ziguinchor (7,6%), Kédougou (6,4%) et Sédhiou (5,9%).

De même, le manque de confiance au personnel de santé est l'apanage des populations de Sédhiou et de Tambacounda (9,9% et 7,7% respectivement) comparées à celles de Ziguinchor (2,1%).

Enfin, l'absence du personnel avancée, par 1% de la population féminine enquêtée, est la plus fréquente dans la région de Ziguinchor (4,7%) et de Kédougou (1,7%) en comparaison à la région de Tambacounda (0,5%).

3.1.7 Temps mis pour faire recours à un centre de santé ou à un personnel médical en cas de maladie

Dans l'ensemble, on note une réaction assez rapide des enquêtes à faire recours à un centre de santé en cas de maladie, et ce quel que soit leur milieu de résidence. En effet, 86,2% de ceux-ci se sont rendus dans un centre de santé dans les 48 heures ayant suivi la constatation de la maladie, soient respectivement 45,2% dans les 24 heures et 41% entre 24 et 48 heures.

Toutefois, la célérité dans le recours aux soins est plus caractéristique des moins de 25 ans pour qui près d'une personne sur deux (50,5% chez les 15-19 ans et 50,1% chez les 20-24 ans) se rend dans un centre de santé dans les 24 heures, bien mieux que les 25 ans et plus qui ont tendance à plus attendre avant de se rendre à l'hôpital (40,5% chez les 25-29 ans et 38,4% chez les 30-35 ans).

Aussi, on note que les femmes ayant les plus faibles niveaux d'instruction sont celles qui recourent le plus tardivement à un centre de santé comparées à leurs homologues de niveaux les plus élevés. Ainsi, les proportions de celles de celles sans niveau ou de niveau primaire qui se rendant dans un centre de

santé dans les 14 jours après le début de leurs épisode de maladie se situent respectivement à 5,5% et à 5,9% contre 2,8% chez celles de niveau secondaire 2.

On constate que les femmes de 15-35 ans de Tambacounda et de Sédhiou sont celles qui font le plus de recours à un centre de santé le tard possible. En effet, on note que respectivement 4,8% et 6% des femmes de ces régions rendent à un centre de santé dans les 14 jours depuis le début de leur épisode de maladie contre aucune dans le cas des régions de Kédougou et de Ziguinchor.

Tableau 3-3 : Temps mis pour faire recours à un centre de santé (%)

	DANS LES 24 HEURES	ENTRE 24 ET 48 HEURES	DANS LA MEME SEMAINE	DANS LES 14 JOURS	Total	
KEDOUGOU	53,8	40,6	5,5	0,0	100	40
SEDHIOU	36,7	45,4	13,0	4,8	100	64
TAMBACOUNDA	46,2	35,6	12,2	6,0	100	141
ZIGUINCHOR	46,8	53,2	0,1	0,0	100	44
Rural	45,3	41,4	9,6	3,7	100	225
Urbain	45,0	40,0	10,3	4,7	100	64
15-19	50,5	38,8	6,3	4,4	100	73
20-24	50,1	33,4	13,1	3,4	100	81
25-29	40,5	46,7	9,5	3,4	100	64
30-35	38,4	47,0	9,8	4,8	100	71
Sans niveau	45,2	41,0	8,2	5,5	100	160
Primaire	50,8	30,5	12,8	5,9	100	16
Secondaire 1	54,1	38,9	7,0	0,0	100	43
Secondaire 2	31,6	47,0	18,5	2,8	100	43
Supérieur	47,8	42,5	9,7	0,0	100	23
NSP	0,0	60,2	17,4	22,3	100	4
Total	45,2	41,0	9,8	4,0	100	289

3.1.8 Durée d'attente dans les Etablissements de santé par type d'établissement et type de maladie

Une des raisons souvent évoquée pour justifier le non recours aux établissements de santé est la longueur des heures d'attentes. C'est à ce titre que l'on s'est intéressé au temps d'attente des enquêtées par type d'établissement de santé (tableau 3.A.4).

Il en ressort de manière générale que le temps d'attente est inférieur à 1 heure quel que soit le type d'établissement de santé auquel les enquêtées ont fait recours. Ainsi, les pharmacies (1 mn), les cliniques privées (13,4 mn), les cases de santé (24,9 mn), les établissements publics de santé (26,1 mn) et les centres de santé (45,2 mn) sont les lieux ou le temps d'attente est relativement bas (inferieur à la moyenne 55,3

mn). Toutefois, on observe que les postes de santé (61,7 mn) et les autres établissements de santé (170,9 mn) ont une prise en charge de malade relativement plus lente.

La présentation de la répartition du temps d'attente des enquêtées par type d'établissement de santé selon quelques caractéristiques sociodémographiques des enquêtées révèle que le temps d'attente en milieu rural (36,9 mn) est bien plus court qu'en milieu urbain (102,1mn)

L'analyse selon les régions montre que Kédougou (17,1mn), Ziguinchor (18,2 mn) et Sédhiou (38,2 mn) enregistrent un temps d'attente relativement moins long que celui de Tambacounda (86,4 mn).

3.1.9 Poids des dépenses de santé selon les différents postes (transport, honoraires consultation, laboratoire, médicament, autres)

En moyenne (tableau 3.A.5 en annexe), au cours des 2 dernières semaines précédant l'enquête, les ménages ont eu à dépenser 5825 FCFA au titre des frais relatifs à la santé d'un de leur membre. Une somme légèrement supérieure pour les ménages résidant en milieu rural (6131 FCFA contre 5100).

Seuls les ménages issus de la région de Tambacounda dépensent plus que ce niveau moyen (8352 FCFA) comparés à ceux des régions de Ziguinchor (3334 FCFA), Sédhiou (35596 FCFA) ou de Kédougou (4436 FCFA).

Les ménages ont eu à dépenser au cours des 2 dernières semaines précédant l'enquête sur 3 postes de dépenses: les honoraires officiels du professionnel/Ticket de consultation, les honoraires de laboratoire/de radiographie et les frais de transport.

En moyenne, au cours des 2 dernières semaines précédant l'enquête, les ménages consacrent 1152 FCFA aux frais d'honoraires officiels du professionnel/Ticket de consultation, 10562 FCFA aux honoraires de laboratoire/de radiographie et enfin 1714 FCFA pour payer les frais de transport lors de leurs déplacements vers les centres de santé.

On constate que les frais relatifs aux honoraires de laboratoire/de radiographie sont plus élevés en milieu urbain (14870 FCFA contre 9995 FCFA) tandis que les frais d'honoraires officiels du professionnel/Ticket de consultation ainsi que les frais de transport lors des déplacements vers les centres de santé sont plutôt élevés en milieu rural (1320 FCFA et 1880 FCFA contre 686 FCFA et 822 FCFA respectivement).

Aussi, on observe une disparité régionale plus prononcée entre régions concernant les frais d'honoraires officiels du professionnel/Ticket de consultation et les honoraires de laboratoire/de radiographie. Ainsi, alors que les frais d'honoraires officiels du professionnel/Ticket de consultation se situent à 2902 FCFA à Kédougou, 1042 FCFA à Tambacounda ceux-ci valent moins de 650 FCFA à Sédhiou et à Ziguinchor. De même, tandis que les honoraires de laboratoire/de radiographie se situent à 18887 FCFA à Ziguinchor, à 11250 FCFA à Sedhiou, à 968 FCFA à Tambacounda, ces mêmes frais ne coûtent qu'en moyenne que 5531 FCFA à Kédougou.

3.1.10 Prévention et traitement du paludisme

La prévention et le traitement du paludisme seront analysés à travers d'une part l'utilisation de la moustiquaire et la prise d'antipaludéen en cas de fièvre par les femmes en âge de procréer.

Utilisation de la moustiquaire par les femmes en âge de procréer

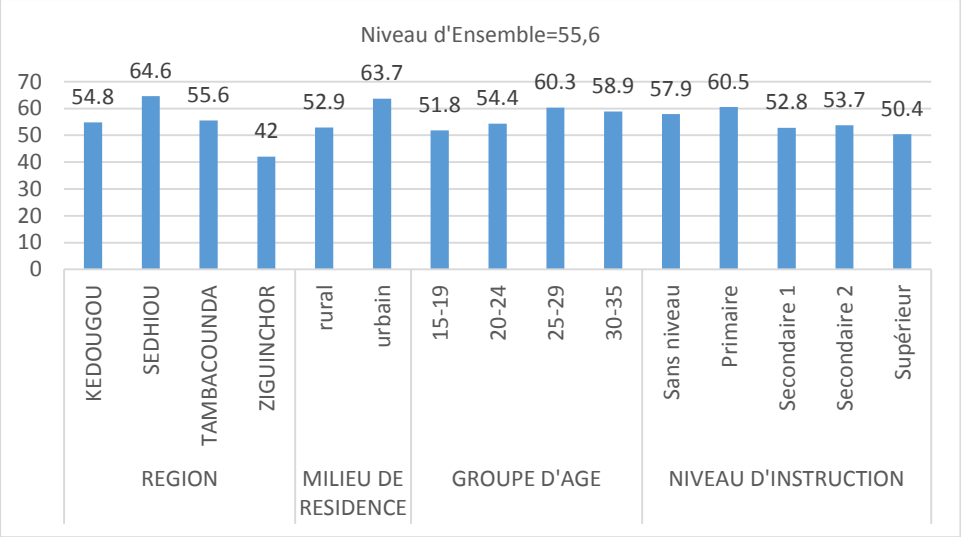
Le PNLP s'est fixé pour objectif l'utilisation de MII (Moustiquaire Imprégnée d'insecticide) par 80 % de la population générale. Une attention particulière est toujours accordée aux groupes vulnérables que sont les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Pour évaluer le niveau d'utilisation des moustiquaires par les populations, au cours de l'enquête, on a répertorié toutes les personnes qui avaient dormi sous chaque moustiquaire la nuit ayant précédé le passage de l'enquêteur. Les informations sur l'âge et sur l'état de grossesse pour les femmes, ont permis de déterminer la fréquence de l'utilisation des moustiquaires dans la population générale (tous âges et tous sexes confondus), et parmi les deux groupes vulnérables que sont les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Dans cette section, nous nous intéressons à la population féminine dans son ensemble.

Le graphique 3.4 présente les résultats concernant la population féminine qui a dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Globalement près de trois cinquième de la population féminine des ménages (55,6%) a dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'interview. Selon le milieu de résidence, on note que l'utilisation est plus élevée en milieu urbain (63,7%) qu'en milieu rural (52,9%). Cette proportion d'utilisatrices de moustiquaires évolue avec l'âge de 51,8% à 15-19 ans à 58,9% à 30-35 ans.

La région de Ziguinchor est celle où elle est la moins utilisée (42%), par rapport aux autres régions particulièrement à Sédhiou où près de sept femmes sur dix (65,6%) l'ont utilisé.

On note également que l'utilisation de la moustiquaire diminue quand le niveau d'instruction augmente, ainsi près de trois femmes sans niveau sur cinq (57,9%) et plus de trois femmes du primaire sur cinq (60,5%) ont utilisé une moustiquaire la nuit précédant l'interview. Des proportions, bien au-delà de celles de niveau secondaire (53,2%) et bien plus encore comparées à celles de niveau supérieur (50,4%).

Graphique 3-4 : Pourcentage de Femme ayant dormi sous moustiquaire la veille de l'enquête



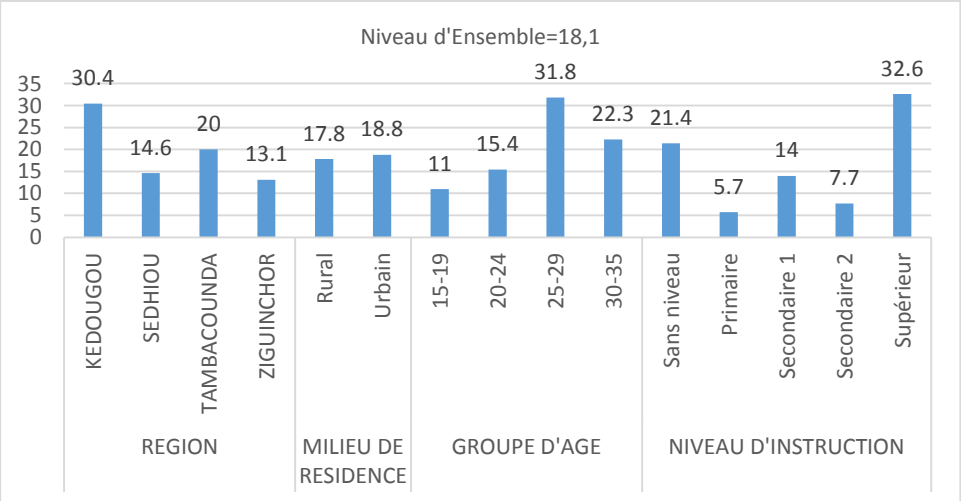
3.1.11 Prise d'antipaludéen en cas de fièvre par les femmes en âge de procréer

Au cours de l'enquête, on a posé aux femmes souffrant ou ayant souffert de paludisme la question de savoir si elles avaient pris des antipaludiques. Pour seulement 18,1% d'entre-elles, la prise d'antipaludéen a été effective.

Si les écarts entre les femmes du milieu urbain et celles du milieu rural ne sont pas importants (18,1% et 17,1% respectivement), on note que, les femmes de niveau supérieur (31,8%) et sans niveau (21,4%) sont celles qui ont davantage pris des antipaludéens comparées à celles du niveau secondaire (14%) et primaire (5,7%).

Par contre, la prise d'antipaludéens tend à augmenter avec l'âge allant de 11% dans les tranches d'âge de 15-19 ans à 22,3% dans celles de 30-35 ans avec un pic de 31,8% concernant celles de la tranche d'âge 25-29 ans (graphique 3.5).

Graphique 3-5 : Pourcentage de Femmes avec paludisme ayant prises un antipaludéen



3.2 SOINS PRENATALS

Lors de la grossesse, l'efficacité de la Consultation Prénatale (CPN) est non seulement fonction du nombre de CPN effectuées, du type d'établissement dans lequel il est effectué ainsi que du type de personnel consulté tout au long d'une grossesse mais aussi entre autre de la pratique du test du VIH lors de la CPN et du vaccin antitétanique.

C'est pourquoi, ces différents éléments ont été l'objet des renseignements requis pour chaque des femmes ayant été l'objet d'une grossesse au cours des 24 derniers mois précédant l'enquête.

3.2.1 Connaissance du paquet minimum de soins prénatals

Comme le recommande l'OMS, chaque femme doit effectuer au moins 4 consultations prénatales tout au long de sa grossesse. Ainsi, on s'est intéressé à la connaissance des femmes s'agissant d'une part ce qui concerne le nombre de visites recommandés et d'autre part l'estimation qu'elles se font de la proportion de femmes qui achèvent au moins 4 consultations prénatales tout au long de leur grossesse.

Ainsi, en ce qui concerne le nombre de visites recommandés, globalement, seules 28,7% (2,6% pour 0 visite, 1,9%, 4,6% et 19,6% pour respectivement 1, 2 et 3 visites recommandées) des femmes n'ont pas une connaissance parfaite du paquet minimum de soins prénatals requis tout au long de leur grossesse. Ce qui reviendrait à dire que 71,3% des femmes interrogées savent qu'il est recommandé au moins 4 consultations prénatales tout au long d'une grossesse parmi lesquelles 50% ont une connaissance exacte de ce nombre requis (Tableau 3.A.6 en annexe). Cette proportion présente des disparités en fonction des régions, du milieu de résidence et du niveau d'instruction.

On constate que les femmes de 15-35 ans de Tambacounda et de Sédhiou sont celles qui ont le plus faible niveau de connaissance du nombre de visites recommandés. En effet, on note que respectivement 37,1% et 27% des femmes de ces régions ignorent qu'il faut aux moins au moins 4 consultations prénatales tout au long d'une grossesse quand cette proportion concerne 25,6% et 15,9% des femmes de Kédougou et de Ziguinchor respectivement.

Aussi, on note une disparité significative entre les femmes en termes de milieu de résidence concernant leur connaissance du nombre de visites recommandés. Celles du milieu rural sont 30,8% à ignorer qu'il faut aux moins au moins 4 consultations prénatales tout au long d'une grossesse quand 21% de leurs homologues du milieu urbain sont également dans ce cas.

Cette proportion de femmes ignorantes diminue quand le niveau d'instruction augmente puisque qu'elle est évaluée à près de trois femmes sans niveau sur dix (32,1%) contre moins d'une femme de niveau supérieur sur dix (9,7%).

S'agissant de l'estimation que les femmes se font de la proportion de femmes qui achèvent au moins 4 consultations prénatales tout au long de leur grossesse, elle se situe à 82,8% (Tableau 3.A.7 en annexe).

Cette proportion est la plus faible en milieu rural (81,8%), dans la région de Tambacounda (74,8%), au sein des femmes de niveau primaire (80,2%) et chez les femmes plus jeunes de de 15-19 ans (77,1%).

3.2.2 Nombre de consultations prénatales lors de la dernière grossesse

Il ressort que dans l'ensemble, les femmes de 15-35 ans ont en moyenne effectué 3,7 consultations prénatales avant l'issue de leur grossesse. Une moyenne se rapprochant des 4 consultations prénatales recommandées tout au long d'une grossesse. Cette moyenne est légèrement plus faible dans les régions de Tambacounda et Sédhiou (3,5 et 3,6 respectivement) comparativement à Kédougou (3,9) et à Ziguinchor à (4,1) où l'on observe la plus forte participation des femmes aux consultations prénatales (Graphique 3.6).

On n'observe pas de disparité significative du nombre moyen de consultations effectuées lors des grossesses entre le milieu rural et le milieu urbain (respectivement 3,7 et 3,8) ni selon le niveau d'instruction des femmes (3,6 visites effectuées chez les femmes sans niveau d'instruction contre 4 chez celles de niveau supérieur) de même que quel que soit le groupe d'âge des femmes (3,7 visites effectuées chez les plus jeunes contre 3,8 chez les plus âgées).

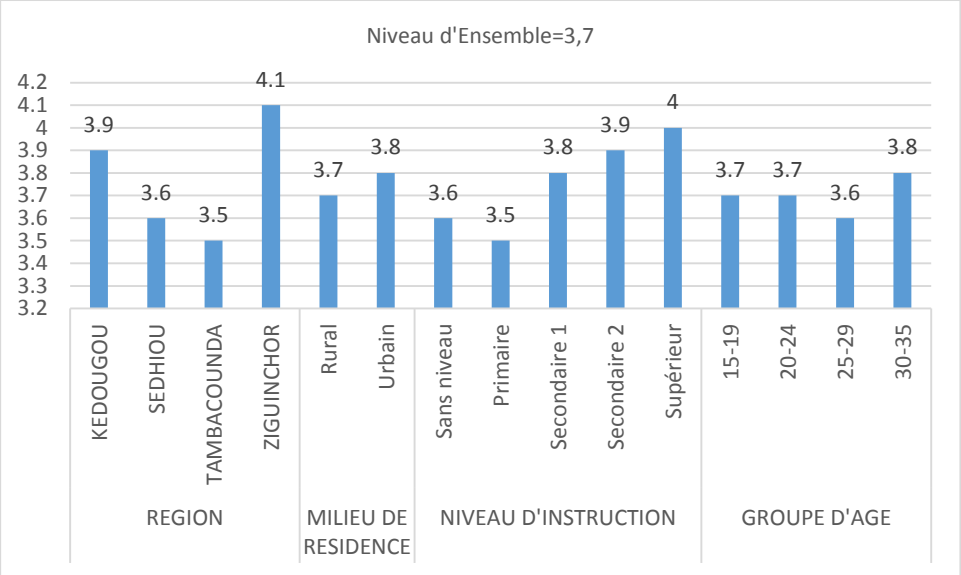
Toutefois, il existe de grandes variations entre ces femmes observées s'agissant du nombre de consultations prénatales effectivement fait en fonction des régions, du milieu de résidence, du niveau d'instruction et de l'âge (Tableau 3.A.8 en annexe).

Ainsi, dans l'ensemble, les plus fortes proportions du nombre de consultations prénatales effectivement fait par les femmes de 15-35 ans se situent à 34,8%, 26,7% et 13,6% pour 4, pour 3 et 5 consultations respectivement. On notera qu'au-delà de 6 visites, seules moins de 2% des femmes sont concernées.

Aussi, on notera que quel que soit la région, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et l'âge les plus grandes proportions de femmes à avoir effectué les visites prénatales se situent à 4 consultations.

Cependant, les femmes à avoir effectué le plus faible nombre (1) de consultations prénatales lors de leur grossesse sont celles de Tambacounda (11,4%) s'agissant de la région, celles du milieu rural concernant le milieu de résidence (7,5%) ainsi que celles sans aucun niveau (8%) en considérant le niveau d'instruction et celles du groupe d'âge 25-29 ans (8,1%).

Graphique 3-6 : Nombre moyen de consultations prénatales effectuées



3.2.3 Type d'établissement consulté lors de la dernière consultation

Si les résultats présentés au tableau 3.A.9 en annexe montrent que, les femmes de 15-35 ans effectuent en moyenne 3,7 consultations prénatales avant l'issue de leur grossesse, celles-ci ont recouru principalement à trois types de structure pour effectuer leur dernière consultation prénatale. Ainsi, elles recourent davantage au poste de santé (71%) suivis des centres de santé (14,8%) et des cases de santé (6,7%). L'utilisation des établissements publics de santé/hôpitaux pour la dernière consultation prénatale se chiffre à 5,6% et se situe en quatrième position en termes d'importance des types de structure pour ce type de recours. Les autres types d'établissement ne concernent que moins d'1% des femmes.

On note une différenciation du recours lors de la dernière consultation prénatale aux types de contraception suivant la région, le milieu de résidence et le niveau d'instruction.

Ainsi, on note que quel que soit la région, le milieu de résidence et le niveau d'instruction, les plus grandes proportions de femmes à avoir effectué un recours lors de la dernière consultation prénatale ont eu recours à un poste de santé. Cependant, les femmes de Ziguinchor (61,7%) s'agissant de la région, celles du milieu urbain concernant le milieu de résidence (63,7%) ainsi que celles du niveau supérieur (66,9%) en considérant le niveau d'instruction sont celles à avoir effectué le moins de consultations prénatales lors de leur grossesse dans ce type d'établissement.

Toutefois, il est à noter que, les femmes de Kédougou sont celles qui recourent le moins aux établissements publics de santé/hôpitaux (2,7%) et aux cases de santé (5,3%) quand celles de Sédhiou sont celles qui recourent le moins aux centres de santé (10,5%).

3.2.4 Type de personnel consulté lors de la dernière consultation

Les femmes de 15-35 ans qui ont eu à effectuer des consultations prénatales avant l'issue de leur grossesse recourent en majorité aux infirmière/sages-femmes pour effectuer leur consultation prénatale. En effet, elles ont près de neuf femmes sur dix (92,1%) à avoir eu consulté une infirmière/sage-femme lors de leurs consultations prénatales (Tableau 3.A.10 en annexe). C'est dire qu'outre ce type de personnel consulté, les autres personnels auxquels les femmes ont recours à lors de leurs consultations prénatales sont marginaux. Ceux-ci se présentent ainsi par ordre d'importance décroissant : les assistants(e) infirmiers(e) (3,5%), les docteurs en médecine (1,4%), les matrones/agents de santé communautaire (2,1%) et les matrones/assistantes traditionnelles (0,3%).

On note une différenciation du recours lors de la dernière consultation prénatale aux types de contraception suivant la région, le milieu de résidence et le niveau d'instruction.

Ainsi, on note que quel que soit la région, le milieu de résidence et le niveau d'instruction, les plus grandes proportions de femmes à avoir effectué un recours lors de la dernière consultation prénatale ont eu recours à une infirmière/sage-femme. Cependant, les femmes de Ziguinchor (88,5%) s'agissant de la région, celles du milieu rural concernant le milieu de résidence (91,2%) ainsi que celles du niveau primaire (86,3%) en considérant le niveau d'instruction sont celles à avoir effectué le moins eu recours aux infirmières/sages-femmes lors de leur grossesse.

Toutefois, il est à noter que, les femmes de Kédougou sont celles qui recourent le moins aux docteurs en médecine (0,8%), celles de Tambacounda recourent le moins aux assistants(e) infirmiers(e) (2,6%) quand celles de Sédhiou sont celles qui font le moins usage aux matrones/agents de santé communautaire (1,3%). Cependant, les femmes de Tambacounda sont celles qui recourent plus que les autres femmes des régions aux matrones/assistantes traditionnelles et guérisseurs traditionnels (0,3% et 0,1% respectivement).

3.2.5 Raisons de non recours aux consultations prénatales

Nombre de facteurs explique le non recours des femmes aux consultations prénatales lors de leur grossesse. Ceux-ci sont répertoriés sont présentés au tableau 3.A.11 en annexe.

Parmi les raisons évoquées, c'est d'une part la cherté des frais de consultations (29,4%) et d'autre part l'éloignement du centre de santé (14,3%) qui constituent les obstacles les plus fréquemment mentionnés par les femmes à leur non recours aux consultations prénatales dans un centre de santé.

Ces deux principales raisons sont les plus prononcées en milieu rural (30,6% et 15,9% respectivement), parmi les femmes les plus jeunes (39,7% et 22% respectivement). S'agissant du niveau d'instruction, les femmes de niveau d'instruction secondaire 2 sont celles qui évoquent le plus la raison liée à la cherté des frais de consultations (34,9%) quand celles de niveau secondaire 1 sont les plus exposées à l'éloignement

du centre de santé (28,5%). En ce qui concerne l'analyse régionale, la cherté des frais de consultation est la plus avancée à Ziguinchor (22,1%) quand l'éloignement du centre de santé l'est à Kédougou (22,1%).

3.2.6 Test du Sida lors de la grossesse

Trois questions ont été abordées en ce qi concerne le test du Sida lors de la grossesse pour cette étude : la proposition de réalisation d'un test de Sida, la réalisation de ce test et enfin le retrait du test effectué pendant la grossesse (Tableau 3.4).

Dans l'ensemble, il a été proposé à 63,9% des femmes enceintes de réaliser un test de Sida pendant la grossesse. Cette pratique est plus courante chez les femmes de la région de Ziguinchor (86,2%) tandis qu'elle l'est moins chez celles de Tambacounda (46,3%). Les femmes du milieu rural (61,6%) moins que leurs consœurs du milieu urbain (72,1%) sont concernées par cette situation. Par contre, cette pratique diminue avec l'âge, les 15-19 ans et les 20-24 ans ayant été plus exposés comparativement aux autres femmes des autres tranches d'âge plus élevées. Toutefois, on constate que cette pratique augmente avec le niveau d'instruction, les femmes les moins instruites c'est à dire sans niveau d'instruction étant moins exposées que leurs homologues de niveau d'instruction supérieur (56,8% contre 89,5% respectivement).

S'agissant de la proportion des femmes ayant effectué le test du VIH lors de la grossesse presque toutes les femmes enquêtées ont déclaré avoir effectué le test de dépistage du VIH soit 94,3 % de l'échantillon. Cette proportion connait principalement des fluctuations selon la région uniquement. En effet, alors que la proportion de femmes ayant réalisé le test du Sida se situe à près de 98% chez les femmes de Ziguinchor est n'est que 89,8% chez celles Tambacounda.

Enfin, pour ce qui est du retrait du résultat des tests effectués, on note que la quasi-totalité des femmes enquêtées ont déclaré avoir effectué le retrait du résultat de leur test de dépistage du VIH soit 94,5 % de l'échantillon. Egalement, comme dans le cas de la proportion des femmes ayant effectué le test du VIH, la proportion de femmes ayant procédé au retrait du résultat de leur test effectué ne présente des disparités que principalement selon la région uniquement. Ainsi, alors que cette proportion se chiffre à près de 94% chez les femmes de Ziguinchor, Tambacounda et Sédhiou, cette proportion n'est que 87,9% chez celles Kédougou.

Tableau 3-4 : Test du Sida lors de la grossesse

	Proposition de réalisation d'un test de Sida pendant la grossesse		Réalisation d'un test de Sida pendant la grossesse		Retrait du résultat du test de Sida	
	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
KEDOUGOU	69.3	366	92.5	253	87.9	235
SEDHIOU	68.9	690	96.3	476	97.4	458
TAMBACOUNDA	46.3	725	89.8	335	93.9	301
ZIGUINCHOR	88.2	300	97.9	265	96.5	259
rural	61.6	1627	94.9	1002	94.0	951
urbain	72.1	454	92.4	328	96.5	303
Sans niveau	56.8	1256	94.1	713	94.1	671
Primaire	60.3	98	94.2	59	96.0	56
Secondaire 1	75.7	411	94.2	311	94.2	293
Secondaire 2	76.6	198	93.8	152	94.3	142
Supérieur	89.5	89	96.2	80	100.0	77
NSP	51.4	29	100.0	15	96.1	15
15-19	64.6	384	94.5	248	92.3	235
20-24	67.3	585	94.9	394	95.9	373
25-29	61.6	566	94.0	348	94.8	327
30-35	62.1	546	93.6	339	94.6	318
Total	63.9	2081	94.3	1329	94.6	1253

3.2.7 Antitétanique lors de la grossesse

L'immunité acquise par le vaccin antitétanique chez la femme enceinte est une méthode efficace de prévention du tétanos néonatal, une des causes de la mortalité néonatale. D'une manière générale, 86% des femmes enquêtées ont déclaré avoir reçu le vaccin antitétanique lors de la CPN. Cependant des variations existent selon la région, le milieu de résidence et le niveau d'instruction (Tableau 3.5).

Cette proportion de femmes ayant reçu le vaccin antitétanique se chiffre à près de 90% et plus chez les femmes de Ziguinchor, Sédhiou et Kédougou alors qu'elle est n'est que 77,4% chez celles Tambacounda. Les femmes du milieu rural (84,6%) moins que leurs consœurs du milieu urbain (91,1%) sont concernées par cette situation. Toutefois, on constate que cette pratique augmente avec le niveau d'instruction, les femmes les moins instruites c'est à dire sans niveau d'instruction étant moins exposées que leurs homologues de niveau d'instruction supérieur (84% contre 88,6% respectivement).

Aussi, il ressort que dans l'ensemble, les femmes de 15-35 ans ont en moyenne reçu 1,9 injections de vaccin antitétanique avant l'issue de leur grossesse. Cette moyenne est légèrement plus faible dans les

régions de Tambacounda et Sédhiou (3,5 et 3,6 respectivement) comparativement à Kédougou (3,9) et à Ziguinchor à (4,1) où l'on observe la plus forte participation des femmes aux consultations prénatales. On n'observe pas de disparité significative du nombre moyen d'injections de vaccin antitétanique reçu lors des grossesses entre les régions, entre le milieu rural et le milieu urbain (respectivement 1,9 et 1,8) ni selon le niveau d'instruction des femmes (1,9 injections de vaccin antitétanique reçu chez les femmes sans niveau d'instruction contre 2,1 chez celles de niveau supérieur).

Tableau 3-5 : Vaccin antitétanique pendant la grossesse

	Injection de vaccin antitétanique pendant cette grossesse		Nombre de fois que l'injection a été reçu durant cette grossesse	
	%	Effectif	%	Effectif
KEDOUGOU	89,4	366	2,0	327
SEDHIOU	90,3	690	1,9	623
TAMBACOUNDA	77,4	725	1,8	559
ZIGUINCHOR	92,9	300	1,9	279
rural	84,6	1627	1,9	1374
urbain	91,1	454	1,8	413
Sans niveau	84,0	1256	1,9	1052
Primaire	85,6	98	1,8	84
Secondaire 1	88,8	411	1,8	365
Secondaire 2	91,7	198	1,8	182
Supérieur	88,6	89	2,1	79
NSP	90,6	29	1,4	26
15-19	89,2	384	1,9	343
20-24	85,2	585	1,8	498
25-29	84,4	566	1,9	477
30-35	86,3	546	1,9	469
Total	86,0	2081	1,9	1788

3.2.8 Traitement préventif du paludisme lors de la grossesse

Au cours de l'enquête, on a posé aux femmes enceintes la question de savoir si elles avaient pris des antipaludiques à titre préventif lors de leur grossesse. Cette prise a été quasi totale puisque une proportion relativement élevée de femmes (81,5%) a eu à être soumise à la prise d'antipaludéen à titre préventif lors de leur grossesse (Graphique 3.7).

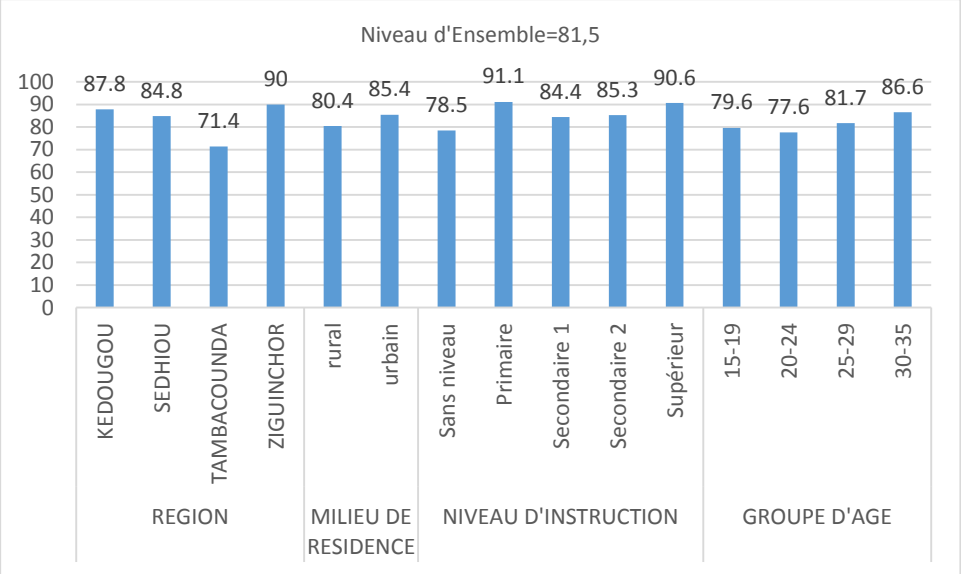
Des écarts énormes existent entre les femmes des régions selon la prise des antipaludiques à titre préventif lors de leur grossesse. La région de Ziguinchor est celle où cette pratique a été la plus observée

(90%) par rapport aux autres régions particulièrement à Tambacounda et Sédhiou où cette proportion se situe à 71,4% et à 84,8% respectivement.

Egalement, on constate que les écarts entre les femmes du milieu urbain et celles du milieu rural sont très importants (85,4% et 80,4% respectivement) de même qu'entre les femmes de niveau supérieur et celles sans niveau (90,6% et 78,6% respectivement).

Par contre, la prise d'antipaludéens tend à augmenter avec l'âge allant de 79,6% dans les tranches d'âge de 15-19 ans à 86,6% dans celles de 30-35 ans.

Graphique 3-7 : Prise d'antipaludéen pendant la grossesse

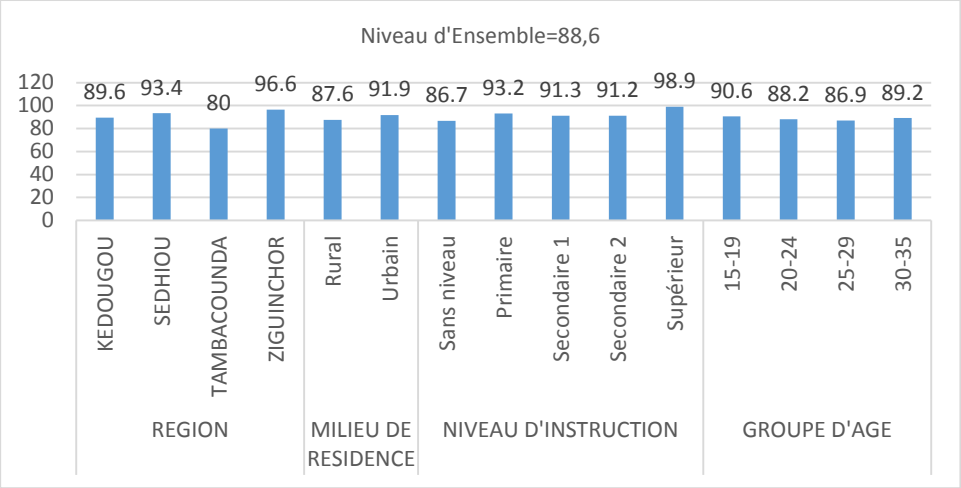


3.2.9 Prise de fer lors de la grossesse

La prise de fer lors de la grossesse a été quasi totale puisque près de 9 femmes sur 10 (88,6%) l'ont fait pendant leur grossesse. Cependant, des écarts énormes de différenciation de la prise de fer lors de la grossesse suivant la région, le milieu de résidence et le niveau d'instruction (Graphique 3.8).

En effet, la région de Ziguinchor est celle où cette pratique a été la plus observée (96,6%) par rapport aux autres régions particulièrement à Tambacounda où cette proportion se situe à 80%. Aussi, on constate que les écarts entre les femmes du milieu urbain et celles du milieu rural sont très importants (91,9% et 87,6% respectivement) de même qu'entre les femmes de niveau supérieur et celles sans niveau (96,9% et 86,7% respectivement).

Graphique 3-8 : Prise de fer pendant la grossesse (%)



3.3 RECOURS AUX SOINS A L'ACCOUCHEMENT

Quatre différents éléments meublent l'objet des recours aux soins à l'accouchement. D'abord le lieu de l'accouchement, le type de personnel ayant assisté l'accouchement, ensuite les raisons de non accouchement dans un centre de santé et enfin les complications de grossesse (accouchement par césarienne).

3.3.1 Lieu à l'accouchement

Parmi les naissances survenues, plus des trois cinquièmes se sont déroulées dans un établissement de santé (65,2 %), principalement dans le secteur public (64,3% contre 0,9 % pour le secteur privé) (Tableau 3.A.12 en annexe). À l'opposé, dans 33,5 % des cas, les femmes ont accouché à domicile.

On observe des disparités importantes selon la région de résidence puisque seulement 3,4% des femmes de la région de Ziguinchor ont accouché à la maison alors que cette proportion atteint 47,1% dans la région de Tambacounda.

Les résultats montrent aussi que les femmes du milieu rural (40,1%) accouchent plus fréquemment à domicile que celles du milieu urbain (9,7%).

On constate que cette proportion de femmes ayant accouché à domicile diminue avec le niveau d'instruction de la femme : de 42,7% pour les femmes sans niveau, elle diminue régulièrement pour atteindre 2,8% pour les femmes de niveau supérieur.

Les accouchements à domicile ne sont pas spécifiques pour une tranche d'âge des femmes puisqu'on n'observe pas de variations significatives entre femmes ayant accouché à domicile selon la tranche d'âge.

3.3.2 Personnel ayant assisté l'accouchement

Les résultats du tableau 3.A.13 en annexe montrent que 67,9% des naissances se sont déroulées avec l'assistance de personnel de santé formé, soit une proportion relativement plus élevée que celle des naissances survenues dans un établissement de santé (65,2%), ce qui pourrait indiquer qu'un certain nombre d'accouchements sont assistés par du personnel de santé en dehors des formations sanitaires. Dans l'ensemble, les infirmières ou sages-femmes ont fourni une assistance dans 58,9% des cas et 1,8% des naissances se sont déroulées avec l'assistance d'un médecin. Cependant, à Ziguinchor, ces proportions sont respectivement de 72,6% et 4,3%.

Par ailleurs, 1,4% des naissances sont assistées par une accoucheuse traditionnelle et près d'un quart (28,3%) par des parents ou autres personnes. Enfin, 2,1% des femmes ont accouché sans aucune aide.

On retrouve ici les mêmes variations que celles déjà constatées pour le lieu d'accouchement à savoir que ce sont les naissances du milieu urbain (89,8%), des régions de Ziguinchor (96,4%), Kedougou (68,2%) et Sédhiou (68,4%) et celles issues des mères ayant un niveau d'instruction secondaire 2nd cycle ou plus (87,4%%) qui ont le plus fréquemment été assistées par un personnel formé.

Si dans l'ensemble 1,4% des naissances se sont déroulées avec l'assistance d'une accoucheuse traditionnelle, cette proportion atteint 1,6% en milieu rural, 2% dans la région de Tambacounda, 5% au sein des femmes de niveau primaire et 4,4% chez les femmes plus jeunes.

3.3.3 Raisons de non accouchement dans un centre de santé

Dans les pays où l'accès aux soins de santé n'est pas généralisé, de nombreux facteurs peuvent empêcher les femmes de recevoir des avis médicaux et des traitements quand elles en ont besoin. Au cours de cette enquête, on a demandé aux femmes n'ayant pas accouché dans un centre de santé les raisons qui justifient leur non accouchement dans un centre de santé. Les résultats sont présentés au tableau 3.A.14 en annexe.

Parmi les raisons évoquées, c'est l'éloignement du centre de santé (27,3%) d'une part et la cherté des frais d'accouchement (26,3%) d'autre part qui constituent les obstacles les plus fréquemment mentionnés par les femmes à leur non accouchement dans un centre de santé.

Ces deux principales raisons sont les plus prononcées à Tambacounda (respectivement 27,2% et 29,2%) et en milieu rural (28,4% et 26,8% respectivement).

Cependant, l'éloignement du centre de santé est plus le fait des femmes sans niveau d'instruction et de niveau secondaire 1 (28,7% pour chacune de ces catégories) quand la cherté des frais d'accouchement est plus le fait des femmes de niveau supérieur (49,6%).

S'agissant des femmes les plus jeunes, elles avancent la cherté des frais d'accouchement comme l'obstacles le plus fréquemment mentionnés à leur non accouchement dans un centre de santé tandis que ce sont celles du groupe d'âge 20-24 ans qui estiment le plus l'éloignement du centre de santé (31,6%) comme étant un frein à leur délivrance dans un centre de santé.

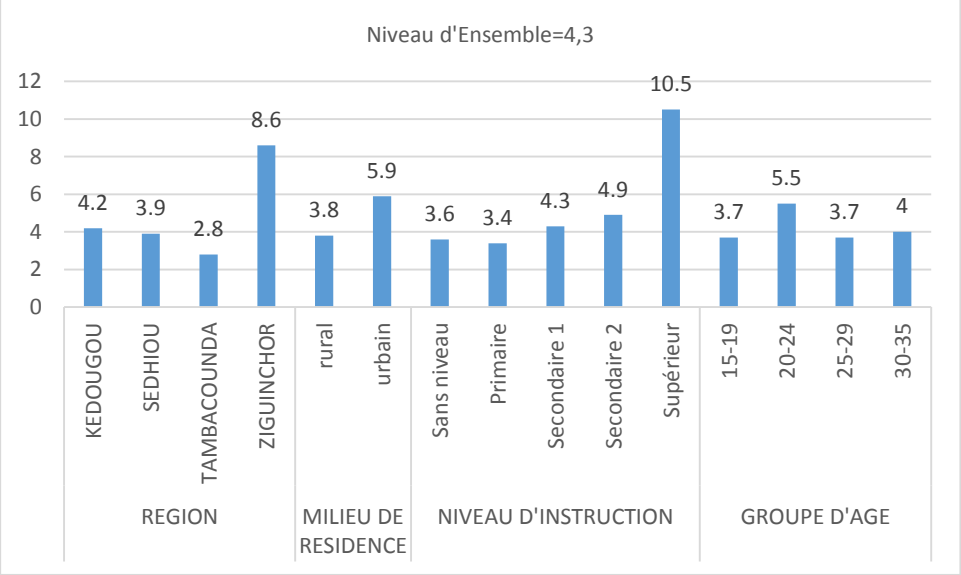
On peut noter outre ces deux principales raisons, celles relatives aux femmes ayant déclaré qu'il n'y avait pas de moyen de transport pour se rendre dans un centre de santé (12,9%) ou qu'il était trop tard pour se rendre au service de santé (12,3%) de même que celles ayant avancé la mauvaise connaissance du personnel de santé (7%) pour expliquer leur non recours à un centre de santé pour l'accouchement.

3.3.4 Complications de grossesse (accouchement par césarienne)

Au cours de l'enquête, on a demandé aux femmes qui avaient eu une naissance vivante, si elles avaient connu des complications de grossesse ayant abouti à un accouchement par césarienne (Graphique 3.9). Ainsi, une césarienne a été pratiquée dans 4,3% des cas de grossesse des femmes de 15-35 ans. C'est à Ziguinchor (8,9%), à Kédougou (4,2%) et à Sédhiou (3,9%) que le recours à cette intervention est le plus fréquent.

On note également que le pourcentage d'accouchements par césarienne est plus élevé parmi les femmes ayant un niveau secondaire ou plus (15,4%), parmi celles vivant en milieu urbain (5,9%) et celles de la tranche d'âge 20-24 ans.

Graphique 3-9 : Complications de la grossesse (%)



3.4 REGULATION DE LA FECONDITE

Les aspects relatifs à aux grossesses arrivées à contretemps (plus tôt ou ne voulait pas/plus d'enfants) selon les femmes interrogées, l'opinion des couples concernant l'utilisation de la contraception, l'utilisation actuelle de la contraception par les femmes ainsi que le type de contraception utilisée seront ici abordés en ce qui concerne la régulation de la fécondité. Egalement, on aborde les sources d'approvisionnement en contraceptifs de même que les raisons liées à la non utilisation de la contraception par les femmes.

3.4.1 Proportion de grossesses arrivées à contretemps (plus tôt ou ne voulait pas/plus d'enfants)

La forte proportion des femmes dont la grossesse en cours est jugée opportune (72,1%) notifiée dans le tableau 3.6 justifierait, entre autres, que seules 13% utilisent une méthode contraceptive (section 3.29 à venir). En effet, des femmes de 15-35 ans interrogées 26,6 % estiment que leur grossesse est arrivée à contretemps puisqu'elles le voulaient pour plus tard quand seulement une proportion négligeable (1%) a jugé sa présente grossesse inopportune.

Les inégalités entre femmes des régions ayant jugé leur grossesse en cours comme opportune sont moins prononcées en faveur des femmes de la région de Ziguinchor (67,7%) comparativement à leurs homologues des autres régions où cette proportion se situe autour de72%.

Les grossesses inopportunes sont plus le fait des femmes citadines comparées aux femmes rurales puisque 73,3% des femmes rurales ont déclaré que leur grossesse en cours est arrivée au moment même où elles le voulaient contre 68,1% pour celles des milieux urbains. De même, ce même constat se maintient des femmes des jeunes groupes d'âge (15-19 ans) à celles du groupe d'âge le plus élevé (30-35 ans). Ainsi, 36,2% des femmes de 15-19 ans ont déclaré que leur grossesse en cours est arrivée au moment même où elles ne le voulaient pas contre 25,9% pour celles de 30-35 ans.

Tableau 3-6: Proportion de grossesses arrivées à contretemps

	OUI À CE MOMENT-LÀ	OUI MAIS PLUS TARD	NE PAS/ PLUS AVOIR D'ENFANT	Total	
KEDOUGOU	72,3	27,7	0,0	100	41
SEDHIOU	72,5	27,5	0,0	100	90
TAMBACOUNDA	73,0	26,0	1,0	100	153
ZIGUINCHOR	67,7	27,1	5,1	100	35
rural	73,3	25,3	1,4	100	262
urbain	68,1	31,9	0,0	100	57
Sans niveau	76,2	23,1	0,7	100	206
Primaire	100	0,0	0,0	100	6
Secondaire 1	68,7	30,1	1,2	100	62
Secondaire 2	60,7	36,4	2,9	100	32
Supérieur	34,8	65,2	0,0	100	9
NSP	100	0,0	0,0	100	4
15-19	63,8	34,9	1,3	100	68
20-24	80,2	18,7	1,1	100	99
25-29	67,8	32,2	0,0	100	82
30-35	74,0	24,1	1,8	100	70
Total	72,1	26,8	1,0	100	319

3.4.2 Opinion sur les couples qui utilisent la contraception

Le graphique 3.10 montre que, 53,1% des femmes sont opposées à l'usage des méthodes contraceptives pour la régulation des naissances. La région de Tambacounda est la plus concernée par cette situation avec 63% de femmes, suivies de Kédougou (56,5%), de Sédhiou (50,2%) et de Ziguinchor (39,6%).

Les femmes du milieu rural (56,1%) plus que leurs consœurs du milieu urbain (43,9%) s'opposent à l'usage des méthodes contraceptives ; par contre, l'opposition à l'utilisation des méthodes contraceptives diminue avec l'âge, les 15-19 ans étant les plus opposées à cette usage comparativement aux autres femmes des différentes tranches d'âge plus élevées (58,5% contre 49,4% pour celles de 30-35 ans).

Toutefois, on constate que l'opposition à l'utilisation de la contraception diminue avec le niveau d'instruction, les femmes les moins instruites c'est à dire sans niveau d'instruction étant plus exposées que leurs homologues de niveau d'instruction supérieur (60,6% contre 25,5% respectivement).

3.4.3 Utilisation actuelle de la contraception

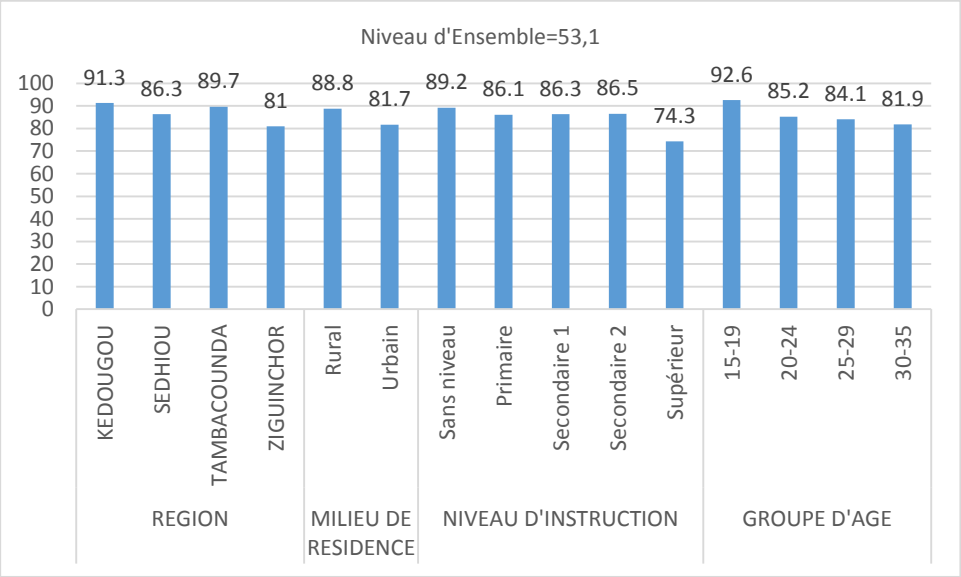
On a demandé à toutes les femmes qui n'étaient pas enceintes si elles n'utilisaient pas actuellement une méthode pour éviter de tomber enceinte. Les réponses à cette question permettent d'estimer la prévalence de la non utilisation de la contraception actuelle.

Les résultats présentés au graphique 3.11 montrent que, parmi toutes ces femmes, 87% n'utilisaient aucune méthode contraceptive. La région de Kédougou est la plus concernée par cette non utilisation avec 91,3% de femmes, suivies de Tambacounda (89,7%), de Sedhiou (86,3%) et de Ziguinchor (81%).

Les femmes du milieu rural (88,8%) plus que leurs consœurs du milieu urbain (81,7%) n'utilisent pas de méthodes contraceptives. Par contre, la non utilisation de méthodes contraceptives diminue avec l'âge, les 15-19 ans utilisant les moins une contraception comparativement aux autres femmes des différentes tranches d'âge plus élevées (92,6% contre 81,9% pour celles de 30-35 ans).

Toutefois, on constate que la non utilisation de la contraception diminue avec le niveau d'instruction, les femmes les moins instruites c'est à dire sans niveau d'instruction étant plus exposées que leurs homologues de niveau d'instruction supérieur (89,2% contre 74,3% respectivement).

Graphique 3-10 : La non utilisation de la contraception



3.4.4 Type de contraception utilisé

Si les résultats présentés au tableau 3.A.15 en annexe montrent que, parmi toutes les femmes de 15-35 ans interrogées, seules 13% utilisent une méthode contraceptive, celles-ci utilisent davantage la contraception moderne avec des injectables (36,9%), des implants (21,9%), des préservatifs masculins (18,9%), des pilules (8,3%) et des DIU (3,7%).

On note une différenciation du recours aux types de contraception suivant la région. Ainsi, les femmes de Tambacounda sont celles qui recourent le plus aux injectables (48,3%) et aux pilules (11,2%), celles de Ziguinchor sont celles qui recourent le plus préservatifs masculins et féminins (41% et 0,8%

respectivement) quand celles de Kédougou et de Sédhiou sont celles qui recourent le plus aux diaphragme et aux DIU (2,3% et 4,4% respectivement).

L'analyse de la prévalence contraceptive selon le milieu de résidence indique des disparités entre les femmes. Ainsi, on note que la prévalence contraceptive pour l'ensemble des méthodes est plus élevée en milieu urbain (18,3%) qu'en milieu rural (11,3%).

En milieu urbain comme en milieu rural, les méthodes modernes les plus fréquemment utilisées par les femmes sont les injectables (37,4% en zone urbaine et 36,5% en zone rurale), les implants (24,1% en zone urbaine et moins de 20,7% en zone rurale), le préservatif (11% zone urbaine contre 23,2% en zone rurale) et la pilule (13,5% zone urbaine contre 5,5% en zone rurale).

Aussi, on constatera que selon ces données, la prévalence de la contraception, augmente de façon très importante avec l'âge et le niveau d'instruction ; les femmes des groupes d'âges les plus avancées et celles les plus instruites le pratiquant davantage que les autres catégories de femmes.

3.4.5 Source d'approvisionnement en contraceptifs

Une bonne connaissance des endroits ou des canaux par lesquels les femmes se procurent les méthodes contraceptives peut aider à évaluer la contribution des services publics et privés dans la distribution et la vente des méthodes contraceptives. Elle peut aussi permettre de redéployer les efforts de marketing social ou de distribution communautaire de ces méthodes.

Le tableau 3.33 montre que 85,4% des utilisatrices actuelles de la contraception s'adressent au secteur public pour se procurer leur méthode. Dans 82,2% des cas, les femmes obtiennent leur méthode auprès d'un hôpital ou d'un centre de santé. Le secteur privé non médical (boutique, marché amis, parents etc.) couvre 14,6% de l'approvisionnement.

Pour ces 82,2% s'adressant auprès d'un hôpital ou d'un centre du secteur public pour se procurer leur méthode 73,3% le font par l'intermédiaire d'un infirmier/sage-femme, 6% auprès d'un pharmacien, 2,5% auprès d'un(e) assistant(e)/infirmier(e) et 2,1% auprès d'un docteur en médecine.

On note une différenciation des canaux par lesquels les femmes se procurent les méthodes contraceptives suivant la région. Ainsi, les femmes de Tambacounda sont celles qui recourent le plus à d'un infirmier/sage-femme (90,2%), celles de Ziguinchor sont celles qui recourent le plus aux pharmaciens et à un(e) assistant(e)/infirmier(e) (13,9% et 4,8% respectivement) quand celles de Sedhiou sont celles qui recourent le plus aux docteurs en médecine (4,7%).

3.4.6 Raisons de la non utilisation de la contraception

Cinq raisons majeures (Tableau 3.A.17 en annexe) sont avancées par les femmes de 15-35 ans non utilisatrices de contraception au moment de la période d'enquête. Soit parce qu'elles :

- sont non sexuellement actives (28%) ;
- sont contre l'utilisation de la contraception pour la régulation des naissances (21,3%) ;
- sont à la recherche d'un enfant donc aimeraient tomber enceinte (14,2%) ;
- sont en relation avec un partenaire opposé l'utilisation de la contraception (6,3%) ;
- ont peur des effets secondaires des méthodes contraceptives (5,2%).

En dehors des femmes n'étant pas sexuellement actives, les trois autres principales raisons justifiant le non recours par les femmes de 15-35 ans à l'utilisation de la contraception pour la régulation des naissances sont plus le fait des populations féminines rurales qu'urbaines. En effet, 22,3%, 15,2% et 6, 8% des femmes rurales se déclarent contre l'utilisation de la contraception pour la régulation des naissances, à la recherche d'un enfant donc aimerait tomber enceinte et en relation avec un partenaire opposé l'utilisation de la contraception contre respectivement 18%, 10,8% et 4,5% pour leurs homologues du milieu urbain.

On note une disparité significative entre les régions en termes d'obstacles que rencontrent les femmes qui n'ont pas eu accéder aux services de la contraception pour la régulation des naissances concernant les cinq principales raisons ci-dessus évoquées.

En effet, la peur des effets secondaires de l'utilisation de la contraception ainsi que l'inactivité sexuelle sont le plus le fait des femmes de Ziguinchor (11,1% et 38,2%) tandis que celles relatives à l'opposition du partenaire et à la recherche de tomber enceinte sont le plus avancés par celles de Kédougou (8,9% et 19,9% respectivement). En outre, les femmes de Tambacounda sont celles qui sont les plus opposées elles-mêmes à l'usage de la contraception pour la régulation des naissances (23,5%).

CONCLUSION

Quatre aspects ont été abordés à savoir, d'abord l'état de santé des femmes et de leurs recours aux soins en général, ensuite les soins prénatals, le recours aux soins à l'accouchement et enfin la régulation de la fécondité.

S'agissant de l'état de santé des femmes et de leurs recours aux soins en général, dans l'ensemble, près de 9 femmes de 15-35 ans sur 10 interrogées (88,3%) ont estimé disposer selon leur perception d'un solide état de santé. même si toutefois, un dixième (9,8%) de cette population souffre d'au moins un handicap ou de maladies chroniques : les maladies chroniques (8,4%) étant plus fréquentes que les handicaps (1,4%). Ces différents handicaps étant de type physique (0,6%), visuel (0,3%), mental (0,2%), surdité/mutité (0,2%) et d'autres types d'handicap (0,1%). Hormis ces handicaps ou maladies chroniques dont souffrent les femmes, près d'une femme sur dix (11,8%) de maladies non chroniques que les maladies des muscles/os (1,9%), les troubles digestifs (0,9%), les anémies (0,4%) et les pneumonies (0,3%). Ces maladies non chroniques ont alité ces femmes durant 5,1 jours en moyenne soit deux jours de moins à Ziguinchor (3,6 jours). Pour ces différents cas de maladies chroniques ou non, 37,4% des femmes ont eu recours à un personnel médical. Un recours aux soins/traitements relativement de même importance aussi bien en en milieu rural qu'en milieu urbain (37,3% et 37,8% resp.) et plus important dans les régions de Tambacounda (44,4%) et de Kédougou (45,4%) que dans les autres régions. les raisons économiques relatives à la cherté des prestations de services de santé (37,0%) et en seconde les pesanteurs socio-culturelles liées à la perception même de la gravité que se font les personnes sujettes à la maladie (17,0%) sont avancées pour celles n'ayant eu recours à un personnel médical. On note une réaction assez rapide des enquêtes à faire recours à un centre de santé en cas de maladie, et ce quel que soit leur milieu de résidence. En effet, 86,2% se rendent dans un centre de santé dans les 48 heures ayant suivi la constatation de la maladie, soient respectivement 45,2% dans les 24 heures et 41% entre 24 et 48 heures. Les femmes de Kédougou (17,1mn), Ziguinchor (18,2 mn) et Sédhiou (38,2 mn) enregistrent un temps d'attente relativement moins long que celui de Tambacounda (86,4 mn) lorsqu'elles se rendent dans les structures sanitaires. La prise d'antipaludéen a été effective pour seulement 18,1% en cas de fièvre par les femmes en âge de procréer, une situation plus alarmante chez celles de Ziguinchor (13,1%).

En ce qui concerne les soins prénatals, les éléments de l'efficacité de la consultation prénatale tels que le nombre de CPN effectuées, le type d'établissement dans lequel il est effectué ainsi que le type de personnel consulté tout au long d'une grossesse mais aussi entre autre de la pratique du test du VIH lors de la CPN et du vaccin antitétanique ont été renseignés. Ainsi, en ce qui concerne le

nombre de visites recommandés, globalement, seules 28,7% (2,6% pour 0 visite, 1,9%, 4,6% et 19,6% pour respectivement 1, 2 et 3 visites recommandées) des femmes n'ont pas une connaissance parfaite du paquet minimum de soins prénatals requis tout au long de leur grossesse une situation plus aggravée à Sédhiou (27%). En ce concerne, l'estimation que les femmes se font de la proportion de femmes qui achèvent au moins 4 consultations prénatales tout au long de leur grossesse, elle se situe à 82,8%, le plus faible niveau étant observé à dans la région de Tambacounda (74,8%). En moyenne près de 4 consultations prénatales (3,7) recommandées ont été effectué par les femmes. Le plus faible nombre de consultations prénatales (1) a été observé à Tambacounda (11,4%), en milieu rural (7,5%), chez celles sans aucun niveau (8%) et chez les 25-29 ans (8,1%). Les femmes recourent principalement à trois types de structure pour effectuer leur dernière consultation prénatale : les postes de santé (71%), les centres de santé (14,8%) et les cases de santé (6,7%). Les femmes de Kédougou sont celles qui recourent le moins aux établissements publics de santé/hôpitaux (2,7%) et aux cases de santé (5,3%) quand celles de Sédhiou sont celles qui recourent le moins aux centres de santé (10,5%). Près de neuf femmes sur dix (92,1%) ont consulté une infirmière/sage-femme lors de leurs consultations prénatales pour celles qui n'ont pu le faire, la cherté des frais de consultations (29,4%) et l'éloignement du centre de santé (14,3%) sont les obstacles les plus fréquemment mentionnés. La proposition de la réalisation d'un test de Sida pendant la grossesse aux femmes enceintes (63,9%), l'effectivité de ce test (94,3%) ainsi que le retrait du résultat de celui-ci (94,5%) sont une réalité. Une proportion de 86% des femmes ont reçu le vaccin antitétanique lors de la CPN, légèrement mois à Tambacounda (77,4%) quand 81,5% de femmes ont été soumises à la prise d'antipaludéen à titre préventif lors de leur grossesse. La prise de fer lors de la grossesse a été quasi totale dans la mesure où près de 9 femmes sur 10 (88,6%) l'ont fait pendant leur grossesse, une moyenne huit points au-dessus des femmes de (80%).

Quant aux recours aux soins à l'accouchement on retient que 33,5% des femmes ont accouché à domicile, une situation plus récurrente à Tambacounda (47,1%). Une proportion relativement élevée de naissances s'est déroulée avec l'assistance de personnel de santé formé (67,9%) dont 58,9% avec l'aide des infirmières ou sages-femmes, 3,3% avec les assistants infirmiers et 1,8% avec l'assistance d'un médecin et 4% avec l'assistance d'un agent de santé communautaire. Celles n'ayant pu délivrer en présence d'un personnel de santé avancent deux principales raisons : l'éloignement du centre de santé (27,3%) et la cherté des frais d'accouchement (26,3%). Une césarienne a été pratiquée dans 4,3% des cas de grossesse des femmes en générale quand celle proportion est plus prononcée à Ziguinchor (8,9%).

Enfin, pour ce qui est de la régulation de la fécondité, on retiendra qu'une forte proportion de femmes (72,1%) ont jugé opportune leur grossesse justifiant ainsi d'une part que seules 13% des

femmes utilisent une méthode contraceptive et d'autre part que 53,1% des femmes se sont dites opposées à l'usage des méthodes contraceptives pour la régulation des naissances. Cette proportion de femmes contre l'usage des méthodes contraceptives est plus importante dans la région de Tambacounda (63%) comparée à Ziguinchor (39,6%). Pour celles utilisant la contraception moderne, elles sont de type injectables (36,9%), d'implants (21,9%), de préservatifs masculins (18,9%), de pilules (8,3%) et de DIU (3,7%). Ainsi, les femmes de Tambacounda sont celles qui recourent le plus aux injectables (48,3%) et aux pilules (11,2%), celles de Ziguinchor sont celles qui recourent le plus préservatifs masculins et féminins (41% et 0,8% respectivement) quand celles de Kédougou et de Sédhiou sont celles qui recourent le plus aux diaphragme et aux DIU (2,3% et 4,4% respectivement). Dans 82,2% des cas, les femmes obtiennent leur méthode auprès d'un hôpital ou d'un centre de santé. Le secteur privé non médical (boutique, marché amis, parents etc.) couvre 14,6% de l'approvisionnement. Pour ces 82,2% s'adressant auprès d'un hôpital ou d'un centre du secteur public pour se procurer leur méthode 73,3% le font par l'intermédiaire d'un infirmier/sage-femme, 6% auprès d'un pharmacien, 2,5% auprès d'un(e) assistant(e)/infirmier(e) et 2,1% auprès d'un docteur en médecine.

ANNEXES CHAPITRE 3

Tableau 3.A.1 : Occurrence (en %) des différents types de maladie chronique et handicap chez les femmes de 15-35 ans

	HANDICAP PHYSIQUE	HANDICAP MENTAL	CÉCITÉ	SURDITÉ/MUTITÉ	AUTRE HANDICAP	TROUBLE CARDIAQUE	DIABÈTE	ÉPILEPSIE	ASTHME	CANCER	VIH/SIDA	TUBERCULOSE	HYPERTENSION	AUTRE MALADIE CHRONIQUE
KEDOUGOU	.6	.3	.0	.0	.3	.7	.0	.1	.1	.1	.0	.1	.4	1.7
SEDHIOU	.9	.2	.4	.3	.1	.5	.0	.3	1.4	.1	.0	.0	1.3	7.4
TAMBACOUNDA	.3	.2	.2	.1	.0	.4	.1	.1	.8	.0	.0	.0	1.0	4.4
ZIGUINCHOR	.8	.3	.7	.3	.1	.7	.2	.3	2.0	.1	.0	.0	1.1	8.5
rural	.7	.3	.4	.2	.1	.6	.1	.2	.9	.1	.0	.0	.9	5.3
urbain	.5	.1	.2	.2	.0	.3	.0	.3	1.6	.1	.0	.1	1.3	6.9
15-19	.6	.2	.2	.0	.1	.4	.0	.3	1.2	.0	.0	.0	.3	4.6
20-24	.3	.2	.4	.4	.0	.2	.0	.4	.7	.0	.0	.0	.6	5.6
25-29	.7	.3	.2	.4	.1	.4	.1	.1	1.1	.1	.1	.1	1.9	6.8
30-35	1.0	.3	.6	.0	.1	1.3	.3	.0	1.4	.1	.0	.0	2.0	6.9
Sans niveau	.6	.3	.3	.2	.1	.7	.1	.1	.8	.1	.0	.0	1.0	5.5
Primaire	1.4	.9	.5	.0	.0	.7	.0	1.3	1.2	.0	.0	.2	1.5	7.0
Secondaire 1	1.0	.2	.5	.2	.0	.3	.0	.2	.9	.0	.0	.0	1.2	4.1
Secondaire 2	.2	.0	.0	.1	.1	.2	.1	.3	1.7	.0	.0	.0	.6	6.6
Supérieur	.4	.1	.6	.2	.0	.6	.0	.5	2.7	.3	.0	.0	1.4	9.8
NSP	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.6	.0	.0	.0	.0	.4	1.7
Total	.6	.2	.3	.2	.1	.5	.1	.2	1.1	.1	.0	.0	1.0	5.7

Tableau 3.A.2 Les symptômes (en %) chez les femmes de 15-35 ans' selon la région, le milieu et l'âge de la femme

	AUTRES DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES	VIH/SIDA	ROUGEOLE	CANCER	ANÉMIE	DIABÈTE	MALNUTRITION	TROUBLES MENTAUX	MALADIE CARDIAQUE
KEDOUGOU	1.9	.0	.0	.1	.1	.0	.1	.2	.2
SEDHIOU	2.8	.1	.0	.0	.5	.1	.0	.1	.1
TAMBACOUNDA	2.7	.1	.0	.0	.5	.0	.0	.1	.2
ZIGUINCHOR	2.1	.0	.0	.2	.1	.0	.0	.1	.1
Total	2.5	.1	.0	.1	.4	.0	.0	.1	.1
rural	2.3	.1	.0	.1	.4	.0	.0	.1	.2
urbain	3.1	.1	.0	.0	.5	.1	.0	.0	.1
Total	2.5	.1	.0	.1	.4	.0	.0	.1	.1
15-19	2.1	.0	.0	.0	.3	.0	.0	.1	.1

20-24	3.2	.2	.0	.2	.6	.0	.0	.2	.1
25-29	1.8	.1	.0	.1	.2	.1	.0	.1	.3
30-35	3.0	.1	.0	.0	.5	.0	.1	.0	.1
Total	2.5	.1	.0	.1	.4	.0	.0	.1	.1
Sans niveau	2.5	.2	.0	.0	.3	.0	.0	.2	.2
Primaire	3.9	.0	.0	.0	.7	.0	.0	.0	.0
Secondaire 1	2.2	.0	.0	.2	.7	.0	.0	.0	.1
Secondaire 2	1.9	.0	.0	.0	.4	.0	.0	.1	.2
Supérieur	3.4	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0
NSP	2.7	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0
Total	2.5	.1	.0	.1	.4	.0	.0	.1	.1

Tableau 3.A.3 Raisons de non recours aux soins en pourcentage selon la région et le Milieu

	TROP CHER	TROP LOIN	TROP OCCUPÉ(E) (TRAVAIL, ENFANTS)	N'ÉTAIT PAS SUFFISAMMENT MALADE	LA STRUCTURE DE CET ÉTABLISSEMENT EST MAUVAISE	L'ÉTABLISSEMENT A DES STOCKS INSUFFISANTS	MAUVAISE ATTITUDE DU PERSONNEL	MAUVAISES CONNAISSANCES DU PERSONNEL	NE FAIT PAS CONFIANCE AU PERSONNEL
KEDOUGOU	42.8	6.4	13.0	18.5	.0	.0	.0	.0	.0
SEDHIOU	29.3	5.9	4.7	21.6	.0	.3	.4	.0	9.9
TAMBACOUNDA	42.5	13.1	1.2	11.9	.0	.8	.2	.0	7.7
ZIGUINCHOR	40.3	7.6	15.4	15.1	.0	1.4	.0	1.0	2.1
rural	39.3	11.7	5.6	16.4	.0	.6	.2	.2	6.8
urbain	29.9	.1	6.3	18.7	.0	.7	.3	.0	7.4
15-19	29.3	6.9	2.8	21.0	.0	.0	.0	.0	2.3
20-24	43.8	11.6	5.9	18.6	.0	.0	.7	.0	5.4
25-29	37.1	9.5	6.2	15.0	.0	.9	.0	.0	10.3
30-35	40.5	7.7	9.5	11.3	.0	1.8	.4	.6	12.2
Sans niveau	41.0	10.6	5.8	13.7	.0	.9	.0	.2	9.5
Primaire	54.4	10.5	4.8	18.8	.0	.0	.0	.0	2.2
Secondaire 1	33.9	5.8	6.6	17.3	.0	.5	.9	.0	4.1
Secondaire 2	21.0	8.6	5.5	27.4	.0	.0	.0	.0	.0
Supérieur	31.2	.6	5.1	16.6	.0	.0	1.5	.0	11.5
NSP	19.3	.0	.0	80.7	.0	.0	.0	.0	.0
Total	37.0	8.8	5.8	17.0	.0	.6	.3	.1	7.0

Tableau 3.A.3 Raisons de non recours aux soins en pourcentage selon la région et le Milieu (suite)

	PERSONNEL HABITUELLEMENT ABSENT	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ FERMÉ	PAS DE TRANSPORT	MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS	HORAIRES PEU PRATIQUES	LONGUES ATTENTES	PRÉFÈRE LES SOINS À LA MAISON	AUTRE
1. KEDOUGOU	1.7	.0	.0	.0	.0	2.3	14.5	22.8
2. SEDHIOU	.0	.0	1.3	.4	.0	.0	4.9	52.0
3. TAMBACOUNDA	.5	.0	4.5	1.0	.9	.0	8.1	43.4
4. ZIGUINCHOR	4.7	3.3	2.1	.0	.0	.0	15.1	21.4
Total	1.0	.4	2.4	.5	.3	.3	8.5	41.6
rural	1.3	.6	3.2	.7	.4	.3	6.4	40.5
urbain	.0	.0	.0	.0	.0	.0	14.6	44.9
Total	1.0	.4	2.4	.5	.3	.3	8.5	41.6
15-19	1.9	.0	1.8	.0	.0	.0	12.6	40.6
20-24	.7	.0	4.2	1.0	.0	1.1	7.5	28.3
25-29	.9	.6	2.1	.0	.0	.0	6.4	49.6
30-35	.0	1.3	1.6	1.2	1.4	.0	5.5	49.9
Total	1.0	.4	2.4	.5	.3	.3	8.5	41.6
Sans niveau	.6	.0	2.5	.6	.6	.4	5.5	46.8
Primaire	.0	7.7	5.7	.0	.0	.0	.0	27.6
Secondaire 1	.0	.6	1.5	.9	.0	.0	12.6	37.8
Secondaire 2	4.9	.0	3.5	.0	.0	.0	15.5	33.0
Supérieur	.0	.0	.0	.0	.0	.0	15.7	36.5
NSP	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0
Total	1.0	.4	2.4	.5	.3	.3	8.5	41.6

Tableau 3.A.4 Temps d'attente (en mm) par type d'établissement

	Total	ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE /HÔPITAL	CENTRE DE SANTE	POSTE DE SANTE	CASE DE SANTE	HOPITAL/CLINIQUE PRIVE	PHARMACIE	GUÉRISSEUR TRADITIONNEL
KEDOUGOU	17.1	33.4	54.1	15.6	6.0	.	.	.
SEDHIOU	38.2	47.6	43.5	44.6	10.9	.	1.0	8.1
TAMBACOUNDA	86.4	23.5	50.6	101.8	27.3	21.7	.	.
ZIGUINCHOR	18.2	15.5	9.7	14.1	78.6	8.2	.	.
rural	36.9	24.1	38.3	34.0	24.9	15.2	.	2.0
urbain	102.1	30.8	55.1	128.3	.	5.0	1.0	30.0
15-19	24.8	12.8	43.0	24.6	31.4	5.0	.	.
20-24	53.1	21.8	47.1	45.4	16.0	.	1.0	.
25-29	113.4	48.2	55.5	138.3	6.6	25.4	.	30.0
30-35	28.6	26.5	39.0	26.8	44.5	5.0	.	2.0
Total	55.3	26.1	45.2	61.7	24.9	13.4	1.0	8.1

Tableau 3.A.5 : Dépenses moyennes par postes selon la région et le Milieu

	[04.30_a] Honoraires officiels du professionnel/Ticket de consultation		[04.30_b] Honoraires de laboratoire et de radiographie		[04.30_c] Transports		[04.35] Au cours des 2 dernières semaines, combien d'argent votre ménage a-t-il	
	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
KEDOUGOU	2902	500	5531	5000	2380	2000	4436	2000
SEDHIOU	638	300	11250	19000	1183	500	3559	2000
TAMBACOUNDA	1042	500	9680	8000	1915	1000	8352	3000
ZIGUINCHOR	648	300	18877	7500	1727	1000	3334	1300
rural	1320	300	9995	6000	1880	1000	6131	2000
urbain	686	300	14870	19000	822	500	5100	1800
15-19	1171	300	6190	6000	2321	1000	4560	950
20-24	907	300	8655	10000	1418	1000	6496	2500
25-29	771	500	20988	15000	2051	1000	6341	2000
30-35	1728	500	2580	2200	1458	1200	5919	3200
Sans niveau	1343	500	8639	10000	1608	1000	6462	2200
Primaire	479	300	5000	5000	1456	300	4399	2000
Secondaire 1	1008	300	7857	5000	2427	1000	4905	1500
Secondaire 2	931	300	15736	5000	1580	1000	3875	1000
Supérieur	771	300	.	.	1353	2000	6287	3050
NSP	815	300	50000	50000	3629	1000	19666	2700
Total	1152	300	10562	8000	1714	1000	5825	2000

Tableau 3.A.6: Connaissance du paquet minimum de soins prénatals (visites recommandés) selon la région, le milieu et le niveau d'instruction de la femme

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Total	
KEDOUGOU	2,3	0,8	4,0	18,5	55,9	14,6	2,4	0,0	0,4	1,2	100	282
SEDHIOU	2,4	1,2	4,0	19,4	51,8	14,3	3,3	2,0	0,5	1,1	100	706
TAMBACOUNDA	2,9	3,8	6,9	23,5	46,3	10,1	2,6	0,7	1,3	2,0	100	797
ZIGUINCHOR	2,6	0,4	1,1	11,8	47,5	19,4	10,3	1,7	1,5	3,6	100	322
rural	2,7	1,9	5,0	21,2	48,1	13,4	3,8	1,0	1,0	1,8	100	1723
urbain	2,2	2,1	2,9	13,8	56,6	14,4	4,1	1,7	0,4	1,6	100	384
Sans niveau	3,3	2,3	5,4	21,2	48,3	12,8	3,1	1,1	0,9	1,7	100	1288
Primaire	0,0	0,6	5,1	17,9	52,5	20,0	2,3	0,0	1,5	0,0	100	101
Secondaire 1	1,0	2,0	3,4	19,2	53,6	12,8	5,0	1,4	0,4	1,3	100	404
Secondaire 2	3,7	1,0	2,8	17,3	48,7	16,1	5,5	1,1	1,7	2,1	100	193
Supérieur	0,8	0,0	1,0	7,9	57,3	17,8	10,6	0,4	0,7	3,5	100	99
NSP	1,4	0,0	7,8	15,1	50,7	10,7	0,0	6,1	0,0	8,3	100	22
15-19	3,9	1,2	5,0	21,0	47,5	13,0	4,0	2,2	0,4	1,8	100	390
20-24	2,0	2,3	6,1	19,1	48,5	13,7	4,3	0,8	1,0	2,3	100	586
25-29	3,1	1,6	4,3	22,0	49,2	13,4	2,8	1,4	0,6	1,6	100	573
30-35	1,8	2,3	2,9	16,6	54,0	14,2	4,6	0,7	1,5	1,3	100	558
Total	2,6	1,9	4,6	19,6	50,0	13,6	3,9	1,2	0,9	1,8	100	2107

Tableau 3.A.7: Connaissance du paquet minimum de soins prénatals (achèvement des 4 CPN sur 10 femmes) selon la région, le milieu et le niveau d'instruction de la femme

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	
KEDOUGOU	2,2	0,2	3,9	8,2	13,0	22,4	10,4	7,0	10,6	2,1	20,1	100	282
SEDHIOU	7,5	0,1	1,8	3,3	5,7	23,5	9,0	8,1	9,9	3,8	27,2	100	706
TAMBACOUNDA	5,3	3,7	7,3	8,9	9,5	27,1	8,9	6,6	6,4	2,1	14,1	100	797
ZIGUINCHOR	5,8	0,0	3,0	3,7	6,4	15,1	13,5	10,2	16,2	2,9	23,1	100	322
rural	5,7	1,4	4,5	6,5	8,7	23,8	9,8	8,1	9,0	2,7	19,9	100	1723
urbain	5,2	1,3	3,5	4,7	7,4	21,9	10,4	6,3	12,3	3,0	24,0	100	384
Sans niveau	6,1	1,8	4,8	7,1	8,6	23,4	9,0	8,2	8,6	2,5	19,8	100	1288
Primaire	2,0	2,1	5,9	4,4	7,9	26,6	8,3	5,0	7,1	6,4	24,3	100	101
Secondaire 1	4,3	0,8	3,5	3,6	7,4	24,2	11,6	5,9	13,6	1,8	23,4	100	404
Secondaire 2	6,2	0,0	3,6	5,9	13,3	16,5	9,9	9,9	12,3	3,1	19,4	100	193
Supérieur	3,9	0,0	2,1	9,7	1,7	23,1	18,9	5,8	7,1	7,4	20,2	100	99
NSP	12,3	0,0	0,0	0,0	3,8	45,2	0,0	9,0	2,6	0,0	27,1	100	22
15-19	8,5	1,4	5,2	7,8	9,7	23,6	9,6	6,3	9,8	2,2	15,9	100	390
20-24	4,8	1,7	4,0	5,3	8,9	25,3	10,4	7,9	10,3	3,1	18,2	100	586
25-29	5,7	0,7	3,4	6,4	9,3	22,9	9,5	7,4	8,9	1,9	23,9	100	573
30-35	4,1	1,7	4,8	5,6	6,1	21,5	10,0	8,7	9,8	3,8	23,8	100	558

Total	5,6	1,4	4,3	6,2	8,4	23,3	9,9	7,7	9,7	2,8	20,8	100	2107

Tableau 3.A.8 : Nombre de consultation selon la région, le milieu et le niveau d'instruction de la femme

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	15	Total	
KEDOUGOU	1,9	10,2	28,3	33,7	16,0	3,7	1,8	2,9	1,6	0,0	0,0	100	267
SEDHIOU	7,1	11,7	27,8	35,6	12,3	3,3	1,2	0,7	0,4	0,1	0,0	100	671
TAMBACOUNDA	11,4	12,5	26,1	32,3	11,5	2,8	1,1	1,5	0,5	0,3	0,0	100	707
ZIGUINCHOR	1,7	5,7	23,5	39,7	18,4	5,9	3,1	0,7	0,6	0,1	0,7	100	309
rural	7,5	10,5	27,9	33,5	12,7	3,8	1,6	1,2	0,8	0,2	0,1	100	1585
urbain	4,2	11,6	22,3	39,3	16,6	2,6	1,3	1,7	0,2	0,0	0,0	100	369
Sans niveau	8,0	12,0	27,4	32,4	12,8	3,6	1,5	1,1	1,1	0,0	0,0	100	1171
Primaire	4,5	19,1	25,4	33,4	11,5	5,5	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	100	97
Secondaire 1	6,0	7,5	26,5	38,9	12,7	3,1	2,2	2,6	0,0	0,6	0,0	100	385
Secondaire 2	3,5	9,2	30,1	30,0	20,6	3,2	1,3	0,8	0,0	0,0	1,1	100	184
Supérieur	2,9	3,5	20,1	47,7	17,3	4,8	2,4	0,7	0,6	0,0	0,0	100	97
NSP	6,7	10,1	0,0	74,1	6,3	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	100	20
15-19	6,5	12,0	27,7	34,1	12,0	3,5	1,9	1,7	0,0	0,0	0,6	100	364
20-24	5,2	13,3	28,1	30,8	15,4	2,9	2,2	1,1	1,1	0,0	0,0	100	545
25-29	8,1	9,7	28,0	35,0	12,3	3,7	1,1	1,3	0,6	0,3	0,0	100	525
30-35	7,2	8,3	23,1	39,3	14,2	4,3	1,1	1,4	0,9	0,2	0,0	100	520
Total	6,8	10,8	26,7	34,8	13,6	3,6	1,6	1,3	0,7	0,1	0,1	100	1954

Tableau 3.A.9: Type d'établissement selon la région, le milieu et le niveau d'instruction de la femme

	ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE /HÔPITAL	CENTRE DE SANTE	POSTE DE SANTE	CASE DE SANTE	HOPITAL/CLINIQUE PRIVE	CLINIQUE MOBILE	DOMICILE DU PROFESSIONNEL	DOMICILE PERSONNEL	AUTRE	Total	
KEDOUGOU	2,7	17,1	73,3	5,3	0,4	0,0	1,1	0,0	0,0	100	268
SEDHIOU	4,5	10,5	78,2	5,1	0,9	0,0	0,0	0,0	0,7	100	671
TAMBACOUNDA	8,0	14,6	66,4	9,0	0,3	0,1	0,0	0,7	0,9	100	708
ZIGUINCHOR	6,4	21,8	61,7	6,9	2,2	0,4	0,0	0,0	0,5	100	309
rural	6,0	10,5	73,1	8,4	0,9	0,0	0,3	0,3	0,5	100	1587
urbain	4,2	29,6	63,7	0,9	0,4	0,3	0,0	0,0	0,9	100	369
Sans niveau	5,1	13,0	72,6	7,3	0,5	0,0	0,3	0,4	0,6	100	1173
Primaire	2,9	11,6	71,2	12,5	1,4	0,0	0,0	0,0	0,5	100	97
Secondaire 1	6,9	16,3	69,1	6,0	1,3	0,3	0,0	0,0	0,1	100	385
Secondaire 2	6,1	22,1	66,7	3,7	0,5	0,0	0,0	0,0	0,8	100	184
Supérieur	6,2	17,3	66,9	4,3	2,4	0,0	0,0	0,0	2,9	100	97
NSP	11,6	16,6	71,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100	20
15-19	6,0	11,8	73,3	7,9	0,1	0,0	0,0	0,4	0,5	100	364
20-24	6,8	16,1	70,4	4,9	0,8	0,0	0,0	0,3	0,8	100	545

25-29	4,9	15,0	71,5	6,9	0,8	0,2	0,1	0,0	0,5	100	526
30-35	4,8	15,2	69,5	7,5	1,3	0,1	0,7	0,3	0,7	100	521
Total	5,6	14,8	71,0	6,7	0,8	0,1	0,2	0,2	0,6	100	1956

Tableau 3.A.10: Type de personnel consulté selon la région et le milieu

	DOCTEUR EN MÉDECINE	INFIRMIÈR(E) / SAGE-FEMME	ASSISTANT(E) INFIRMIER(E)	MATRONE/AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE	MATRONE OU ASSISTANTE TRADITIONNELLE	GUÉRISSEUR TRADITIONNEL	GUÉRISSEUR SPIRITUEL	VENDEUR DE MÉDICAMENTS	AUTRE	NE SAIT PAS	Total	
KEDOUGOU	0,8	92,3	3,4	3,4	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	100	268
SEDHIOU	1,4	93,9	3,0	1,3	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	100	671
TAMBACOUNDA	1,5	91,7	2,6	2,3	0,7	0,1	0,0	0,0	0,4	0,7	100	708
ZIGUINCHOR	2,0	88,5	7,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	100	309
rural	1,1	91,2	4,0	2,7	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3	0,4	100	1587
urbain	2,3	95,0	1,8	0,2	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100	369
Sans niveau	1,2	92,6	3,0	2,0	0,4	0,0	0,1	0,0	0,2	0,5	100	1173
Primaire	1,1	86,4	9,7	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100	97
Secondaire 1	2,0	90,8	5,2	1,7	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100	385
Secondaire 2	0,0	97,0	1,1	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	100	184
Supérieur	4,4	91,6	2,7	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100	97
NSP	0,0	76,8	0,0	23,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100	20
15-19	0,6	94,9	2,6	1,2	0,3	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	100	364
20-24	2,2	93,3	3,4	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	100	545
25-29	0,9	92,6	2,6	1,8	0,8	0,0	0,1	0,0	0,5	0,7	100	526
30-35	1,6	88,3	5,3	4,6	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	100	521
Total	1,4	92,1	3,5	2,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	100	1956

Tableau 3.A.11: Raisons de non recours aux soins prénatals en pourcentage selon la région, le Milieu et le Niveau d'instruction

	TROP CHER	TROP LOIN	TROP OCCUPÉ(E) (TRAVAIL, ENFANTS)	AUTO-TRAITEMENT	TROP TÔT LORS DE LA GROSSESSE	LA STRUCTURE DE CET ÉTABLISSEMENT EST MAUVAISE	L'ÉTABLISSEMENT A DES STOCKS INSUFFISANTS	MAUVAISE ATTITUDE DU PERSONNEL	MAUVAISES CONNAISSANCES DU PERSONNEL
KEDOUGOU	25.9	22.1	.0	8.7	3.4	.0	.0	.0	3.3
SEDHIOU	28.6	10.4	.0	5.8	26.1	.0	.0	2.4	11.7
TAMBACOUNDA	30.1	14.7	2.3	6.6	3.7	1.2	.0	1.4	6.2
ZIGUINCHOR	30.3	9.3	.0	.0	40.0	.0	.0	.0	.0
rural	30.6	15.9	1.7	7.1	9.5	.8	.0	1.6	6.9
urbain	20.9	3.4	.0	.0	17.6	.0	.0	.0	4.7
Sans niveau	27.4	12.7	1.9	7.7	5.5	.9	.0	1.8	7.8
Primaire	.0	.0	.0	.0	20.7	.0	.0	.0	.0
Secondaire 1	34.7	28.5	.0	2.2	25.6	.0	.0	.0	.0
Secondaire 2	34.9	12.9	.0	.0	43.8	.0	.0	.0	.0
Supérieur	.0	.0	.0	.0	72.3	.0	.0	.0	.0
NSP	100.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	35.2
15-19	39.7	22.0	.0	2.1	11.1	5.1	.0	2.5	5.1
20-24	30.9	14.9	.0	13.0	7.3	.0	.0	.0	8.6
25-29	31.4	7.8	2.2	1.4	13.5	.0	.0	3.0	8.0
30-35	17.4	18.5	3.3	6.9	10.3	.0	.0	.0	2.7
Total	29.4	14.3	1.5	6.2	10.5	.7	.0	1.4	6.6

Tableau 3.A.11: Raisons de non recours aux soins prénatals en pourcentage selon la région, le Milieu et le Niveau d'instruction (suite)

	MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS	SERVICE NON DISPONIBLE	PAS DE TRANSPORT	PAS EU BESOIN	HORAIRES PEU PRATIQUES	LONGUES ATTENTES	PRÉFÈRE LES SOINS À LA MAISON	MA FAMILLE NE VOULAIT PAS QUE J'Y AILLE	AUTRE
KEDOUGOU	.0	.0	15.9	32.1	.0	.0	.0	.0	16.7
SEDHIOU	.0	.0	5.7	2.3	.0	.0	.0	.0	43.8
TAMBACOUNDA	1.2	.0	7.5	16.7	.0	.0	6.9	.9	34.4
ZIGUINCHOR	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	4.6	25.1
rural	.8	.0	8.7	14.6	.0	.0	4.9	1.0	31.4
urbain	.0	.0	.0	13.1	.0	.0	.0	.0	49.8
Sans niveau	.9	.0	9.9	13.6	.0	.0	5.6	.7	37.8
Primaire	.0	.0	.0	24.0	.0	.0	.0	.0	55.3
Secondaire 1	.0	.0	.0	24.2	.0	.0	.0	2.2	11.0
Secondaire 2	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	21.3
Supérieur	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	27.7
NSP	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	35.2
15-19	5.1	.0	8.4	.0	.0	.0	4.9	2.1	31.1
20-24	.0	.0	7.0	15.0	.0	.0	.0	.0	34.5
25-29	.0	.0	7.6	5.7	.0	.0	9.5	1.7	40.7

Tableau 3.A.11: Raisons de non recours aux soins prénatals en pourcentage selon la région, le Milieu et le Niveau d'instruction (suite)

	MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS	SERVICE NON DISPONIBLE	PAS DE TRANSPORT	PAS EU BESOIN	HORAIRES PEU PRATIQUES	LONGUES ATTENTES	PRÉFÈRE LES SOINS À LA MAISON	MA FAMILLE NE VOULAIT PAS QUE J'Y AILLE	AUTRE
30-35	.0	.0	7.8	36.1	.0	.0	1.9	.0	23.7
Total	.7	.0	7.6	14.4	.0	.0	4.3	.9	33.7

Tableau 3.A.12: Lieu d'accouchement selon la région, le Milieu et le Niveau d'instruction

	ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE /HÔPITAL	CENTRE DE SANTE	POSTE DE SANTE	CASE DE SANTE	HOPITAL/CLINIQUE PRIVE	DOMICILE PERSONNEL	UN AUTRE DOMICILE	UN LIEU PUBLIC	AUTRE	Total	
KEDOUGOU	3,9	12,6	44,5	3,9	0,0	34,0	0,9	0,2	0,0	100	269
SEDHIOU	6,7	9,2	44,4	5,9	0,7	30,0	1,8	0,7	0,6	100	658
TAMBACOUNDA	5,1	11,2	29,3	4,9	0,3	45,2	1,9	0,0	2,0	100	735
ZIGUINCHOR	11,1	15,9	47,5	16,8	3,9	2,2	1,2	0,2	1,3	100	303
rural	5,9	6,9	36,1	8,6	0,9	38,4	1,7	0,3	1,2	100	1607
urbain	7,8	27,7	52,5	0,4	0,8	8,7	1,0	0,2	0,9	100	358
Sans niveau	4,4	9,5	36,7	4,7	0,3	41,1	1,6	0,4	1,2	100	1207
Primaire	7,8	9,8	40,8	13,6	1,4	25,9	0,6	0,0	0,0	100	95
Secondaire 1	8,3	14,1	42,1	10,2	1,3	21,0	2,0	0,2	0,9	100	374
Secondaire 2	8,4	20,7	48,3	9,3	1,6	10,2	0,8	0,0	0,6	100	177
Supérieur	16,1	9,8	54,3	8,3	5,9	2,8	0,0	0,0	2,8	100	91
NSP	10,9	8,2	29,4	5,9	0,0	38,7	6,9	0,0	0,0	100	21
15-19	4,8	11,6	42,4	8,8	0,1	26,8	2,9	0,2	2,3	100	364
20-24	9,2	11,1	38,9	4,8	1,1	31,0	2,2	0,2	1,4	100	552
25-29	6,1	10,9	39,6	6,0	0,4	34,9	1,1	0,4	0,7	100	532
30-35	4,4	12,3	38,8	8,5	1,8	33,2	0,4	0,4	0,3	100	517
Total	6,3	11,5	39,7	6,8	0,9	31,9	1,6	0,3	1,1	100	1965

Tableau 3.A.13: Personnel ayant assisté l'accouchement selon la région, le Milieu et le Niveau d'instruction

	DOCTEUR EN MÉDECINE	INFIRMIÈR(E) / SAGE-FEMME	ASSISTANT(E) INFIRMIER(E)	MATRONE/AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE	MATRONE OU ASSISTANTE TRADITIONNELLE	GUÉRISSEUR TRADITIONNEL	GUÉRISSEUR SPIRITUEL	MEMBRE DE LA FAMILLE	AMI/VOISIN	PERSONNE	AUTRE	Total	
KEDOUGOU	1,1	60,6	2,8	4,3	1,3	0,0	0,0	23,3	3,4	2,5	0,8	100	269
SEDHIOU	1,6	61,0	2,3	3,5	1,1	0,5	0,1	24,7	1,0	1,3	2,7	100	658
TAMBACOUNDA	1,2	50,1	2,2	1,3	2,0	0,4	0,0	33,6	2,1	3,5	3,8	100	735
ZIGUINCHOR	4,3	72,6	8,1	11,4	0,6	0,3	0,0	1,9	0,0	0,2	0,6	100	303
rural	1,4	51,6	3,7	5,0	1,6	0,5	0,1	29,4	1,9	2,2	2,7	100	1607
urbain	3,0	84,6	1,6	0,6	0,7	0,0	0,0	5,7	0,9	1,7	1,3	100	358
Sans niveau	1,4	51,8	2,4	3,5	1,4	0,5	0,0	31,2	1,8	2,6	3,3	100	1207
Primaire	0,0	65,9	7,4	1,9	5,4	0,7	0,0	15,4	0,0	1,7	1,6	100	95
Secondaire 1	2,6	65,9	4,2	4,8	0,9	0,0	0,0	18,2	0,6	1,6	1,1	100	374

Tableau 3.A.11: Raisons de non recours aux soins prénatals en pourcentage selon la région, le Milieu et le Niveau d'instruction (suite)

	MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS	SERVICE NON DISPONIBLE	PAS DE TRANSPORT	PAS EU BESOIN	HORAIRES PEU PRATIQUES	LONGUES ATTENTES	PRÉFÈRE LES SOINS À LA MAISON	MA FAMILLE NE VOULAIT PAS QUE J'Y AILLE	AUTRE				
Secondaire 2	2,0	77,7	4,0	5,6	1,0	0,0	0,0	7,2	1,2	0,3	1,1	100	177
Supérieur	3,6	80,9	4,2	6,7	0,6	0,0	1,2	2,8	0,0	0,0	0,0	100	91
NSP	2,7	49,3	0,0	5,9	0,0	0,0	0,0	14,1	21,8	6,3	0,0	100	21
15-19	1,1	62,7	3,6	4,4	0,8	0,2	0,0	24,6	0,4	0,8	1,5	100	364
20-24	3,0	58,4	3,2	4,2	1,1	1,0	0,0	24,0	1,7	1,1	2,4	100	552
25-29	0,8	58,5	2,1	3,4	2,4	0,1	0,2	23,7	1,8	3,3	3,7	100	532
30-35	2,0	57,1	4,2	4,2	1,1	0,0	0,0	24,6	2,3	2,8	1,7	100	517
Total	1,8	58,9	3,2	4,0	1,4	0,4	0,0	24,2	1,7	2,1	2,4	100	1965

Tableau 3.A.14: Raisons de non accouchement dans un centre de soins prénatals en pourcentage selon la région et le Milieu

	TROP CHER	TROP LOIN	TROP TARD LORS DE L'ACCOUCHEMENT	LA STRUCTURE DE CET ÉTABLISSEMENT EST MAUVAISE	L'ÉTABLISSEMENT A DES STOCKS INSUFFISANTS	MAUVAISE ATTITUDE DU PERSONNEL	MAUVAISES CONNAISSANCES DU PERSONNEL
KEDOUGOU	26.4	36.1	15.0	1.5	.0	1.2	2.1
SEDHIOU	22.5	22.7	20.0	.5	.0	.0	9.2
TAMBACOUNDA	29.2	27.2	6.5	.9	.4	.4	7.6
ZIGUINCHOR	16.5	24.5	8.1	.0	.0	.0	4.4
rural	26.8	28.4	13.0	.9	.2	.4	6.8
urbain	20.3	12.9	2.8	.0	.0	.0	10.3
Sans niveau	26.5	28.7	13.0	.9	.1	.5	8.0
Primaire	23.5	18.5	14.5	2.0	.0	.0	.0
Secondaire 1	29.9	28.7	9.9	.7	.7	.0	4.3
Secondaire 2	16.3	12.1	9.8	.0	.0	.0	5.9
Supérieur	49.6	20.6	.0	.0	.0	.0	.0
NSP	6.2	4.1	7.4	.0	.0	.0	4.1
15-19	29.9	28.3	11.8	1.0	.5	.0	6.3
20-24	23.6	31.6	8.7	1.4	.4	.8	6.1
25-29	28.2	25.1	14.4	.0	.0	.4	10.3
30-35	24.8	24.4	14.2	1.1	.0	.2	4.9
Total	26.3	27.3	12.3	.8	.2	.4	7.0

Tableau 3.A.14: Raisons de non accouchement dans un centre de soins prénatales en pourcentage selon la région et le Milieu (suite)

	MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS	SERVICE NON DISPONIBLE	PAS DE TRANSPORT	PAS EU BESOIN	HORAIRES PEU PRATIQUES	LONGUE ATTENTE	PRÉFÈRE L'ACCOUCHEMENT À LA MAISON	MA FAMILLE NE VOULAIT PAS QUE J'Y AILLE	AUTRE
KEDOUGOU	.0	5.4	20.2	28.2	.1	.0	2.3	6.1	11.3
SEDHIOU	.6	1.0	14.4	13.7	4.3	.0	4.6	1.9	37.3
TAMBACOUNDA	.1	1.5	9.3	31.5	2.3	.3	7.5	1.6	26.3
ZIGUINCHOR	.0	.0	11.1	15.0	.0	.0	.0	.0	37.6
rural	.3	1.8	13.5	25.1	2.7	.2	5.2	2.7	25.7
urbain	.0	4.0	5.0	23.0	.3	.0	9.3	.0	49.6
Sans niveau	.1	1.9	12.1	24.9	2.9	.2	5.8	2.7	27.6
Primaire	5.2	1.8	22.9	25.1	.0	.0	2.0	3.7	16.7
Secondaire 1	.0	3.4	11.8	26.2	1.8	.0	3.9	2.1	28.7
Secondaire 2	.0	.0	8.7	31.8	.0	.0	12.3	.0	32.3
Supérieur	.0	.0	.0	45.2	.0	.0	.0	.0	25.9
NSP	.0	.0	47.8	.0	.0	.0	.0	.0	17.2
15-19	.0	2.6	10.2	20.2	3.2	.0	5.2	2.9	33.2
20-24	.0	2.5	11.9	24.3	1.8	.6	7.2	3.1	28.8
25-29	.7	1.2	11.5	25.9	.9	.0	5.1	2.5	27.6
30-35	.2	1.8	17.2	27.8	4.5	.0	4.2	1.6	21.5
Total	.3	2.0	12.9	25.0	2.5	.2	5.5	2.5	27.3

Tableau 3.A.15: Type de contraception utilisé selon la région, le milieu, le Niveau d'instruction et l'âge de la femme

	STÉRILISATION FÉMININE	STÉRILISATION MASCULINE	DIU/SPIRALE	INJECTABLES/DEPOPROVERA	IMPLANTS/NORPLANT	PILULE	PRÉSERVATIF MASCULIN	PRÉSERVATIF FÉMININ	DIAPHRAGME	MOUSSE/GEL	MÉTHODE D'AMÉNORRHÉE LACTATIONNELLE	RYTHME/MÉTHODE NATURELLE	RETRAIT	AUTRE MÉTHODE MODERNE, SPÉCIFIEZ	AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE, SPÉCIFIEZ	Total	
KEDOUGOU	0,0	0,0	3,2	47,2	12,9	5,3	11,6	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	16,1	1,4	100	57
SEDHIOU	0,0	0,0	4,4	42,2	24,1	7,4	14,1	0,3	0,0	0,2	0,7	0,0	0,4	1,9	4,4	100	211
TAMBACOUNDA	1,0	0,0	3,2	48,3	21,6	11,2	1,4	0,0	0,0	0,0	0,5	0,7	5,3	4,9	2,0	100	186
ZIGUINCHOR	0,0	0,8	3,6	18,4	22,7	7,7	41,0	0,8	0,0	0,0	0,4	1,7	1,3	0,8	0,6	100	288
rural	0,4	0,3	3,1	36,5	20,7	5,5	23,2	0,4	0,4	0,1	0,7	0,9	2,8	2,8	2,3	100	504
urbain	0,0	0,1	5,0	37,4	24,1	13,5	11,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,5	0,4	5,5	2,3	100	238

Tableau 3.A.14: Raisons de non accouchement dans un centre de soins prénatales en pourcentage selon la région et le Milieu (suite)

	MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS		SERVICE NON DISPONIBLE		PAS DE TRANSPORT		PAS EU BESOIN		HORAIRES PEU PRATIQUES		LONGUE ATTENTE		PRÉFÈRE L'ACCOUCHEMENT À LA MAISON		MA FAMILLE NE VOULAIT PAS QUE J'Y AILLE		AUTRE	
Sans niveau	0,5	0,0	4,0	46,3	25,2	5,9	5,3	0,0	0,6	0,0	0,3	0,2	2,6	5,9	3,2	100	297	
Primaire	0,0	4,9	7,3	12,8	43,3	21,7	5,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	3,0	100	37	
Secondaire 1	0,0	0,0	4,3	38,1	18,7	14,1	15,2	0,0	0,0	0,3	1,0	1,4	2,2	3,2	1,5	100	158	
Secondaire 2	0,3	0,0	2,3	30,1	17,3	6,0	39,4	1,8	0,0	0,0	0,8	0,0	2,0	0,0	0,0	100	133	
Supérieur	0,0	0,3	2,5	22,5	15,5	4,9	44,7	0,2	0,0	0,0	0,0	2,4	0,0	3,7	3,3	100	113	
NSP	0,0	0,0	0,0	21,3	17,1	0,0	43,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	18,6	0,0	100	4	
15-19	0,2	0,0	4,0	26,8	10,6	7,6	45,9	1,4	0,0	0,0	0,7	0,0	2,2	0,3	0,2	100	144	
20-24	0,2	0,1	2,8	40,6	18,7	4,0	21,7	0,1	0,0	0,0	0,8	1,5	1,6	4,1	3,7	100	203	
25-29	0,6	0,0	3,2	33,0	29,1	12,6	11,1	0,1	0,0	0,0	0,5	0,2	0,7	5,6	3,3	100	181	
30-35	0,0	0,8	4,8	44,1	26,7	8,9	3,4	0,0	0,8	0,3	0,0	1,1	3,1	4,5	1,6	100	214	
Total	0,3	0,3	3,7	36,9	21,9	8,3	18,9	0,3	0,2	0,1	0,5	0,7	1,9	3,8	2,3	100	742	

Tableau 3.A.16: Source d'approvisionnement en contraceptifs selon la région, le milieu, le Niveau d'instruction et l'âge de la femme

	DOCTEUR EN MÉDECINE	INFIRMIÈR(E) / SAGE-FEMME	ASSISTANT(E) INFIRMIER(E)	PHARMACIEN	MATRONE/AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE	GUÉRISSEUR TRADITIONNEL	VENDEUR DE MÉDICAMENTS	MEMBRE DE LA FAMILLE	AMI/VOISIN	AUTRE	Total	
KEDOUGOU	0,0	73,9	4,5	0,2	0,0	0,0	0,0	4,9	7,5	9,1	100	57
SEDHIOU	4,7	77,8	1,0	4,8	0,6	1,2	0,0	0,6	4,2	5,2	100	208
TAMBACOUNDA	0,6	90,2	0,9	0,4	1,8	0,3	0,4	0,0	1,7	3,9	100	176
ZIGUINCHOR	1,5	54,9	4,8	13,9	2,4	0,0	1,9	1,5	7,4	11,6	100	278
rural	2,4	68,8	3,6	5,6	1,5	0,6	1,1	1,4	5,7	9,3	100	485
urbain	1,7	81,4	0,6	6,8	1,3	0,3	0,0	0,8	3,5	3,7	100	234
Sans niveau	2,2	85,1	1,9	0,6	0,3	0,4	0,3	1,5	3,6	4,1	100	289
Primaire	0,0	88,2	2,4	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,2	100	36
Secondaire 1	2,3	71,5	5,1	4,9	4,2	1,3	1,7	1,3	5,9	1,8	100	151
Secondaire 2	3,0	58,7	2,8	11,3	1,5	0,0	0,5	1,5	5,7	14,9	100	130
Supérieur	1,3	54,5	0,0	18,9	0,9	0,0	1,0	0,0	8,4	15,0	100	109
NSP	0,0	57,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	43,0	100	4
15-19	2,9	52,5	1,9	11,7	1,2	0,2	2,2	1,3	10,6	15,6	100	140
20-24	1,4	71,3	1,5	9,5	3,1	0,1	1,0	1,7	5,6	4,8	100	195
25-29	1,3	79,1	2,0	3,2	0,5	1,1	0,0	0,8	3,6	8,4	100	177

Tableau 3.A.16: Source d'approvisionnement en contraceptifs selon la région, le milieu, le Niveau d'instruction et l'âge de la femme

	DOCTEUR EN MÉDECINE	INFIRMIÈR(E) / SAGE-FEMME	ASSISTANT(E) INFIRMIER(E)	PHARMACIEN	MATRONE/AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE	GUÉRISSEUR TRADITIONNEL	VENDEUR DE MÉDICAMENTS	MEMBRE DE LA FAMILLE	AMI/VOISIN	AUTRE	Total	
30-35	3,0	85,7	4,3	1,0	0,9	0,4	0,0	1,0	1,2	2,4	100	207
Total	2,1	73,3	2,5	6,0	1,4	0,5	0,7	1,2	4,9	7,3	100	719

N

Tableau 3.A.17: Raisons du non utilisation de la contraception selon la région, le milieu, le Niveau d'instruction et l'âge de la femme

	AIMERAIT TOMBER ENCEINTE	EST CONTRE	LE PARTENAIRE EST CONTRE	LA FAMILLE EST CONTRE	PAS DISPONIBLE	TROP CHER	PEUR DES EFFETS SECONDAIRES	NE CONNAIT AUCUNE MÉTHODE	AMÉNORRHÉE LACTATIONNELLE	A SUBI HYSTÉRECTOMIE	EST MÉNOPAUSÉE	PARTENAIRE A SUBI UNE VASECTOMIE	PARTENAIRE EST STERILE	EST INFÉCONDE	CONTRAIRE A LA RELIGION	PAS SEXUELLEMNT ACTIVE	AUTRE	Total	
KEDOUGOU	19,9	18,4	8,9	1,2	3,0	0,2	6,2	8,1	6,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	2,1	17,0	8,4	100	585
SEDHIOU	12,4	22,5	5,8	0,5	1,2	0,4	3,6	4,8	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	1,7	31,8	13,1	100	1327
TAMBACOUNDA	15,1	23,5	7,7	1,8	2,9	0,5	2,6	4,9	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	3,1	23,9	10,8	100	1692
ZIGUINCHOR	10,8	18,0	2,3	0,1	2,0	0,8	11,1	2,2	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	38,2	13,1	100	1076
rural	15,2	22,3	6,8	1,1	2,5	0,5	5,1	5,6	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	2,0	24,9	10,9	100	3654
urbain	10,8	18,0	4,5	0,5	1,5	0,5	5,3	2,4	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	2,0	38,1	13,6	100	1026
Sans niveau	17,6	24,7	8,5	1,3	2,9	0,4	4,2	7,0	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	3,0	16,6	10,6	100	2404
Primaire	14,8	21,6	7,5	1,0	1,3	0,0	5,1	2,2	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	25,5	11,7	100	188
Secondaire 1	15,0	15,9	4,5	0,6	1,1	0,6	6,4	2,0	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	1,2	37,9	11,4	100	938
Secondaire 2	4,5	20,7	2,2	0,6	1,5	0,8	4,4	2,8	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	48,8	11,2	100	767
Supérieur	8,0	13,4	1,7	0,0	3,5	0,6	12,0	2,9	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,3	38,8	18,1	100	336
NSP	14,9	12,5	12,4	5,9	0,0	0,0	1,4	6,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0	26,1	100	47
15-19	8,6	18,1	2,9	1,1	1,5	0,4	2,8	2,9	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	51,7	7,5	100	1843
20-24	13,9	22,9	6,8	0,9	2,5	0,6	6,2	5,0	4,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	2,9	17,9	15,6	100	1042
25-29	21,0	24,3	8,6	0,7	2,8	0,5	6,5	6,5	3,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	1,8	11,8	11,3	100	893
30-35	19,1	22,8	10,0	1,1	2,7	0,6	7,5	7,0	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	3,0	7,9	15,3	100	901
Total	14,2	21,3	6,3	1,0	2,2	0,5	5,2	4,8	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	2,0	28,0	11,5	100	4679

O

CHAPITRE 4 L'ETAT DE SANTE DES ENFANTS ET SOINS POSTNATALS

Les soins postnatals sont aussi essentiels que les consultations prénatales. Après l'accouchement chaque femme doit bénéficier de trois consultations postnatales (à j3, j9 et j42), en plus des soins néonatals qui ont lieu juste à l'accouchement.

Les enfants doivent bénéficier d'un suivi régulier au cours duquel, ils doivent bénéficier de vaccinations, de supplémentation en vitamine A (à partir de 6 mois), de suivi du poids, de la taille et du périmètre brachial (à partir de 6 mois)…

Ce chapitre va s'intéresser :

- *Aux soins à l'accouchement juste après la naissance*
- *Aux recours aux soins postnatals*
- *La vaccination des enfants de moins de cinq ans*
- *L'état de santé des enfants de moins de cinq ans et recours aux soins en général*

4.1 RECOURS AUX SOINS NEONATALS (A LA NAISSANCE)

A la naissance l'état de l'enfant doit être apprécié pour s'assurer de la bonne adaptation à la vie extra utérine. Les mensurations du nouveau-né doivent être prises notamment le poids, la taille, le périmètre crânien ; elles permettent de diagnostiquer une hypotrophie ou un retard de croissance intra utérin, une macrosomie…

Après l'accouchement l'état de santé de la mère doit être vérifié régulièrement par des consultations pos natales

4.1.1 Pourcentage de nouveau-nés pesés à la naissance

A la naissance, normalement tous les nouveau-nés doivent être pesés afin de dépister les troubles trophiques.

Dans ces quatre régions, 65% des nouveau-nés sont pesés à la naissance. C'est dans la région de Tambacounda où on pèse moins les nouveau-nés (49%) ; de même les nouveau-nés sont moins pesés en milieu rural (58%) qu'en milieu urbain (86%).

Plus le niveau d'instruction de la mère est élevé, plus la proportion des nouveau-nés pesés à la naissance est importante: ainsi, alors que seulement 55% des nouveau-nés des mères sans éducation sont pesés, ce taux s'élève à trois quart chez les femmes ayant atteint le primaire ou le secondaire 1 (collège). Pratiquement tous les enfants des mères ayant fait le supérieur ont été pesés (97,4%)

Tableau 4-1 : Pourcentage de nouveaux nés pesés à la naissance selon la région, le milieu et le niveau d'instruction de la femme

	Pesée	
	%	Effectif
KEDOUGOU	58.3	275
SEDHIOU	71.4	638
TAMBACOUNDA	49.3	743
ZIGUINCHOR	94.4	346
Rural	58.8	1608
Urbain	86.8	394
Sans niveau	55.8	1234
Primaire	72.4	98
Secondaire 1	74.5	379
Secondaire 2	86.6	179
Supérieur	97.4	92
NSP	73.3	20
Total	65.1	2002

4.1.2 Distribution du poids des enfants à la naissance

La majorité des enfants pesés (84%) ont eu un poids de naissance normal compris entre 2.5 et 3.5 kilogrammes. Il n'existe pas de différence significative entre les régions et le milieu. Un faible poids de naissance (inférieur à 2.5 kilogrammes) a été observé dans 8% des cas.

Curieusement, c'est chez les femmes ayant fait des études supérieures qu'on enregistre la plus forte proportion des enfants de faible poids (14%), contre 9 % chez celles sans éducation et seulement 2,5% chez les femmes de niveau primaire.

Tableau 4-2 : Distribution du poids des enfants à la naissance selon la région et le milieu

	Mois de 2.5 kg	2.5 kg	Plus de 2.5 kg	Total	
KEDOUGOU	10,9%	6,1%	83,1%	100,0%	114
SEDHIOU	7,4%	4,8%	87,8%	100,0%	337
TAMBACOUNDA	10,5%	9,3%	80,3%	100,0%	273
ZIGUINCHOR	8,0%	8,8%	83,2%	100,0%	275
rural	8,8%	7,6%	83,6%	100,0%	716
urbain	8,9%	5,8%	85,4%	100,0%	283
Sans niveau	9,0%	6,7%	84,4%	100,0%	494
Primaire	2,5%	3,9%	93,6%	100,0%	52
Secondaire 1	9,5%	7,7%	82,9%	100,0%	238
Secondaire 2	7,2%	9,3%	83,4%	100,0%	123
Supérieur	14,0%	6,1%	80,0%	100,0%	83
NSP	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	9
Total	8,8%	7,0%	84,2%	100,0%	999

4.1.3 Distribution des poids extrêmement élevés ou extrêmement faibles des enfants à la naissance

Les nouveau-nés eutrophes représentent environ 95% des naissances dans ces quatre régions.

Les hypotrophes occupent 2.7%. Cette hypotrophie peut être secondaire à un retard de croissance intra-utérin ou à une prématurité.

Les macrosomes avec un poids de naissance supérieur à 4 kilogrammes sont à un taux faible 2.5% (voir tableau 4.1.3 en annexe)

4.2 SOINS POSTNATALS

4.2.1 Vérification de l'état de santé de la femme après l'accouchement

L'état de santé de la mère après l'accouchement est vérifié au cours des consultations postnatales (CPON).

Normalement la femme doit faire 3 CPON (à J3, J9 et J42). 72% des mères ont bénéficié d'au moins une CPON. Elles sont 89% à faire au moins une CPON en milieu urbain contre 67% en milieu rural. Ce taux varie également en fonction du niveau d'instruction, en effet les mères

ayant un niveau d'instruction plus élevé largement plus nombreuses à avoir bénéficié d'au moins un CPON que les mères non instruites (les taux vont de 67% chez les mères sans niveau à 92% chez celles ayant fait des études supérieures).

Tableau 4-3 : Vérification de l'état de santé de la femme après l'accouchement selon la région, le milieu et le niveau d'instruction de la femme (%)

	%	Effectif
KEDOUGOU	69.2	505
SEDHIOU	77.2	1143
TAMBACOUNDA	63.8	1340
ZIGUINCHOR	84.5	606
rural	67.3	2920
urbain	89.7	674
Sans niveau	67.4	2297
Primaire	75.3	158
Secondaire 1	77.3	636
Secondaire 2	82.4	300
Supérieur	92.0	173
NSP	65.5	30
Total	72.2	3594

4.2.2 Nombre moyen de contrôle postnatal

Après l'accouchement, la mère doit faire normalement trois CPON. Le nombre moyen de contrôle post natal est de 1.8 dans ces régions. Ce taux reste inchangé qu'on se trouve en milieu rural ou en milieu urbain. Les mères ayant un niveau d'instruction supérieur font deux CPON comparées aux mères qui sont non instruites qui ont un nombre moyen de contrôle postnatal de 1.8 (voir tableau 4.1.5 en annexe)

4.2.3 Durée moyenne avant le premier contrôle post natal

Normalement le premier contrôle post natal se fait au troisième jour après la naissance. La durée moyenne avant le premier contrôle post natal est de 8.2 jours à KEDOUGOU, 7 jours à SEDHIOU et 6 jours à ZIGUINCHOR et TAMBACOUNDA.

Cette durée moyenne est de 7 jours en milieu rural et 6 jours en milieu urbain.

Tableau 4-4 : Durée moyenne avant le premier contrôle post natal selon la région, le milieu et le niveau d'instruction de la femme

	%	Effectif
KEDOUGOU	8.2	505
SEDHIOU	7.3	1143
TAMBACOUNDA	6.1	1340
ZIGUINCHOR	6.6	606
rural	7.1	2920
urbain	6.8	674
Sans niveau	6.9	2297
Primaire	8.4	158
Secondaire 1	6.7	636
Secondaire 2	7.6	300
Supérieur	7.4	173
NSP	4.0	30
Total	7.0	3594

4.2.4 Type d'établissement consulté lors de la dernière consultation post natale

D'habitude les CPON se font dans la structure où la femme a accouché. Comme la majorité des accouchements se fait dans les postes de santé, 64% des mères ont fait leur dernière CPON dans ces derniers, 16% dans les centres de santé et 8% dans les établissements publics de santé.

En milieu urbain 29% des femmes ont fait leur dernière CPON au centre de santé contre 11% en milieu rural (voir tableau 4.1.7 en annexe)

4.2.5 Type de personnel consulté lors de la dernière consultation post natale

Le prestataire chargé de faire les CPON doit être un personnel qualifié. Lors de la dernière CPON, le personnel consulté est infirmier(e)/sage-femme dans 89% des cas. Le personnel médical assure exceptionnellement des CPON (1.9%), de même que les matrones (2.6%).

En fonction du milieu, les infirmiers(es)/sages-femmes assurent 87% de la CPON 3 en milieu rural, contre 94% en milieu urbain.

Tableau 4-5 : Type de personnel consulté lors de la dernière consultation post natale selon la région et le milieu

	DOCTEUR EN MÉDECINE	INFIRMIÈR(E) / SAGE-FEMME	ASSISTANT(E) INFIRMIER(E)	MATRONE/ AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE	MATRONE OU ASSISTANTE TRADITIONNELLE	GUÉRISSEUR TRADITIONNEL	AUTRE (PRÉCISEZ)	NE SAIT PAS
KEDOUGOU	1,4%	92,3%	4,3%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
SEDHIOU	1,5%	91,7%	3,8%	2,3%	0,2%	0,0%	0,4%	0,0%
TAMBACOUNDA	2,8%	89,1%	3,6%	1,5%	0,8%	1,3%	0,1%	0,7%
ZIGUINCHOR	1,8%	83,2%	9,2%	5,6%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%
rural	2,2%	87,7%	5,3%	3,5%	0,2%	0,6%	0,3%	0,3%
urbain	1,3%	94,6%	3,1%	0,2%	0,8%	0,0%	0,1%	0,0%
Sans niveau	2,2%	89,3%	4,9%	2,4%	0,5%	0,0%	0,3%	0,4%
Primaire	0,0%	87,7%	11,3%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Secondaire 1	1,7%	91,0%	3,8%	3,2%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%
Secondaire 2	1,7%	92,8%	3,0%	2,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Supérieur	1,4%	88,2%	4,7%	5,2%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%
NSP	3,9%	63,9%	0,0%	0,0%	0,0%	32,1%	0,0%	0,0%
Total	1,9%	89,6%	4,7%	2,6%	0,3%	0,4%	0,3%	0,2%

4.2.6 Administration du fer et de la vitamine A après la grossesse en pourcentage

Après la grossesse, 58% des femmes ont reçu du fer et 42% de la vitamine A. c'est dans la région de ZIGUINCHOR que nous avons constaté les taux les plus élevés, 71% pour l'administration de fer et 52% pour la prise de vitamine A.

En comparaison avec le milieu rural, les femmes du milieu urbain reçoivent plus de fer et de vitamine A.

Tableau 4-6 : Administration du fer et de la vitamine A après la grossesse en pourcentage selon la région, le milieu et le niveau d'instruction de la femme

	Fer		Vitamine A	
	%	Effectif	%	Effectif
KEDOUGOU	56.3	505	47.6	505
SEDHIOU	62.0	1143	40.9	1143
TAMBACOUNDA	51.9	1340	38.2	1340
ZIGUINCHOR	71.6	606	52.6	606
Rural	54.8	2920	39.8	2920
Urbain	73.2	674	53.7	674
Sans niveau	53.8	2297	39.1	2297
Primaire	63.0	158	46.8	158
Secondaire 1	64.5	636	47.7	636
Secondaire 2	71.3	300	51.4	300
Supérieur	80.0	173	52.5	173
NSP	32.0	30	30.8	30
Total	58.8	3594	42.8	3594

4.2.7 Raisons de non consultation postnatale

Les femmes n'ayant pas fait les CPON ont donné un certain nombre de raisons pour justifier leur abstention. Dans 7.6% des cas elles ont déclaré ne pas avoir besoin de CPON et 3.9% d'entre elles ont mis en cause la cherté des frais de consultations. C'est en milieu rural que plus de femmes (8%) ont déclaré ne pas avoir besoin de CPON qu'en milieu urbain (3%) (voir tableau 4.1.10 en annexe).

4.3 VACCINATION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

La vaccination est un élément essentiel dans le suivi de la santé de l'enfant, elle permet de protéger ce dernier contre diverses maladies.

Dans le cadre du Programme élargi de vaccination (PEV), les enfants sont vaccinés de la naissance jusqu'à 15 mois avec :

A la naissance : BCG + polio oral 0

A six semaines : pentavalent 1 (diphtérie, tétanos, coqueluche, haemophilus influenzae b et hépatite B), polio 1 et pneumo 1 (infections à pneumocoque)

A dix semaines : pentavalent 2 (diphtérie, tétanos, coqueluche, haemophilus influenzae b et hépatite B), polio 2 et pneumo 2 (infections à pneumocoque)

A quatorze semaines : pentavalent 3 (diphtérie, tétanos, coqueluche, haemophilus influenzae b et hépatite B), polio 3 et pneumo 3 (infections à pneumocoque)

A 9 mois : ROR 1 (rougeole, oreillons et rubéole) et fièvre jaune

A 15 mois : ROR 2

Chaque enfant doit disposer d'un carnet ou d'une carte de vaccination.

4.3.1 Proportion d'enfants avec un carnet de vaccination

Le nombre d'enfants disposant d'un carnet de vaccination est encore faible dans ces régions avec un taux de 45%. Ce taux est encore beaucoup plus faible dans la région de TAMBACOUNDA (33%). Il n'existe pas de différence significative en fonction du milieu ni en fonction du niveau d'instruction, ni en fonction de l'âge de la mère.

Tableau 4-7 : Proportion d'enfants avec un carnet de vaccination selon la région, le milieu, le niveau d'instruction et l'âge de la mère

	OUI	oui mais pas lisible	ou mais pas vu	4	5	Non	Total	
KEDOUGOU	41,6%	1,5%	35,0%	9,9%	0,0%	12,0%	100,0%	770
SEDHIOU	45,9%	2,0%	33,4%	11,2%	0,2%	7,3%	100,0%	1892
TAMBACOUNDA	33,9%	2,7%	32,2%	6,7%	0,3%	24,1%	100,0%	2491
ZIGUINCHOR	57,5%	1,7%	27,9%	8,8%	0,2%	4,1%	100,0%	1022
rural	41,9%	1,9%	32,3%	8,7%	0,2%	14,9%	100,0%	5027
urbain	44,1%	2,9%	32,7%	9,9%	0,2%	10,2%	100,0%	1148
Sans niveau	39,6%	2,0%	33,1%	9,3%	0,2%	15,8%	100,0%	4676
Primaire	46,4%	7,2%	32,3%	0,8%	0,0%	13,3%	100,0%	188
Secondaire 1	51,4%	1,8%	31,5%	6,8%	0,2%	8,3%	100,0%	770
Secondaire 2	50,9%	2,8%	27,6%	12,7%	0,0%	6,0%	100,0%	325
Supérieur	51,1%	1,7%	35,6%	8,0%	0,0%	3,6%	100,0%	168
NSP	50,2%	2,1%	10,4%	13,1%	0,0%	24,2%	100,0%	48
15-19	48,6%	2,4%	28,4%	8,2%	0,5%	11,8%	100,0%	596
20-24	47,1%	1,7%	28,4%	8,4%	0,0%	14,5%	100,0%	1169
25-29	42,5%	2,7%	33,5%	6,6%	0,0%	14,8%	100,0%	1303
30-35	44,6%	1,9%	33,1%	6,7%	0,2%	13,6%	100,0%	1295
Total	45,2%	2,2%	31,3%	7,3%	0,1%	13,9%	100,0%	4363

4.3.2 Proportion des enfants de 13 à 24 mois vaccinés par le type de vaccin

La couverture vaccinale avec le vaccin BCG est bonne, en effet 94% des enfants sont vaccinés contre le BCG dans ces régions. Plus de deux tiers des enfants ont reçu les doses de pentavalent, de polio oral, de pneumo de rougeole et de fièvre jaune. Par contre le rappel de rougeole et rubéole introduit récemment (RR2) qui se fait à 15 mois est encore faible (28%).

Ces résultats comparés aux données de l'EDS continue Sénégal 2012-2013 montrent des taux superposables, en effet dans l'EDS continue 2012, le vaccin BCG a été donné à 96% des enfants de 12 à 23 mois ; la première dose de pentavalent à 95% des enfants, la poliomyélite orale 0 à 72% des enfants, la fièvre jaune à 77% et la rougeole à 78%.

Il n'existe pas de différence en fonction du milieu, du niveau d'instruction et de l'âge de la mère.

Tableau 4-8 : Proportion des enfants de 13 à 24 mois vaccinés par le type de vaccin selon la région, le milieu, le niveau d'instruction et l'âge de la mère

	BCG	PENTA	FIEVRE JAUNE	RR2	POLIO	PNEUMO	ROUGEOLE
KEDOUGOU	93.8	88.5	71.6	21.8	80.0	78.4	76.6
SEDHIOU	96.5	89.8	84.9	28.2	75.6	75.3	86.3
TAMBACOUNDA	90.8	81.0	71.8	26.5	74.0	65.4	76.3
ZIGUINCHOR	97.6	95.9	89.2	39.6	79.4	74.7	90.2
rural	93.6	86.6	79.0	29.3	75.8	70.7	80.8
urbain	96.4	89.9	82.9	28.8	78.2	77.3	84.8
Sans niveau	93.8	86.9	78.5	26.9	75.7	70.4	81.0
Primaire	92.8	84.1	81.5	19.5	77.2	69.1	76.5
Secondaire 1	94.8	88.2	84.0	37.9	76.5	77.7	85.9
Secondaire 2	98.2	89.4	82.4	27.0	80.6	77.8	83.7
Supérieur	97.3	92.0	85.4	65.6	82.3	82.6	80.1
NSP	90.9	89.1	75.2	12.6	76.3	70.8	81.3
15-19	93.6	85.2	71.4	27.0	72.4	73.5	77.9
20-24	92.6	84.3	78.9	26.1	74.4	71.4	77.5
25-29	95.0	86.8	79.5	28.4	77.4	72.6	84.0
30-35	94.4	88.6	83.4	32.5	80.2	74.6	82.5
Total	94.0	86.5	79.3	28.8	76.8	73.0	81.0

4.3.3 Proportion d'enfants de plus d'un an complètement vacciné

Dans ces quatre régions, la proportion d'enfants complétement vaccinés est très faible si on considère que 7.2% des enfants de plus d'un an sont complétement vaccinés. C'est dans la région de ZIGUINCHOR qu'on trouve le taux le plus élevé 8%.

Les enfants sont plus vaccinés en milieu urbain (7.7%) qu'en milieu rural (6.1%).

La proportion d'enfants complétement vaccinés dans notre étude est nettement inférieure retrouvée dans l'EDS continue 2012-2013 (70%).

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que dans notre étude nous avons inclus les nouveaux vaccins lancés par le PEV en 2014 (le vaccin contre les infections à pneumocoque et le rappel de rougeole et rubéole à 15mois) et que ce démarrage n'était pas effectif dans toutes les localités du pays.

Le taux de couverture vaccinale varie en fonction du niveau d'instruction de la mère, en effet plus la mère est instruite plus ce taux augmente.

Tableau 4-9 : Proportion d'enfant de plus d'un an complètement vacciné selon la région, le milieu et le niveau d'instruction de la femme

	Complètement vacciné	
	%	Effectif
KEDOUGOU	5.6	536
SEDHIOU	7.3	1376
TAMBACOUNDA	5.9	1677
ZIGUINCHOR	8.7	787
Rural	6.3	3532
Urbain	8.3	844
Sans niveau	5.8	3352
Primaire	6.9	138
Secondaire 1	11.4	524
Secondaire 2	5.9	221
Supérieur	14.7	112
NSP	.0	29
15-19	6.2	358
20-24	7.5	782
25-29	5.9	927
30-35	8.7	942
Total	7.2	3009

4.4 L'ETAT DE SANTE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS ET RECOURS AUX SOINS EN GENERAL

Dans ce sous chapitre seront étudiés la fréquence des maladies chroniques, du handicap chez les enfants ainsi que la fréquence des maladies aigues telles que le paludisme et la diarrhée.

On va s'intéresser également au recours à une formation sanitaire, de la consultation à la prise en charge.

4.4.1 Pourcentage d'enfants souffrant de maladie chronique

Dans ces régions 2.8% des enfants souffrent de maladies chroniques ; ces maladies recherchées ont été : un handicap physique ou mental, des séquelles neuro- sensorielles (cécité, surdité et mutité), un diabète, une cardiopathie, un asthme, une épilepsie, une infection par le VIH, une tuberculose, un cancer, une hypertension artérielle ou toute autre maladie chronique.

C'est à ZIGUINCHOR ou nous avons noté un taux de 4.1% de fréquence de maladies chroniques.

Tableau 4-10 : pourcentage d'enfants souffrant de maladie chronique selon la région, le milieu et le sexe (%)

	Maladie chronique	
	%	Effectif
KEDOUGOU	1.6	770
SEDHIOU	3.3	1892
TAMBACOUNDA	2.3	2504
ZIGUINCHOR	4.1	1019
Rural	2.7	5037
Urbain	3.1	1148
Sans niveau	3.0	2989
Primaire	2.6	3196
Secondaire 1	2.8	6185
Secondaire 2	1.6	770
Supérieur	3.3	1892
NSP	2.3	2504
15-19	4.1	1019
20-24	2.7	5037
25-29	3.1	1148
30-35	3.0	2989
Total	2.6	3196

4.4.2 Occurrences des différents types de maladie chronique et handicap chez les enfants de moins de cinq ans

Les maladies chroniques rencontrées chez ces enfants ont été retrouvées à des taux très faibles ; nous avons constaté 0.8% de cas d'asthme, 0.2% d'handicap moteur, 0.2 de surdité/mutité et 10% pour toute autre maladie chronique (voir tableau 4.3.2 en annexe).

4.4.3 Pourcentage d'enfants souffrant de maladies aigues

Chez les enfants souffrant de maladies aigues, le taux est de 14%. La maladie aigue peut être une diarrhée, un accès palustre, une maladie infectieuse aigue…c'est dans la région de SEDHIOU où on a noté un taux plus élevé d'enfants souffrant de maladies aigues (16.7%) ; de même qu'en milieu rural (14.8%) par rapport au milieu urbain (11.4%).

Tableau 4-11 : pourcentage d'enfants souffrants de maladie non chronique

	Maladie non chronique	
	%	Effectif
KEDOUGOU	11.1	770
SEDHIOU	16.7	1892
TAMBACOUNDA	13.8	2504
ZIGUINCHOR	12.6	1019
Rural	14.8	5037
Urbain	11.4	1148
Masculin	14.6	2989
Féminin	13.7	3196
Total	14.1	6185

4.4.4 durée de la maladie aigue pour les enfants de moins de 5 ans

La durée moyenne de la maladie aigue est de 4.6 jours, avec une durée moyenne minimale de 3.8 jours à ZIGUINCHOR et 5 jours à TAMBACOUNDA.

Il n'existe pas de différence entre le milieu rural et le milieu urbain, de même entre les garçons et les filles.

Tableau 4-12 : durée de la maladie aigue pour les enfants de moins de 5 ans selon la région, le milieu et le sexe

	Durée moyenne de la maladie	
	%	Effectif
KEDOUGOU	4.5	770
SEDHIOU	4.4	1892
TAMBACOUNDA	5.0	2504
ZIGUINCHOR	3.8	1019
Rural	4.5	5037
Urbain	4.6	1148
Masculin	4.7	2989
Féminin	4.4	3196
Total	4.6	6185

4.4.5 proportion d'enfants de moins de 5 ans malades ayant recouru aux soins

En cas de maladie, la proportion d'enfants ayant recouru aux soins de santé est 44%. C'est dans les régions de SEDHIOU et TAMBACOUNDA où les proportions sont les plus faibles avec respectivement 36% et 40%. Ce faible taux de recours aux soins de santé va entrainer des répercussions sur la morbidité et la mortalité.

En milieu urbain, cette proportion est de 48%, contre 43% en milieu rural.

Tableau 4-13 : proportion d'enfants de moins de 5 ans malades ayant recouru aux soins selon la région, le milieu et le sexe

	Recours aux soins	
	%	Effectif
KEDOUGOU	59.0	770
SEDHIOU	36.8	1892
TAMBACOUNDA	40.9	2504
ZIGUINCHOR	60.2	1019
Rural	43.4	5037
Urbain	48.2	1148
Masculin	45.0	2989
Féminin	43.4	3196
Total	44.2	6185

4.4.6 Raisons de non recours aux soins pour les enfants en pourcentage

Chez les enfants n'ayant pas recouru aux soins de santé, plusieurs raisons ont été avancées par les parents.

La première raison est la cherté des soins, 29.8% des parents ont jugés les soins trop chers, constituant un frein aux recours aux soins pour leurs enfants. La deuxième, 19.7% est que selon les parents, l'enfant n'était pas suffisamment malade pour nécessiter un recours aux soins de santé

9.7% n'ont pas recouru aux soins de santé, mettant en cause l'éloignement de la formation sanitaire et 7.3% ont préféré rester à la maison et enfin 42% des parents ont donné une toute autre raison.

4.4.7 Temps mis pour faire recours à une formation sanitaire

Dans le groupe des enfants ayant recouru à une formation sanitaire au cours de leur maladie, nous avons apprécié le temps mis pour faire ce recours par rapport au début de la maladie. L'analyse a montré que 48% des enfants ont consulté dans les 24 heures suivant le début des symptômes et 42% entre 24 et 48 heures.

Plus de 2% des enfants ont été amenés consultation dans les 14 jours suivant le début de leur maladie.

Tableau 4-14: Temps mis pour faire recours à un centre de santé selon la région, le milieu et le sexe

	DANS LES 24 HEURES	ENTRE 24 ET 48 HEURES	DANS LA MEME SEMAINE	DANS LES 14 JOURS	Total	
KEDOUGOU	51,0%	44,7%	4,3%	0,0%	100,0%	50
SEDHIOU	49,1%	43,3%	5,0%	2,5%	100,0%	114
TAMBACOUNDA	46,6%	36,8%	12,3%	4,2%	100,0%	153
ZIGUINCHOR	46,7%	48,4%	4,9%	0,0%	100,0%	75
rural	46,7%	43,4%	7,1%	2,7%	100,0%	332
urbain	54,7%	37,0%	8,3%	0,0%	100,0%	60
Masculin	48,8%	38,6%	10,4%	2,2%	100,0%	207
Féminin	47,5%	46,1%	4,2%	2,3%	100,0%	185
Total	48,2%	42,3%	7,3%	2,2%	100,0%	392

4.4.8 Temps moyen d'attente

Dans les formations sanitaires, vu la fréquentation élevée et le nombre limité de prestataires, les utilisateurs passent parfois beaucoup de temps avant d'être pris en charge.

Dans cette étude, ce temps d'attente moyen est assez long 26 minutes. C'est à TAMBACOUNDA ou ce temps d'attente est plus important, 31 minutes.

En comparaison au milieu rural, c'est en milieu urbain où les enfants passent beaucoup de temps à attendre d'être pris en charge avec un temps d'attente moyen de 39 minutes (contre 23 minutes en milieu rural) (voir tableau 4.3.8 en annexe).

4.4.9 Proportion d'enfants ayant dormi sous moustiquaire la veille de l'enquête

Le paludisme, maladie parasitaire transmis par l'anophèle femelle est encore très fréquent dans nos régions, sa prévention passe entre autre par l'utilisation de moustiquaire imprégnée.

A la veille de l'enquête, nous avons constaté que c'est à SEDHIOU où les enfants dorment beaucoup plus sous moustiquaire imprégnée avec une proportion de 81% par rapport aux autres régions.

Les enfants dorment également beaucoup plus sous moustiquaire imprégnée en milieu urbain (79%) qu'en milieu rural (65%).

Tableau 4-15 Proportion d'enfants ayant dormi sous moustiquaire la veille de l'enquête selon la région, le milieu et le sexe

	%	Effectif
KEDOUGOU	67.2	770
SEDHIOU	81.5	1892
TAMBACOUNDA	62.3	2504
ZIGUINCHOR	55.5	1019
Rural	65.1	5037
Urbain	79.1	1148
Masculin	68.4	2989
Féminin	67.7	3196
Total	68.0	6185

4.4.10 Proportion d'enfants ayant pris un antipaludéen selon la région et le milieu

Le traitement du paludisme repose sur la prise d'antipaludéen, le traitement est bien codifié et le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) recommande la prise d'ACT en cas de paludisme SIMPLE.

Le pourcentage d'enfants atteints de paludisme confirmé par un TDR est de 4%. Parmi ces enfants, 26% ont reçu un traitement antipaludéen.

Tableau 4-16a : Proportion d'enfants atteint de paludisme selon la région et le milieu

	Palu	
	%	Effectif
KEDOUGOU	5.0	770
SEDHIOU	3.8	1892
TAMBACOUNDA	2.9	2504
ZIGUINCHOR	6.0	1019
Rural	4.4	5037
Urbain	2.5	1148
Masculin	4.3	2989
Féminin	3.7	3196
Total	4.0	6185

Tableau 4-17 : Proportion d'enfants ayant prises un antipaludéen selon la région et le milieu

	%	Effectif
KEDOUGOU	36.7	42
SEDHIOU	16.2	84
TAMBACOUNDA	30.8	80
ZIGUINCHOR	26.3	48
Rural	25.9	225
Urbain	32.0	29
Masculin	28.0	131
Féminin	25.3	123
Total	26.7	254

4.4.11 pourcentage d'enfants ayant eu la diarrhée et traitement de la diarrhée

La diarrhée aigüe est encore très fréquente chez les enfants, elle peut être d'origine virale, bactérienne, parasitaire ou mycosique. Les cas de diarrhées virales à rotavirus sont de plus en plus fréquents.

La proportion d'enfants souffrant de diarrhée dans notre étude est de 28.2%, le double du pourcentage d'enfants souffrant de diarrhée retrouvé dans l'EDS continue 2012-2013.

Nous avons constaté beaucoup plus de cas de diarrhée à SEDHIOU (31%) que dans les autres régions.

La diarrhée est légèrement plus fréquente en milieu urbain (32%) qu'en milieu rural (27%).

Dans les quatre régions où on a recensé 28% de cas de diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans, 46% ont été correctement traités avec du SRO et du zinc.

Dans l'EDS, chez les enfants de moins de cinq ans présentant une diarrhée aigüe, 17% ont reçu une solution à partir de sachets de SRO.

Les enfants souffrant de diarrhée sont mieux pris en charge dans la région de KEDOUGOU que dans les autres régions.

Tableau 4-18 : pourcentage d'enfants ayant eu la diarrhée et traitement de la diarrhée selon la région, le milieu et sexe

	diarrhée		Soins de la diarrhée	
	%	Effectif	%	Effectif
KEDOUGOU	25.5	770	81.3	770
SEDHIOU	31.2	1892	31.6	1892
TAMBACOUNDA	28.9	2504	47.2	2504
ZIGUINCHOR	20.6	1019	69.4	1019
Rural	27.4	5037	46.9	5037
Urbain	32.1	1148	47.1	1148
Masculin	28.5	2989	47.5	2989
Féminin	28.0	3196	46.3	3196
Total	28.2	6185	46.9	6185

4.4.12 Etat nutritionnel au cours des 6 derniers mois selon la région, le milieu et sexe

L'état nutritionnel des enfants est apprécié sur des critères anthropométriques : la prise du poids, de la taille et du périmètre brachial (chez les enfants de 6 à 59mois).

La malnutrition aigüe sévère (MAS) est définie par un rapport poids/taille inférieur à moins 3 ET (écart type) et la malnutrition aigüe modérée (MAM) par un rapport poids/taille entre moins 2 et moins 3 ET.

Dans cette étude au cours des six derniers mois, 97% des enfants ont eu un bon état nutritionnel. Des cas de malnutrition aigüe sévère non compliquée ont été observés à des proportions faibles 0.6%. C'est dans la région de SEDHIOU que nous avons observé le taux le plus élevé 1.7%. Dans l'ensemble nous avons observé beaucoup plus de MAS dans l'EDS continue 2012-2013 que dans notre étude.

Tableau 4-19 : Etat nutritionnel au cours des 6 derniers mois selon la région, le milieu et sexe

	mesure	VERT	JAUNE	ROUGE	Total

KEDOUGOU	37.0	770	99,3%	0,7%	0,0%	100,0%	261
SEDHIOU	19.4	1967	96,1%	2,1%	1,7%	100,0%	366
TAMBACUNDA	31.2	2498	95,8%	3,5%	0,7%	100,0%	643
ZIGUINCHOR	29.5	947	98,4%	1,6%	0,0%	100,0%	255
rural	28.8	5109	97,1%	2,2%	0,7%	100,0%	1275
urbain	25.7	1073	96,6%	2,8%	0,6%	100,0%	250
Masculin	27.4	2987	97,0%	2,1%	0,8%	100,0%	731
Féminin	28.9	3193	97,0%	2,4%	0,5%	100,0%	793
Total	28.1	6180	97,0%	2,3%	0,7%	100,0%	1524

4.4.13 Traitement de la malnutrition au cours des 6 derniers mois

La prise en charge des cas de malnutrition aigüe sévère non compliquée s'effectue au niveau des unités de récupération et d'éducation nutritionnelle (UREN) basées au niveau des postes de santé. Cette prise en charge repose sur des conseils nutritionnels, l'administration d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE), de farine enrichie, la supplémentation en vitamine A, l'administration de fer de déparasitant…

Parmi les enfants souffrant de malnutrition aigüe sévère non compliquée, 10% ont reçu de l'ATPE, 61% de la vitamine A, 63% des conseils nutritionnels, 32% du fer et 87% ont reçu de la farine enrichie.

Dans les régions de SEDHIOU et ZIGUINHOR, aucun enfant malnutri n'a reçu de l'ATPE au cours des six derniers mois.

Tableau 4-20 : Traitement de la malnutrition au cours des 6 derniers mois selon la région, le milieu et sexe

	Soin malnutrition	Vitamine A	Conseils	Farine enrichie	FER	Déparasitant	ATPE_ASPE
KEDOUGOU	62.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
SEDHIOU	46.4	13.0	56.4	100.0	29.8	13.5	.0
TAMBACUNDA	48.9	78.9	62.4	80.9	26.1	47.0	6.6
ZIGUINCHOR	.9	100.0	100.0	100.0	.0	100.0	.0
rural	41.9	58.0	82.7	83.3	44.1	34.2	15.0
urbain	55.6	68.9	11.2	100.0	.0	58.3	.0
Masculin	42.3	61.8	52.3	81.5	15.4	15.8	.0
Féminin	47.1	60.3	71.9	92.9	45.2	60.5	19.5
Total	44.9	61.0	63.2	87.9	32.1	40.8	10.9

CONCLUSION

En définitive, il ressort de cette étude que 65% des nouveau-nés ont été pesés à la naissance. C'est dans la région de Tambacounda où on pèse moins les nouveau-nés (49%) ; de même les nouveau-nés sont moins pesés en milieu rural (58%) qu'en milieu urbain (86%). Suivant l'éducation, les femmes sans instruction ont très souvent leurs enfants non pesés.

Après un accouchement, la femme doit faire trois Consultations Post-natals (CPON). Mais seulement 72% des mères ont bénéficié d'au moins une CPON. Les mères ayant un niveau d'instruction plus élevé largement plus nombreuses à avoir bénéficié d'au moins un CPON que les mères non instruites. Normalement le premier contrôle post natal se fait au troisième jour après la naissance mais l'analyse des données montre que la durée moyenne avant le premier contrôle post natal est de 7 jours. Seulement 58% des mères ayant accouché ont reçu du fer et 42% de la vitamine A.

Au niveau de la santé des enfants, la vaccination est un élément essentiel de prévention contre diverses maladies. La couverture vaccinale avec le vaccin BCG est bonne, en effet 94% des enfants sont vaccinés contre le BCG dans les régions couvertes par cette étude. Plus de deux tiers des enfants ont reçu les doses de pentavalent, de polio oral, de pneumo de rougeole et de fièvre jaune. Par contre le rappel de rougeole et rubéole introduit récemment (RR2) qui se fait à 15 mois est encore faible (28%). Ce faible taux de RR2 tire vers le bas le taux des enfants complètement vaccinés. La protection des enfants passe aussi par l'utilisation des moustiquaires. Il ressort de nos données que 68% des enfants ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédente l'enquête.

De façon générale, 2.8% des enfants de moins de 5 ans souffrent de maladies chroniques Quant aux maladies occasionnelles, elles concernent 14% des enfants au moment de l'enquête. Moins de la moitié des enfants (44%) malades ont été soignés. La première raison du non recours aux soins est sa cherté. Environ 30% des parents d'enfants malades non soignés ont avancé cette raison. L'éloignement aussi est un facteur à prendre en compte puisque 10% des parents ont invoqué cette raison. Parmi les enfants ayant eu le paludisme, seulement 27% ont pris un antipaludéen et parmi les enfants souffrant de diarrhée, 47% ont pris une solution de réhydratation par voie orale (SRO).

En ce qui concerne l'état nutritionnel des enfants, au cours des six derniers mois, 97% des enfants ont eu un bon état nutritionnel. Des cas de malnutrition aigüe sévère non compliquée ont été observés à des proportions faibles 0.6%.

ANNEXE CHAPITRE 4

Tableau 4.1.3: Distribution du poids des enfants à la naissance selon la région et le milieu

	1. TRÈS GROS	2. PLUS GROS QUE LA MOYENNE	3. MOYEN	4. PLUS PETIT QUE LA MOYENNE	5. TRÈS PETIT	Total	
1. KEDOUGOU	3,5%	24,9%	59,1%	12,2%	0,3%	100,0%	275
2. SEDHIOU	1,5%	23,6%	52,6%	18,9%	3,4%	100,0%	638
3. TAMBACOUNDA	3,6%	19,2%	55,1%	18,5%	3,5%	100,0%	743
4. ZIGUINCHOR	1,0%	18,9%	60,2%	17,6%	2,3%	100,0%	346
rural	2,6%	21,7%	56,7%	15,9%	3,0%	100,0%	1608
urbain	2,0%	21,1%	52,5%	22,5%	1,9%	100,0%	394
Sans niveau	2,1%	20,4%	57,0%	17,4%	3,1%	100,0%	1234
Primaire	4,3%	23,7%	51,3%	16,8%	3,9%	100,0%	98
Secondaire 1	3,2%	20,2%	56,5%	19,3%	0,7%	100,0%	379
Secondaire 2	4,2%	29,5%	49,8%	14,4%	2,2%	100,0%	179
Supérieur	0,7%	21,0%	55,7%	17,1%	5,4%	100,0%	92
NSP	0,0%	34,7%	45,8%	13,8%	5,8%	100,0%	20
Total	2,5%	21,6%	55,8%	17,4%	2,7%	100,0%	2002

Tableau 4.1.5: Nombre moyen de contrôle post natal selon la région, le milieu et le niveau d'instruction de la femme

	Moyenne	Effectif
KEDOUGOU	1.6	505
SEDHIOU	1.8	1143
TAMBACOUNDA	1.9	1340
ZIGUINCHOR	1.8	606
rural	1.8	2920
urbain	1.8	674
Sans niveau	1.8	2297
Primaire	1.6	158
Secondaire 1	1.8	636
Secondaire 2	1.7	300
Supérieur	2.0	173
NSP	1.6	30
Total	1.8	3594

Tableau 4.1.7: Type d'établissement consulté lors de la dernière consultation post natal selon la région et le milieu

	1. ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE /HÔPITAL	2. CENTRE DE SANTE	3. POSTE DE SANTE	4. CASE DE SANTE	5. HOPITAL/CLINIQUE PRIVE	9. DOMICILE PERSONNEL	10. AUTRE DOMICILE	97. AUTRE (SPÉCIFIEZ)	Total	
KEDOUGOU	4,9%	17,9%	69,4%	7,2%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	100,0%	183
SEDHIOU	7,8%	12,9%	71,5%	6,1%	1,0%	0,0%	0,1%	0,6%	100,0%	546
TAMBACOUNDA	10,6%	17,2%	61,1%	7,8%	1,1%	0,4%	1,3%	0,4%	100,0%	507
ZIGUINCHOR	11,9%	19,1%	52,4%	11,5%	4,3%	0,0%	0,0%	0,8%	100,0%	277
rural	9,5%	11,0%	65,9%	10,5%	1,5%	0,3%	0,6%	0,6%	100,0%	1170
urbain	7,1%	29,8%	61,5%	0,2%	1,3%	0,0%	0,0%	0,1%	100,0%	343
Sans niveau	7,8%	14,9%	67,9%	8,1%	0,6%	0,1%	0,1%	0,6%	100,0%	859
Primaire	6,6%	10,1%	66,2%	14,1%	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	74
Secondaire 1	8,7%	18,8%	62,5%	7,3%	1,9%	0,7%	0,0%	0,2%	100,0%	314
Secondaire 2	13,4%	23,0%	55,2%	5,3%	2,9%	0,0%	0,0%	0,2%	100,0%	161
Supérieur	14,4%	13,9%	60,9%	4,7%	4,6%	0,0%	0,0%	1,6%	100,0%	91
NSP	3,9%	3,4%	51,8%	8,7%	0,0%	0,0%	32,1%	0,0%	100,0%	14
Total	8,9%	16,1%	64,7%	7,7%	1,4%	0,2%	0,4%	0,5%	100,0%	1513

Tableau 4.1.10: Raisons de non consultation post natale en pourcentage selon la région, le milieu et le niveau d'instruction de la femme

	TROP CHER	TROP LOIN	TROP OCCUPÉ(E) (TRAVAIL, ENFANTS)	AUTO-TRAITEMENT	PAS EU BESOIN	ÉTABLISSEMENT EN MAUVAIS ETAT	L'ÉTABLISSEMENT A DES STOCKS INSUFFISANTS	MAUVAISE ATTITUDE DU PERSONNEL	MAUVAISES CONNAISSANCES DU PERSONNEL
KEDOUGOU	4.5	4.0	.5	1.4	9.5	.0	.0	.0	.3
SEDHIOU	2.0	1.5	.1	1.0	7.0	.0	.0	.3	.9
TAMBACOUNDA	5.9	4.3	.1	2.0	9.2	.0	.0	.0	.8
ZIGUINCHOR	2.1	1.1	1.2	.7	3.0	.0	.0	.0	.3
rural	4.7	3.7	.4	1.7	8.8	.0	.0	.0	.9
urbain	.9	.0	.0	.2	3.3	.0	.0	.3	.0
Sans niveau	4.4	3.6	.3	1.5	7.5	.0	.0	.1	.9
Primaire	3.5	.0	.0	2.1	9.7	.0	.0	.0	.5
Secondaire 1	3.3	2.8	.3	1.1	7.7	.0	.0	.0	.2
Secondaire 2	1.1	.3	.6	1.4	6.5	.0	.0	.0	.6
Supérieur	1.0	.6	.0	.0	2.2	.0	.0	.0	.0
NSP	9.9	.0	4.8	.0	34.4	.0	.0	.0	2.8
Total	3.8	2.9	.3	1.4	7.6	.0	.0	.1	.7

Tableau 4.3.2 occurrence des différents types de maladie chronique et handicap chez les enfants de moins de cinq ans (%)

	HANDICAP PHYSIQUE	HANDICAP MENTAL	CÉCITÉ	SURDITÉ/MUTITÉ	AUTRE HANDICAP	TROUBLE CARDIAQUE	DIABÈTE
1. KEDOUGOU	.0	.0	.2	.6	.0	.0	.0
2. SEDHIOU	.2	.0	.0	.0	.0	.1	.0
3. TAMBACOUNDA	.1	.0	.1	.1	.0	.1	.0
4. ZIGUINCHOR	.2	.0	.1	.3	.0	.0	.0
rural	.2	.0	.1	.2	.0	.1	.0
urbain	.1	.0	.1	.0	.1	.1	.0
Masculin	.1	.0	.1	.1	.0	.1	.0
Féminin	.2	.0	.1	.3	.0	.1	.0
Total	.2	.0	.1	.2	.0	.1	.0

Tableau 4.3.2 occurrence des différents types de maladie chronique et handicap chez les enfants de moins de cinq ans (%)

	DIABÈTE	ÉPILEPSIE	ASTHME	CANCER	VIH/SIDA	TUBERCULOSE	HYPERTENSION	AUTRE MALADIE CHRONIQUE
1. KEDOUGOU	.0	.0	.5	.0	.0	.0	.0	.3
2. SEDHIOU	.0	.0	.9	.0	.0	.0	.0	2.0
3. TAMBACOUNDA	.0	.1	.6	.0	.0	.0	.0	1.1
4. ZIGUINCHOR	.0	.0	1.3	.0	.0	.0	.0	2.3
rural	.0	.1	.6	.0	.0	.0	.0	1.4
urbain	.0	.0	1.3	.0	.0	.0	.0	1.5
Masculin	.0	.1	1.0	.0	.0	.0	.0	1.5
Féminin	.0	.0	.6	.0	.0	.0	.0	1.4
Total	.0	.0	.8	.0	.0	.0	.0	1.4

Tableau 4.3.6 : Raisons de non recours aux soins pour les enfants en pourcentage selon la région, le Milieu et le sexe (%)

	TROP CHER	TROP LOIN	TROP OCCUPÉ(E) (TRAVAIL, ENFANTS)	N'ÉTAIT PAS SUFFISAMMENT MALADE	LA STRUCTURE DE CET ÉTABLISSEMENT EST MAUVAISE	L'ÉTABLISSEMENT A DES STOCKS INSUFFISANTS	MAUVAISE ATTITUDE DU PERSONNEL	MAUVAISES CONNAISSANCES DU PERSONNEL
1. KEDOUGOU	29.2	7.2	7.2	25.1	.0	3.8	.0	.0
2. SEDHIOU	28.3	11.2	6.1	20.6	.0	.6	.0	.4
3. TAMBACOUNDA	34.9	9.4	2.3	13.0	.0	.6	.2	.0
4. ZIGUINCHOR	15.7	6.6	9.7	37.5	.0	4.9	.0	.0
rural	30.1	11.0	4.6	19.2	.0	1.5	.0	.2
urbain	28.4	2.6	7.3	21.8	.0	.0	.5	.0
Masculin	31.3	6.3	6.0	15.2	.0	1.2	.2	.3
Féminin	28.4	13.0	4.1	24.0	.0	1.4	.0	.0
Total	29.8	9.7	5.0	19.7	.0	1.3	.1	.2

E

Tableau 4.3.6 : Raisons de non recours aux soins pour les enfants en pourcentage selon la région, le Milieu et le sexe (%)

	NE FAIT PAS CONFIANCE AU PERSONNEL	PERSONNEL HABITUELLEMENT ABSENT	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ FERMÉ	PAS DE TRANSPORT	MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS	HORAIRES PEU PRATIQUES	LONGUES ATTENTES	PRÉFÈRE LES SOINS À LA MAISON	AUTRE
1. KEDOUGOU	3.1	1.8	.0	6.5	.0	.0	.0	11.7	24.9
2. SEDHIOU	7.4	.0	.0	1.4	.0	.6	.0	7.2	46.4
3. TAMBACOUNDA	6.5	2.8	.0	3.0	.0	.0	.8	7.5	48.0
4. ZIGUINCHOR	.0	8.3	.0	2.0	.0	5.7	.0	2.4	24.5
rural	5.6	2.4	.0	3.0	.0	.8	.4	5.8	44.3
urbain	7.6	.0	.0	.0	.0	.4	.0	15.2	35.7
Masculin	5.1	2.1	.0	1.3	.0	.9	.0	8.0	46.7
Féminin	6.8	2.0	.0	3.7	.0	.6	.6	6.7	39.2
Total	6.0	2.0	.0	2.5	.0	.8	.3	7.3	42.9

Tableau 4.3.8: Temps d'attente par type d'établissement selon la région, le milieu et la zone

	[04.19] Où avez-a-t- cherché à se faire soigner principalement?	[04.24] Lors de la dernière visite, pendant combien de temps avez- a-t-dû atten	
	Moyenne	Moyenne	Effectif
1. KEDOUGOU	4.6	19.9	770
2. SEDHIOU	4.1	30.4	1892
3. TAMBACOUNDA	4.1	31.3	2504
4. ZIGUINCHOR	4.1	18.7	1019
rural	4.5	23.9	5037
urbain	2.9	39.0	1148
Masculin	3.5	32.1	2989
Féminin	4.9	21.1	3196
Total	4.2	26.8	6185

CHAPITRE 5 OBSERVATIONS CLINIQUE ET ENTRETIEN DE SORTIE DES SOINS DE SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

INTRODUCTION

La santé des populations est un bon indicateur du niveau de vie des populations et du niveau de développement d'un pays.

Les services de santé doivent être accessibles afin de permettre leur fréquentation. Il existe différents types de formations sanitaires en fonction de la zone et du milieu.

Au Sénégal, la pyramide sanitaire se répartit comme suit :

- Au niveau de la base on retrouve les cases de santé, postes de santé et centres de santé
- Au niveau intermédiaire les établissements publics de santé niveau 1 et 2
- Au niveau du sommet de la pyramide les centres hospitalo-universitaires

En plus de l'accessibilité les formations sanitaires doivent disposer d'un personnel qualifié et en quantité suffisante afin d'assurer la qualité des soins.

Ce chapitre aborde de façon globale dans un premier temps l'interaction entre le prestataire des services de soins prénatals et infantiles et le patient : catégorie du prestataire, bonne conduite de la consultation, conseils prodigués…

Et dans un second temps il s'intéresse au client : accessibilité de la formation sanitaire, cout des soins de santé, bonne compréhension des services et soins offerts, qualité de la prestation…

De façon plus précise, il est subdivisé en quatre sous chapitres pour une analyse plus précise qui sont:

- La présentation de l'échantillon des utilisatrices des services de soins prénatals selon la région de résidence et selon les caractéristiques des formations sanitaires.
- Les résultats de l'observation directe de la consultation prénatale
- La présentation de l'échantillon d'enfants consultés selon la région de résidence et selon les caractéristiques des formations sanitaires.
- Les résultats de l'observation directe de la consultation des enfants de moins de cinq ans

5.1 PRESENTATION DE L'ECHANTILLON DES UTILISATRICES DES SERVICES DE SOINS PRENATALS SELON LA REGION DE RESIDENCE ET SELON LES CARACTERISTIQUES DES FORMATIONS SANITAIRES

Dans ces quatre régions les formations sanitaires sont composées d'établissement public de santé (EPS), de centre de santé et de poste de santé.

Sur le plan sanitaire, la région est divisée en districts sanitaires et ces derniers polarisent des centres de santé et des postes de santé.

La région de Kédougou compte 3 districts sanitaires, celle de Sédhiou 3 districts et un EPS. A Tambacounda l'enquête a porté sur un EPS et 7 districts sanitaires et à Ziguinchor un EPS et 5 districts sanitaires (voir tableau 5.1).

Au total 241 formations sanitaires ont été visitées dans le cadre cette enquête.

Les offres de services de soins prénatals varient en fonction des formations sanitaires (poste de santé, centre de santé et établissement public de santé).

Tableau 5-1 : Nombre de de formation sanitaire par district, selon le type de structure

	privé confessionnel				Secteur public			
	EPS	Centre de santé	Poste de santé	Total	EPS	Centre de santé	Poste de santé	Total
KEDOUGOU	0	0	0	0	0	1	10	11
SALEMATA	0	0	1	1	0	1	5	6
SARAYA	0	0	0	0	0	1	9	10
BOUNKILING	0	0	0	0	0	2	14	16
GOUDOMP	0	0	1	1	0	1	11	12
SEDHIOU	0	0	0	0	1	1	13	15
BAKEL	0	0	2	2	0	1	16	17
DIANKHE MAKHAN	0	0	0	0	0	1	5	6
GOUDIRY	0	0	2	2	0	1	13	14
KIDIRA	0	0	2	2	0	1	12	13
KOUMPENTOUM	0	0	1	1	0	1	9	10
MAKACOLIBANTANG	0	0	0	0	0	1	5	6
TAMBACOUNDA	0	1	2	3	1	1	14	16
BIGNONA	0	0	2	2	0	1	26	27
DIOULOULOU	0	0	1	1	0	1	15	16
OUSSOUYE	0	0	1	1	0	1	11	12
THIONCKESSYL	0	0	3	3	0	1	9	10
ZIGUINCHOR	0	0	5	5	1	1	22	24
TOTAL	0	1	23	24	3	19	219	241

5.1.1 Répartition des utilisatrices des services de soins prénatals selon les caractéristiques des formations sanitaires et de la région de résidence

L'accès aux services de soins prénatals est essentiel pour les populations. Le taux d'utilisation des services de soins de santé prénatals varie en fonction des régions, de la nature de la structure sanitaire et du milieu (rural ou urbain).

Durant cette étude l'observation directe des femmes en CPN croisée à l'interview à la sortie de ces femmes en consultation a permis de calculer la répartition des utilisatrices des services de soins prénatals.

Les résultats montrent un taux faible de la répartition des utilisatrices des services de soins prénatals. Le taux le plus élevé est retrouvé à Tambacounda (31.3%)

Ce taux est plus important en milieu rural (60.8%) qu'en milieu urbain (39.2%) et les postes de santé sont beaucoup plus fréquentés que les autres formations sanitaires avec un taux d'utilisation de 77.5%.

Ceci s'explique par le fait qu'en milieu rural la quasi-totalité des formations sanitaires sont représentées par les postes de santé ; alors qu'en milieu urbain les utilisatrices ont le choix entre un EPS, un centre de santé ou un poste de santé.

Tableau 5-2 : Présentation de l'échantillon des utilisatrices des services de soins prénatals: caractéristiques géographiques et des centres

	Effectif	Nb. colonnes (%)
KEDOUGOU	147	17,3%
SEDHIOU	176	20,8%
TAMBACOUNDA	272	32,1%
ZIGUINCHOR	253	29,8%
Rural	516	60,8%
Urbain	332	39,2%
Traitement	261	30,8%
Contrôle	291	34,3%
ND	296	34,9%
PS	673	79,4%
CS	166	19,6%
EPS	9	1,1%
Total	848	100,0%

5.1.2 Répartition des utilisatrices des services de soins prénatals: niveau d'instruction, groupe d'âge et possession d'une assurance

La grande majorité des utilisatrices des services de soins prénatals sont les femmes en âge de procréer (15 à 34 ans) avec un taux de 84%, qu'elles soient scolarisées ou non.

Au-delà de 35 ans les femmes fréquentent moins les services de soins prénatals.

La quasi-totalité (97%) de ces utilisatrices qui sont le plus souvent sans emploi ou dans le secteur informel n'ont pas accès à une couverture médicale.

Tableau 5-3 : Présentation de l'échantillon des utilisatrices des services de soins prénatals: niveau d'instruction, groupe d'âge et possession d'une assurance

	Effectif	Nb. colonnes (%)
Moins de 15 ans	6	1,1%
15-19	99	18,8%
20-24	145	27,5%
25-29	121	22,9%
30-34	76	14,4%
35-55	58	11,0%
ND	23	4,4%
Sans Niveau	299	56,6%
Primaire	115	21,8%
Secondaire	108	20,5%
Supérieur	6	1,1%
Non	513	97,9%
Oui	11	2,1%
Total	524	100,0%

5.1.3 Répartition des utilisatrices des services et de soins prénatals selon la catégorie de prestataire.

Au Sénégal, le personnel qualifié d'après le Ministère de la santé et de l'action sociale pour assurer des soins prénatals est représenté par un médecin gynécologue obstétricien ou généraliste, une sage-femme, un infirmier ou un assistant infirmier.

Les matrones ne sont pas qualifiées à assurer des services de soins prénatals.

A Kédougou, sur les 147 femmes observées en CPN pendant l'enquête, 71% ont été vues par une sage-femme d'état, 17% par un IDE et 8% par un assistant infirmier. A Ziguinchor 47% des utilisatrices observées ont été consultées par une sage-femme, 22% par un Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) et 25% par un assistant infirmier.

Dans la région de Sédhiou, les Sages-Femmes Diplômés d'Etat (SFE) assurent les services de soins prénatals dans 61% des cas et à Tambacounda dans 48% des cas.

Vu ces résultats nous pouvons dire que ce sont les SFE qui assurent beaucoup plus les soins de santé prénatals.

En milieu urbain où les SFE sont beaucoup plus représentées dans les postes de santé et les centres santé contrairement en milieu rural, 72% des utilisatrices observées ont été consultées par une SFE 43%.

Ces résultats sont presque identiques à ceux obtenus par l'EDS-continue, Sénégal 2012-2013 où 66.3% des femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête ont été consultées par une sage-femme et 24% par une infirmière.

Tableau 5-4 : Répartition des utilisatrices des services et de soins prénatals par catégorie de prestataire selon la région, le milieu et le type de district.

	MEDECIN SPECIALISTE	SAGE-FEMME D'ETAT	SAGE-FEMME BREVETE	INFIRMIER D'ETAT	ASSISTANT INFIRMIER	INFIRMIER BREVETE	AIDE SOIGNANT	MATRONNE	Total	
KEDOUGOU	0,0%	71,4%	0,0%	17,0%	8,2%	3,4%	0,0%	0,0%	100%	147
SEDHIOU	0,0%	61,9%	0,6%	8,0%	18,2%	7,4%	0,0%	4,0%	100%	176
TAMBACOUNDA	0,0%	48,5%	0,0%	21,0%	25,7%	2,9%	1,8%	0,0%	100%	272
ZIGUINCHOR	1,6%	47,0%	0,0%	22,5%	25,3%	2,0%	0,0%	1,6%	100%	253
Rural	0,0%	43,6%	0,0%	23,3%	28,3%	4,7%	0,0%	0,2%	100%	516
Urbain	1,2%	72,3%	0,3%	9,9%	9,6%	2,1%	1,5%	3,0%	100%	332
Traitement	0,0%	61,3%	0,0%	16,1%	14,2%	8,4%	0,0%	0,0%	100%	261
Contrôle	0,0%	54,0%	0,0%	18,2%	25,8%	0,3%	1,7%	0,0%	100%	291
ND	1,4%	50,0%	0,3%	19,6%	22,3%	2,7%	0,0%	3,7%	100%	296
Total	0,5%	54,8%	0,1%	18,0%	21,0%	3,7%	0,6%	1,3%	100%	848

5.1.4 Répartition des utilisatrices des services et de soins prénatals selon le temps mis pour arriver au niveau de la formation sanitaire

Le temps mis par les utilisatrices pour quitter le domicile et arriver au niveau de la structure sanitaire qu'elles viennent à pied ou par un moyen de transport a été apprécié dans les quatre régions.

En milieu rural, parfois l'accès aux formations sanitaires est difficile pour différentes raisons : éloignement, défaut de moyens de transport adéquat, coût du transport….

A Kédougou, la moitié des utilisatrices mettent moins de 30 minutes pour rallier la formation sanitaire et 22% des utilisatrices arrivent à la formation sanitaire après 60 mn de trajet à l'aide d'un moyen de transport.

Dans la région de Ziguinchor, ce temps mis pour le trajet est de moins de 30 mn par 66% des utilisatrices et plus de 60mn par 12% des utilisatrices.

A Tambacounda, pour rallier la formation sanitaire 66% des utilisatrices mettent moins de 30 mn et 18% plus de 60 mn.

A Sédhiou le temps mis pour le trajet est de moins de 30 mn dans 45% des cas et plus de 60 mn dans 25% des cas.

En milieu rural le temps mis par les utilisatrices est de moins de 30 mn dans 58% des cas (contre 62% en milieu urbain), entre 30 mn et 60 mn dans 25% (contre 18% en milieu urbain) et plus de 60 mn dans 17% des cas (contre 20% en milieu urbain)

Tableau 5-5 : Répartition des utilisatrices des services et de soins prénatals selon le temps mis pour arriver au niveau de la formation sanitaire

	Moins de 5 MN	Entre 5 et 15 MN	Entre 15 et 30 MN	Entre 30 et 60 MN	PLUS DE 60 MN	Total	
KEDOUGOU	11,3%	21,1%	16,9%	29,6%	21,1%	100%	71
SEDHIOU	5,3%	24,6%	16,7%	28,1%	25,4%	100%	114
TAMBACOUNDA	18,2%	31,5%	13,8%	18,2%	18,2%	100%	181
ZIGUINCHOR	8,2%	31,6%	26,6%	21,5%	12,0%	100%	158
Traitement	17,6%	23,9%	13,2%	25,2%	20,1%	100%	159
Contrôle	10,2%	33,0%	14,8%	19,9%	22,2%	100%	176
ND	7,4%	28,6%	27,0%	23,8%	13,2%	100%	189
Rural	12,3%	26,4%	18,9%	24,9%	17,4%	100%	333
Urbain	9,9%	32,5%	18,3%	19,4%	19,9%	100%	191
PS	13,3%	30,8%	17,0%	22,4%	16,5%	100%	442
CS	1,3%	16,0%	25,3%	28,0%	29,3%	100%	75
EPS	0,0%	28,6%	57,1%	0,0%	14,3%	100%	7
Total	11,5%	28,6%	18,7%	22,9%	18,3%	100%	524

5.1.5 Dépenses pour le transport

Certaines utilisatrices à cause de l'éloignement empruntent des moyens de transport pour se rendre dans les formations sanitaires.

A Kédougou, sur les 147 femmes vues, 26 soit 17.6% ont eu recours à un moyen de transport pour rallier la formation sanitaire et la dépense moyenne pour le transport est de 465 FCFA. A Tambacounda, 29.7% des utilisatrices utilisent un moyen de transport et la dépense moyenne est de 407 FCFA.

A Sédhiou, ce taux est de 25% et la dépense moyenne est de 245 FCFA et à Ziguinchor 49 sur 253 des utilisatrices dépensent en moyenne 353 en transport.

En milieu rural la dépense moyenne pour le transport est de 266 FCFA contre 510 FCFA en milieu urbain.

Tableau 5-6 : Dépenses pour le transport

	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum	Effectif
KEDOUGOU	465	0	0	3500	26
SEDHIOU	245	100	0	1500	43
TAMBACOUNDA	407	100	0	6000	81
ZIGUINCHOR	353	200	0	1700	49
traitement	347	0	0	6000	68
Contrôle	437	200	0	3500	67
ND	314	200	0	1700	64
Rural	266	100	0	2000	117
Urbain	510	275	0	6000	82
PS	270	100	0	3200	143
CS	608	300	0	6000	50
EPS	650	500	100	1800	6
Total	366	200	0	6000	199

5.1.6 Actes médicaux réalisés

Comme la majorité des utilisatrices n'ont pas une assurance maladie ; les différents actes médicaux ont été payés par ces dernières.

Dans les quatre régions, la majorité des utilisatrices (environ 87%) ont eu à payer pour les consultations que ce soit en milieu urbain comme en milieu rural, dans un EPS comme dans un PS ou un CS.

Concernant les analyses de laboratoires, 5.6% des utilisatrices ont eu à faire des analyses de laboratoire à Kédougou, contre 14% à Sédhiou, 14.4% à Tambacounda et 8.9% à Ziguinchor. Ces taux sont faibles étant donné que la majorité des formations sanitaires sont des PS et que ces derniers ne disposent pas de laboratoires.

Une échographie obstétricale a été réalisée chez 5.6% des utilisatrices à Kédougou, 6.1% des utilisatrices à Sédhiou, 11.6% des utilisatrices à Tambacounda et chez 4.4% des utilisatrices à Ziguinchor.

Des médicaments ont été prescrits chez plus de 92% des utilisatrices des services de soins prénatals dans ces quatre régions.

Au total, sur les 528 utilisatrices interviewées à la sortie de la consultation prénatale, il n'y a que 3.2% d'entre elles qui ont réalisé tous les actes médicaux.

	Avez-vous eu à payer quelque chose pour la consultation	Vous a-t-on fait des analyses de laboratoire	Vous a-t-on fait une échographie	Des médicaments vous ont-ils été prescrits	Tous les actes	
KEDOUGOU	84,5	5,6	5,6	97,2	2,8	71
SEDHIOU	90,4	14,0	6,1	96,5	4,3	116
TAMBACOUNDA	86,7	14,4	11,6	92,3	3,8	183
ZIGUINCHOR	86,1	8,9	4,4	86,1	1,9	158
Traitement	85,5	14,5	10,1	92,5	4,9	162
Contrôle	86,9	9,7	8,5	95,5	2,8	177
ND	88,4	10,6	4,2	88,3	2,1	189
Rural	85,0	11,1	5,7	94,6	2,1	336
Urbain	90,6	12,0	10,5	87,4	5,2	192
PS	85,5	10,4	5,4	93,2	2,2	446
CS	96,0	17,3	18,7	87,8	9,3	75
EPS	85,7	14,3	14,3	57,1	,0	7
Total	87,0	11,5	7,4	92,0	3,2	528

5.1.7 Dépenses pour les consultations prénatales (consultation, laboratoire, échographie et médicaments)

Dans les différentes structures où les utilisatrices bénéficient des services de soins de santé, les actes médicaux sont facturés. Le coût de ces différents actes médicaux varie d'une structure à une autre et d'une région à l'autre.

Parmi les utilisatrices vues en sortie de CPN, l'analyse des coût des différents actes réalisés a permis de donner les résultats suivants :

Le coût moyen de la consultation est de 387 FCFA à Kédougou, 301 FCFA à Sédhiou, 511 FCFA à Tambacounda et 466 FCFA à Ziguinchor. Ce coût de la consultation est plus élevé dans les EPS (1260 FCFA) qu'au niveau des CS (475 FCFA) et des PS (414 FCFA).

Le coût moyen des analyses de laboratoires est plus important à Tambacounda (8854FCFA) par rapport à Kédougou (3700), Sédhiou (3750 FCFA) et Ziguinchor (4227 FCFA).

Les utilisatrices dépensent en moyenne beaucoup plus pour une échographie à Tambacounda (7656 FCFA) qu'à Kédougou (5250 FCFA), Sédhiou (3750 FCFA) et Ziguinchor (4750 FCFA).

Il n'existe pas de différence significative entre le coût de l'échographie obstétricale au niveau des différentes structures.

Tableau 5-7 : Coût des actes médicaux réalisés

	Combien vous a coûté en monnaie le trajet pour venir aujourd'hui dans l'		cout consultation		cout laboratoire		cout ecographie		cout medicament	
	Moyenne	Effectif	Moyenne	Effectif	Moyenne	Effectif	Moyenne	Effectif	Moyenne	Effectif
KEDOUGOU	1008	12	387	58	3700	3	5250	4	2241	60
SEDHIOU	391	27	301	103	4429	14	3750	6	1886	98
TAMBACOUNDA	786	42	511	154	8854	13	7656	16	2614	127
ZIGUINCHOR	455	38	466	133	4227	11	4750	6	1861	119
Traitement	843	28	403	134	6333	15	5786	14	2079	122
Contrôle	665	44	461	150	8344	9	7500	11	2604	135
Nd	427	47	433	164	3800	17	4429	7	1820	147
Rural	528	59	388	277	5188	25	6900	15	1851	268
Urbain	697	60	508	171	6562	16	5353	17	2770	136
PS	502	77	414	371	5648	31	6684	19	1986	348
CS	844	36	475	72	6600	9	4792	12	3172	53
EPS	650	6	1260	5	200	1	10000	1	4517	3
Total	613	119	434	448	5724	41	6078	32	2160	404

5.1.8 Origine des dépenses pour les soins de santé

La santé n'a pas de prix mais elle a un coût. Comme nous l'avons vu dans le tableau 5.1.7 les utilisatrices payent pour les différents actes réalisés dans le cadre des services de soins prénatals. L'argent qui a servi à payer les dépenses de soins prénatals proviennent dans plus de 80% des économies ou du budget ordinaire du ménage (voir tableau 5.1.8 en annexe).

5.1.9 Temps d'attente et durée des consultations prénatales

Le temps d'attente et la durée moyenne des consultations est de de 33mn à Kédougou, 44 mn à Sédhiou, 41 mn à Tambacounda et 50 mn à Ziguinchor.

Ce temps d'attente et la durée moyenne des consultations est beaucoup plus important dans les EPS (150 mn) qu'au niveau des CS (62 mn) et des PS (39 mn).

Tableau 5-8 : Temps d'attente et durée des consultations prénatales

	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum	Effectif
KEDOUGOU	0	33	30	140	71
SEDHIOU	0	44	30	300	114
TAMBACOUNDA	0	41	30	300	181
ZIGUINCHOR	0	50	30	248	158
Traitement	0	38	30	180	159
Contrôle	0	41	30	300	176
Nd	0	49	30	248	189
Rural	0	40	30	300	333
Urbain	0	49	30	300	191
PS	0	39	25	300	442
CS	3	60	40	240	75
EPS	15	141	120	300	7
Total	0	43	30	300	524

5.2 RESULTATS DE L'OBSERVATION DIRECTE DE LA CONSULTATION PRENATALE

Les consultations prénatales sont essentielles pour la conduite d'une grossesse saine sans complications et sans risque pour la mère et l'enfant.

Elles doivent être assurées par un personnel qualifié de préférence une sage-femme ou au mieux un médecin spécialiste.

Pour une consultation prénatale de qualité, un interrogatoire bien conduit doit être mené, un examen physique complet adéquat doit être réalisé, un bilan para clinique nécessaire et orienté doit être demandé et réalisé. Des conseils adéquats et un traitement adapté doivent être fournis.

Les résultats obtenus de l'analyse des CPN sont les suivants :

5.2.1 Antécédents des utilisatrices des services et de soins prénatals discutés/mentionnés

Pour une bonne consultation prénatale (CPN), le prestataire doit poser un certain nombre de questions concernant les antécédents de la patiente. Ces questions concernent l'âge de la patiente, les médicaments que la patiente prend, la date du début des dernières règles, le nombre de grossesses antérieures.

Les questions qui sont fréquemment posées par les prestataires concernent l'âge de la patiente, la date du début des dernières règles, le nombre de grossesses antérieures.

La recherche des médicaments que la patiente prend, est rarement effectuée, 22% des prestataires se sont intéressés à cette question.

L'observation directe des CPN a permis aussi de montrer que seulement 3.2% des prestataires toute catégorie confondue ont posé toutes les questions relatives aux antécédents prénatals. Ce taux est très faible d'où la nécessité des formations continues des prestataires sur les soins prénatals.

Tableau 5-9 : Antécédents des utilisatrices des services et de soins prénatals discutés/mentionnés (%) lors de la CPN1

	prestataire a demandé l'âge de la patiente	prestataire a demandé Les médicaments que la patiente prend	prestataire a demandé Date du début des dernières regèles	prestataire a demandé Nombre de grossesses antérieures	prestataire n'a demandé Aucun des éléments ci-dessus	prestataire a tout demandé
KEDOUGOU	21,1	23,1	21,8	23,1	51,0	2,0
SEDHIOU	27,5	22,8	20,5	32,7	42,1	,6
TAMBACOUNDA	33,1	19,8	22,8	32,7	45,2	4,4
ZIGUINCHOR	30,1	23,6	37,0	30,1	39,0	5,1
Traitement	34,0	24,9	28,9	36,0	37,9	3,4
Contrôle	22,3	20,2	17,4	24,0	52,3	2,4
Nd	31,0	21,6	33,1	31,4	40,4	4,4
Rural	28,8	24,8	26,6	28,2	42,3	2,3
Urbain	29,1	18,0	26,0	33,4	46,1	5,1
PS	27,4	21,9	25,9	28,7	44,2	2,1
CS	35,7	22,9	27,4	36,3	43,9	9,0
EPS	22,2	22,2	44,4	33,3	11,1	,0
Medecin Specialiste	,0	25,0	75,0	25,0	,0	,0
Sage-Femme D'etat	30,4	22,7	25,6	33,8	41,3	4,1
Sage-Femme Brevete	,0	,0	,0	,0	100,0	,0
Infirmier D'etat	28,5	15,2	29,1	28,5	51,0	2,0
Assistant Infirmier	25,0	29,0	24,4	21,6	44,9	3,9
Infirmier Brevete	32,3	19,4	35,5	38,7	35,5	,0
Aide Soignant	40,0	,0	,0	20,0	60,0	,0
Matronne	33,3	,0	22,2	33,3	55,6	,0
Masculin	25,9	28,1	25,4	24,9	43,8	1,6
Feminin	29,8	20,4	26,6	31,8	43,8	3,9
Total	28,9	22,1	26,4	30,2	43,8	3,4

5.2.2 Aspects relatifs aux grossesses antérieures des utilisatrices des services de soins prénatals discutés/mentionnés par le prestataire.

Au cours de la CPN1, l'aspect relatif aux grossesses antérieures est abordé par une série de questions à savoir : les morts nés antérieurs, le nombre d'enfants décédés au cours de la première semaine de vie, l'existence ou non d'un saignement intense pendant ou après l'accouchement, les antécédents de césarienne, de ventouse ou de forceps, les antécédents d'avortements spontanés, de grossesses multiples antérieures, de travail prolongé antérieur, d'hypertension gravidique antérieure, de convulsions antérieures, de fièvre élevée et d'infection durant la ou les grossesses antérieures.

Les résultats ont montré que les prestataires s'intéressent rarement à ces aspects relatifs aux grossesses antérieures. Parmi ces questions, la plus posée est celle concernant la recherche d'avortements spontanés et elle n'est posée que par 16% des prestataires observés en CPN.

Aucun prestataire dans ces quatre régions n'a posé toutes les questions concernant les aspects relatifs aux grossesses antérieures. (Voir tableau 5.2.2 en annexe)

5.2.3 Aspects relatifs à la grossesse actuelle des utilisatrices des services de soins prénatals discutés/mentionnés par le prestataire.

A la sortie des CPN, les utilisatrices ont été interviewées sur les signes de danger de la grossesse qu'elles connaissaient parmi ces différents signes de danger : la notion de saignement vaginal, de fièvre, maux de tête/vision brouillée, gonflement du visage ou des mains, la notion de fatigue d'essoufflement, l'absence ou la présence de mouvements fœtaux, la notion de toux, de difficultés à respirer pendant trois semaines ou plus et l'existence de tout autre symptôme et si le prestataire a donné des conseils par rapport à ces signes de danger.

Les signes de danger les plus fréquemment évoqués par les utilisatrices sont la notion de saignement vaginal (24% des utilisatrices), l'existence d'une fièvre (18%).(Voir tableau 5.2.3 en annexe).

5.2.4 Examen physique effectué

L'examen physique de la femme enceinte comporte différentes étapes : la prise du poids, de la tension artérielle, l'examen des conjonctives et des téguments, l'examen des jambes, des pieds, du visage à la recherche d'œdèmes, la mesure de la hauteur utérine, l'examen abdominal, l'examen des seins, l'examen périnéal et le toucher vaginal.

Le prestataire assurant les services de soins prénatals doit être capable de réaliser un examen complet. (Voir tableau 5.2.4 en annexe).

5.2.5 Echographie obstétricale effectuée

5.2.6 A la suite de l'examen physique, une échographie obstétricale est effectuée pour apprécier la viabilité du fœtus, la position de ce dernier, la recherche de malformations… (Voir tableau 5.2.4 en annexe)

5.2.7 Bilan biologique en début de grossesse: NFS, groupage sanguin, test de syphilis, protéinurie

Dans le cadre du bilan de début de la grossesse, un certain nombre d'analyses de laboratoires doit être prescrit par le prestataire et fait par la cliente notamment une numération

formule sanguine, un groupage sanguin, un test de syphilis et la recherche d'albumine dans les urines.

Si la recherche d'une albuminurie peut se faire par des bandelettes urinaires, la NFS, le test de syphilis et le groupage nécessite un petit laboratoire qui n'est pas toujours disponible dans la plupart des postes de santé.

Sur les 208 prestataires toute catégorie confondue observés lors de la CPN1, presque la moitié (49.5%) a prescrit une NFS à la parturiente (voir tableau 5.2.6 en annexe).

Concernant le groupage sanguin, sur les 212 prestataires observés dans les quatre régions, la moitié a prescrit ce bilan biologique à la CPN 1 (voir tableau 5.2.7 en annexe).

Dans le cadre du dépistage de la syphilis, sur les 206 prestataires observés en CPN 1 51% ont prescrit ce test (voir tableau 5.2.8 en annexe)

Enfin en CPN 1, 18% des 204 prestataires observés ont prescrit la recherche de protéinurie. (Voir tableau 5.2.9 en annexe)

5.2.8 Conseils par le prestataire aux utilisatrices des services et de soins prénatals sur le VIH

Dans le cadre de la prévention de la transmission mère enfant du VIH, un test de dépistage est proposé aux parturientes lors du premier contact.

Actuellement les tests de diagnostic rapide sont disponibles dans toutes les formations sanitaires et le prestataire a la possibilité une fois le counseling fait et l'accord de la parturiente obtenu de réaliser le test dans le bureau de consultation avant que la parturiente quitte ce dernier.

A Kédougou, 82% des utilisatrices ont bénéficié d'un counseling et 58% ont effectué le test de VIH lors du premier contact.

A Sédhiou, 79% des utilisatrices ont bénéficiés de conseils relatifs au test du VIH et 48% ont effectués le test.

A Tambacounda, 63% des parturientes ont bénéficié d'un counseling et 68% ont effectué le test et à Ziguinchor 69% des utilisatrices ont effectué le test pour 76% d'utilisatrices qui ont bénéficiés d'un counseling.

Tableau 5-10 : Conseil par le prestataire aux utilisatrices des services et de soins prénatals sur le VIH (%, CPN1)

	A Demandé si la cliente savait que son statut sérologique	A fourni des conseils relatifs au test du VIH	A référé pour le counseling relatif au test du VIH	A effectué un test de VIH	A référé pour un test de VIH	n'a rien fait
KEDOUGOU	47,1	82,4	14,7	58,8	2,9	11,8
SEDHIOU	32,6	79,1	4,7	48,8	27,9	16,3
TAMBACOUNDA	36,5	63,5	5,4	68,9	6,8	20,3
ZIGUINCHOR	43,1	76,9	12,3	69,2	12,3	10,8
Traitement	37,8	79,7	9,5	62,2	16,2	12,2
Contrôle	40,3	64,2	6,0	61,2	6,0	22,4
ND	40,0	76,0	10,7	66,7	13,3	12,0
Rural	44,7	82,9	10,6	65,9	11,4	15,4
Urbain	32,3	61,3	6,5	60,2	12,9	15,1
PS	40,5	78,0	11,3	64,9	11,9	13,7
CS	36,4	59,1	,0	61,4	11,4	18,2
EpS	25,0	50,0	,0	25,0	25,0	50,0
Sage-femme d'etat	38,1	73,7	5,1	64,4	11,9	14,4
Sage-femme breveté	.	.	.	.	.	.
Infirmier d'etat	53,5	81,4	25,6	55,8	27,9	2,3
Assistant infirmier	36,6	61,0	2,4	63,4	,0	31,7
Infirmier breveté	11,1	88,9	11,1	77,8	,0	11,1
Aide soignant	50,0	50,0	,0	50,0	,0	50,0
Matronne	,0	100,0	,0	100,0	,0	,0
Masculin	45,2	81,0	9,5	71,4	,0	16,7
Feminin	37,9	71,8	8,6	61,5	14,9	14,9
Total	39,4	73,6	8,8	63,4	12,0	15,3

5.2.9 Conseils par le prestataire aux utilisatrices des services et de soins prénatals sur la façon de maintenir une grossesse saine.

Pour maintenir une grossesse saine, les prestataires doivent fournir un certain nombre de conseils aux utilisatrices à savoir : de discuter de la nutrition, de la charge de travail, d'informer la cliente sur l'évolution de la grossesse, de discuter de l'importance de faire d'au moins 4 CPN.

Les résultats ont montré que les prestataires donnent rarement tous les conseils nécessaires pour maintenir une grossesse saine, 3.1% des prestataires ont donné tous les conseils aux utilisatrices sur la façon de maintenir une grossesse saine en CPN 1.

Parmi les conseils fournis, c'est la nutrition qui le plus abordée par les prestataires (voir tableau 5.2.11 en annexe)

5.2.10 Conseils sur la prophylaxie de fer par le prestataire aux utilisatrices des services et de soins prénatals.

La supplémentation en fer est systématique lors de toute grossesse, elle permet de prévenir l'anémie par carence martiale.

Le prestataire doit être en mesure d'expliquer à la parturiente l'importance de la prise de fer pendant la grossesse, d'expliquer comment prendre les comprimés de fer et les effets secondaires des comprimés de fer.

Dans ces quatre régions plus de 90% des prestataires ont donné du fer ou une prescription de fer aux parturientes en conformité avec les recommandations nationales. Ces données sont comparables à celles de l'EDS-continue, Sénégal 2012-2013 où les auteurs ont trouvé que 93% des femmes de 15-49 ans ont reçu du fer sous forme de sirop ou de comprimé au cours de la grossesse.

Si la prescription ou la délivrance de fer connait des taux satisfaisants, des efforts restent à faire dans l'explication de l'importance de la prise de fer pendant la grossesse, en effet moins de 55% des prestataires ont expliqué aux parturientes l'importance de la prise de fer.

Des efforts restent également à faire dans l'explication des effets secondaires liés à la prise de fer ; moins de 15% des prestataires ont informé les parturientes des effets secondaires liés à la prise de fer.

D'une manière générale dans ces quatre régions, moins de 7% des prestataires ont donné ou prescrit du fer et donné tous les conseils sur la prophylaxie du fer (voir tableau 5.2.12 en annexe).

5.2.11 Conseils/prescription d'une injection antitétanique par le prestataire aux utilisatrices des services et de soins prénatals.

La vaccination antitétanique reste recommandée pendant la grossesse si on sait que la majorité des femmes ne sont pas complétement vaccinées.

Les utilisatrices doivent être informées de l'importance de la VAT lors des CPN.

Le plus souvent c'est lors de la CPN1, que les femmes bénéficient d'une VAT, si on considère que, plus de 80% des prestataires observés en CPN 1 ont prescrit ou donné une injection de VAT aux utilisatrices ; et moins de 50% des prestataires ont expliqué aux utilisatrices sur l'importance de la VAT (voir tableau 5.2.13 en annexe).

5.2.12 Conseils/prescription du Mebendazole/de l'Albendazole par le prestataire aux utilisatrices des services et de soins prénatals.

La prescription du mebendazole/abendazole est encore très faible au cours des CPN.

Les prestataires ne sont pas encore habitués à donner du mebendazole/albendazole au cours de la grossesse, 8% des prestataires en CPN 1 (Voir tableau 5.2.14 en annexe). Ces résultats sont inférieurs à ceux obtenus par l'EDS-continue, Sénégal 2012-2013 où 25% des femmes avaient déclaré avoir reçu des médicaments contre les parasites intestinaux.

5.2.13 Conseils/prescription du traitement préventif du paludisme par le prestataire.

La prévention du paludisme passe par l'utilisation de moustiquaire imprégnée durant la grossesse, la chimio prophylaxie par un traitement palustre intermittent à base de sulfadoxine, pyriméthamine lors des CPN à partir de la 16eme semaine d'aménorrhée.

Les prestataires doivent être en mesure d'expliquer l'importance du traitement préventif à l'aide de médicament antipaludéen, l'importance de l'utilisation de moustiquaire imprégnée, l'importance des doses supplémentaires de TPI et d'expliquer aussi les effets secondaires des médicaments antipaludéens

C'est au cours des CPN2 et CPN3 que le traitement palustre intermittent est le plus souvent proposé aux utilisatrices.

En CPN 2, 1.3% des prestataires, ont prescrit et fourni des conseils dans le cadre de la prévention du paludisme (voir annexe tableau 5.2.15).

5.2.14 Discussions des préparatifs de l'accouchement entre le prestataire et la cliente.

Les discussions des préparatifs de l'accouchement portent sur : le lieu où la cliente compte accoucher, la préparation à l'accouchement, l'utilisation un agent de santé qualifié pour l'accouchement et de se rendre en cas d'urgence à la structure de santé la plus proche.

D'une manière générale les discussions des préparatifs de l'accouchement sont beaucoup plus abordées lors des CPN 2 et 3 alors que les recommandations actuelles sont de discuter des préparatifs de l'accouchement depuis la CPN 1.

Ces discussions portent beaucoup plus sur la préparation à l'accouchement et sur la nécessité de se rendre en urgence dans une structure sanitaire en cas d'urgence.

L'ensemble des discussions concernant les préparatifs de l'accouchement n'a été abordé que par 6.4% des prestataires (voir tableau 5.2.16 en annexe).

5.2.15 Conseils/recommandations des soins aux nouveaux nés par le prestataire aux utilisatrices.

Les conseils et recommandations des soins aux nouveau-nés par le prestataire aux utilisatrices doivent porter sur : les soins du nouveau-né (chaleur, hygiène et soins du cordon),

l'initiation précoce et prolongée à l'allaitement maternel, l'allaitement exclusif au sein, l'importance de la vaccination pour le nouveau-né et la planification familiale après l'accouchement.

L'analyse des résultats de l'observation directe des prestataires des soins de santé prénatals montre ces conseils et recommandations est rarement donné par les prestataires aux utilisatrices ; moins d'1% des prestataires a donné tous les conseils/recommandations des soins aux nouveau-nés aux utilisatrices

La question de l'allaitement exclusif au sein n'a été abordée que par moins de 10% des prestataires ; de même que la question sur la vaccination du nouveau-né a été rarement abordée (voir tableau 5.2.17 en annexe).

5.3 PRESENTATION DE L'ECHANTILLON DES ENFANTS CONSULTES SELON LA REGION DE RESIDENCE ET SELON LES CARACTERISTIQUES DES FORMATIONS SANITAIRES

L'état de santé des enfants et leur accès aux formations sanitaires est une priorité de santé publique. L'état du Sénégal s'inscrit dans cette dynamique en créant la couverture maladie universelle avec la gratuité des soins de santé pour les enfants de moins de cinq ans surtout dans les postes de santé et les centres de santé.

L'étude a porté sur les enfants consultés âgés de moins de cinq ans. L'analyse va porter sur cet échantillon d'enfants en fonction de la région de résidence et des formations sanitaires.

5.3.1 Répartition des enfants consultés selon les caractéristiques des formations sanitaires et de la région de résidence.

L'observation directe des consultations d'enfants de moins cinq et l'interview de sortie de ces enfants a permis de calculer la répartition des enfants consultés dans les différentes régions et formations sanitaires.

Il en ressort que le taux de consultation des enfants est encore faible surtout dans les régions de Kédougou (17%) et de Sédhiou (20%). A Tambacounda et Ziguinchor où 1/3 des enfants bénéficient d'une consultation.

En fonction de la catégorie de la formation sanitaire les enfants sont plus consultés dans les postes de santé (79%) qu'au niveau des centres de santé (19%) et des EPS (1%).

Tableau 5-11 : Présentation de l'échantillon des enfants consultés: caractéristiques géographique et des centres

	Effectif	Nb. colonnes (%)
KEDOUGOU	147	17,3%
SEDHIOU	176	20,8%

	Effectif	Nb. colonnes (%)
TAMBACOUNDA	272	32,1%
ZIGUINCHOR	253	29,8%
rural	516	60,8%
urbain	332	39,2%
traitement	261	30,8%
contrôle	291	34,3%
ND	296	34,9%
PS	673	79,4%
CS	166	19,6%
EPS	9	1,1%
Total	848	100,0%

5.3.2 Répartition des enfants consultés selon la catégorie du prestataire.

La majorité des enfants sont consultés dans les postes de santé où le personnel trouvé est soit une sage-femme, un infirmier ou un assistant infirmier.

Ils sont le plus souvent consultés par les IDE et les assistants infirmiers

Exceptionnellement les enfants sont vus par un médecin pédiatre ou un généraliste si on considère que moins d'un pour cent des enfants ont été consultés par le personnel médical.

	Médecin spécialiste	Médecin généraliste	Sage-femme d'état	Sage-femme (sans diplôme d'état)	Infirmier d'état	Assistant infirmier	Infirmier breveté	Aide soignant	Matrone	Total	
KEDOUGOU	0,0%	0,0%	10,0%	0,0%	65,7%	17,1%	6,4%	0,7%	0,0%	100%	140
SEDHIOU	0,7%	0,7%	6,7%	0,7%	38,9%	46,3%	2,7%	3,4%	0,0%	100%	149
TAMBACOUNDA	1,8%	0,4%	2,5%	0,4%	41,7%	43,1%	8,3%	0,0%	1,8%	100%	276
ZIGUINCHOR	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%	42,4%	42,8%	8,2%	5,6%	0,0%	100%	304
Rural	0,0%	0,0%	7,0%	0,2%	36,9%	43,9%	8,3%	2,6%	1,1%	100%	469
Urbain	1,5%	0,5%	0,3%	0,3%	55,3%	34,0%	5,5%	2,8%	0,0%	100%	400
Traitement	0,5%	0,5%	6,8%	0,5%	42,5%	34,8%	10,0%	2,3%	2,3%	100%	221
Contrôle	1,7%	0,3%	5,5%	0,3%	52,2%	35,7%	3,8%	0,3%	0,0%	100%	291
Nd	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	41,5%	45,1%	7,8%	4,8%	0,0%	100%	357
Masculin	1,1%	0,4%	0,2%	0,2%	43,1%	41,8%	9,4%	3,1%	0,7%	100%	541
Féminin	0,0%	0,0%	10,1%	0,3%	49,1%	35,4%	3,0%	1,8%	0,3%	100%	328
Total	0,7%	0,2%	3,9%	0,2%	45,3%	39,4%	7,0%	2,6%	0,6%	100%	869

5.3.3 Répartition des enfants consultés selon leur âge et le sexe

Parmi les enfants de moins de cinq ans consultés, la moyenne d'âge est de 16 mois à Kédougou, de 23 mois à Ziguinchor, 19 mois à Sédhiou et 19 mois à Tambacounda.

Les garçons sont plus représentés que les filles dans l'échantillon avec respectivement 55,2% et 44,8%

Tableau 5-12 : Répartition des enfants consultés selon leur âge et le sexe

	ENREGISTREZ L'AGE DE L'ENFANT		Masculin	Féminin	Total	
	Moyenne	Médiane	Nb. lignes (%)	Nb. lignes (%)	Nb. lignes (%)	Effectif
KEDOUGOU	16.3	12	45,0%	55,0%	100,0%	140
SEDHIOU	19.0	14	52,3%	47,7%	100,0%	149
TAMBACOUNDA	19.2	15	61,2%	38,8%	100,0%	276
ZIGUINCHOR	23.4	22	55,9%	44,1%	100,0%	304
Rural	20.7	16	54,4%	45,6%	100,0%	469
Urbain	19.5	15	56,3%	43,8%	100,0%	400
Traitement	18.1	15	54,3%	45,7%	100,0%	221
Contrôle	18.1	12	55,7%	44,3%	100,0%	291
ND	23.1	21	55,5%	44,5%	100,0%	357
Total	20.1	16	55,2%	44,8%	100,0%	869

5.3.4 Relation entre l'enfant et l'accompagnatrice/teur.

Environ 80% des enfants vus en consultation sont amenés par leur mère et 8% par leur père.

Il n'existe pas de différence significative entre le milieu rural et le milieu urbain (voir tableau 5.3.4 en annexe)

5.3.5 Répartition des enfants consultés selon le niveau d'instruction de la mère.

Le niveau d'instruction de la mère qui amène son enfant en consultation a été étudié.

La moitié des mères sont non instruites, 22% ont un niveau d'instruction primaire et 20% ont un niveau d'instruction secondaire.

Au vue de ces résultats on ne put pas dire qu'il existe une relation entre le niveau d'instruction et le taux de fréquentation des enfants dans les formations sanitaires.

Tableau 5-13 : Niveau d'instruction de la mère des enfants consultés selon la région, le milieu et le type de district

	Sans niveau	Primaire	Secondaire	Supérieur	Total	
KEDOUGOU	60,5%	25,0%	13,2%	1,3%	100%	76
SEDHIOU	65,0%	18,0%	15,0%	2,0%	100%	100
TAMBACOUNDA	70,2%	17,1%	10,5%	2,2%	100%	181
ZIGUINCHOR	29,9%	29,9%	37,9%	2,3%	100%	174
Rural	57,1%	22,6%	18,8%	1,5%	100%	336
Urbain	50,3%	22,6%	24,1%	3,1%	100%	195
Traitement	72,8%	16,6%	9,3%	1,3%	100%	151
Contrôle	62,2%	19,8%	15,1%	2,9%	100%	172
ND	35,1%	29,3%	33,7%	1,9%	100%	208
Total	54,6%	22,6%	20,7%	2,1%	100%	531

5.3.6 Temps mis pour arriver au centre de santé selon la région, le milieu et le type de district

Pour accéder à la formation sanitaire, certains utilisent un moyen de transport, d'autres font le trajet à pied.

L'accompagnateur de l'enfant a été interrogé sur le temps mis pour rallier la formation sanitaire.

C'est à Kédougou que les accompagnateurs mettent plus de temps pour rallier la structure sanitaire (26% des clients mettent plus de 60 minutes pour amener leur enfant en consultation), comparée aux autres régions 18% à SEDHIOU, 15% à Tambacounda et environ 9% à Ziguinchor (voir 5.3.6 en annexe)

Ceci s'explique par le fait qu'à Kédougou les routes sont en majorité des pistes non bitumées impraticables.

5.3.7 Dépenses pour le transport

A Kédougou sur les 76 enfants vus en interview à la sortie de la consultation, les 20 ont pris un moyen de transport pour se rendre dans la formation sanitaire et ont payé en moyenne 423 FCFA.

C'est dans la région de Ziguinchor où le coût moyen du transport est le plus élevé en effet sur les 173 enfants interviewés 51 ont dépensé en moyenne 1529 FCFA en transport.

Comparé au milieu urbain, c'est en milieu rural où le coût du transport est le plus élevé, 1033 FCFA en moyenne.

Tableau 5-14 : Dépenses pour le transport selon la région, le milieu et le type de district

	Moyenne	Effectif
KEDOUGOU	423	20
SEDHIOU	611	48
TAMBACOUNDA	952	74
ZIGUINCHOR	1,529	51
Rural	1,033	121
Urbain	851	72
Traitement	648	61
Contrôle	877	68
Nd	1,360	64
Total	965	193

5.3.8 Dépenses pour les soins de santé infantile

Dans toutes les formations sanitaires visitées, nous avons évalué le coût pour les différents soins.

Le coût moyen de la consultation est de 188 FCFA à Sédhiou, 351FCFA à Tambacounda et 164 FCFA à Ziguinchor. En milieu rural les clients payent 193 FCFA pour une consultation médicale conte 371 FCFA en milieu urbain.

Si un bilan biologique a été effectué, son coût moyen est de 500 FCFA à Kédougou, 300 FCFA à Sédhiou et 2450 FCFA à Ziguinchor. En milieu rural ce coût est de 1260 FCFA contre 1433 FCFA pour le milieu urbain.

Le coût moyen des médicaments acheté est 718 FCFA dans ces quatre régions.

La dépense moyenne totale incluant la consultation le bilan biologique et les médicaments est de 703 FCFA.

Tableau 5-15 : Dépense moyenne pour les soins de santé infantile par poste selon la région, le milieu et le type de district

	Consultation	Analyse laboratoire	Médicaments	Totale
KEDOUGOU	.0	500.0	735	664.5
SEDHIOU	188.2	300.0	629	601.0
TAMBACOUNDA	351.8	.0	896	876.1
ZIGUINCHOR	164.0	2,450.0	586	601.6
Rural	193.2	1,260.0	503	489.6
Urbain	371.4	1,433.3	1081	1,078.1
Traitement	194.6	100.0	890	804.2
Contrôle	417.1	500.0	805	797.4
ND	162.9	2,450.0	530	553.2
Total	267.3	1,325.0	718	703.6

5.3.9 Origine des dépenses pour les soins de santé

L'argent qui a servi à payer les soins de santé provient chez plus de 83% des clients des économies ou budget normal du ménage indépendamment de la région, du milieu et du type de district.

L'absence d'assurance maladie explique cette situation, ce qui fait que le coût des dépenses de santé est difficilement supportable par les ménages (voir tableau 5.3.9. en annexe)

5.3.10 Affiliation à une assurance maladie

Parmi les enfants vus en consultation ; la couverture maladie est très insuffisante, en moyenne 0.9% des clients sont affiliés à une assurance maladie au niveau de ces régions. Ils sont 0.3% en milieu rural et 2.1% en milieu urbain.

Tableau 5-16 : Affiliation à une assurance maladie selon la région, le milieu et le type de district (%)

	%	Effectif
KEDOUGOU	.0	76
SEDHIOU	3.0	100
TAMBACOUNDA	1.1	179
ZIGUINCHOR	.0	173
Rural	.3	336
Urbain	2.1	192
Traitement	1.3	151
Contrôle	1.2	170
ND	.5	207
Total	.9	528

5.4 RESULTATS DE L'OBSERVATION DIRECTE DE LA CONSULTATION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

La consultation des enfants comporte certaines spécificités à la différence d'une consultation d'un adulte, le premier élément est que l'enfant est amené en consultation par un parent ou un membre de la famille afin de fournir les informations nécessaires, il existe aussi certaines spécificités de l'examen physique d'un enfant et enfin les conseils et l'explication du traitement ainsi que de ses modalités d'administration occupent une place importante dans cette consultation.

L'observation directe de consultations d'enfants de moins de cinq ans par différentes catégories de prestataires a montré les résultats suivants :

5.4.1 Motifs de la consultation : signes les plus fréquemment rencontrés

Les accompagnateurs amènent leurs enfants en consultations pour différentes raisons. Parmi les motifs de consultations évoqués, les signes les plus fréquemment rencontrés sont :

La toux ou des difficultés respiratoires : ce symptôme est retrouvé chez 32% des enfants vus en consultation ;

La fièvre retrouvée à un taux de 9%.

4.5% des enfants vus ont évoqué comme motif principal de consultation une diarrhée. (Voir annexe tableau 5.4.1)

Dans l'EDS continue, Sénégal 2012-2013, parmi les enfants de moins de cinq ans, 3.3% ont présenté des symptômes d'IRA et 16.6% une fièvre.

5.4.2 Motifs de la consultation: exploration des symptômes du HIV

La recherche d'un terrain d'enfant porteur du VIH peut être orientée par : la connaissance du statut sérologique de la mère, la recherche d'une infection tuberculeuse d'un des parents au cours des cinq dernières années et deux ou plusieurs épisodes de diarrhée de l'enfant durant 14 jours ou plus.

Les prestataires doivent aborder ces questions lors des consultations d'enfants de moins de cinq.

Dans ces quatre régions, plus de 90% des prestataires n'abordent pas ces questions pour rechercher un terrain de VIH.

Tableau 5-17: Motifs de la consultation: exploration des symptômes du HIV selon la région, le milieu, le type de district et la catégorie du personnel (%)

	Sérologie de la mère	Infection TB d'un des deux parents au cours des 5 dernières années	Deux ou plus épisodes de diarrhée de l'enfant durant 14 jour ou plus	Aucun des éléments ci-dessus
KEDOUGOU	.0	.0	2.1	96.4
SEDHIOU	4.7	.0	.7	91.3
TAMBACOUNDA	.4	.0	2.5	93.8
ZIGUINCHOR	.7	.3	3.0	92.4
Rural	1.7	.2	2.3	94.0
Urbain	.5	.0	2.3	92.5
Traitement	3.2	.0	3.2	91.0
Contrôle	.3	.0	1.4	95.2
ND	.6	.3	2.5	93.3
Médecin spécialiste	.0	.0	.0	100.0
Médecin généraliste	.0	.0	.0	100.0
Technicien supérieur de sante	.	.	.	.
Sage-femme d'état	2.9	.0	.0	97.1
Sage-femme (sans diplôme d'état)	50.0	.0	.0	50.0
Infirmier d'état	1.3	.3	2.5	94.2
Assistant infirmier	.9	.0	2.3	90.9
Infirmier breveté	.0	.0	1.6	98.4
Aide-soignant	.0	.0	4.3	95.7
Matrone	.0	.0	.0	100.0
Total	1.2	.1	2.3	93.3

5.4.3 Antécédents de l'enfant.

Les antécédents de l'enfant recherchés par les prestataires étaient : une notion d'asthme, de cardiopathie congénitale et de drépanocytose.

Parmi les enfants chez qui ces antécédents étaient recherchés : 1.4% étaient asthmatiques et 0.3% étaient drépanocytaire diagnostiqué par une électrophorèse de l'hémoglobine.

Il est à noter que les prestataires s'intéressent rarement à ces antécédents.

Tableau 5-18 : Antécédents de l'enfant selon la région, le milieu, le type de district et la catégorie du personnel (%)

	Asthme	Cardiopathie	Drépanocytose	Autres
KEDOUGOU	.7	.0	.0	55.0
SEDHIOU	.7	.0	.0	32.2
TAMBACOUNDA	2.9	.0	1.1	36.6
ZIGUINCHOR	.7	.0	.0	25.0
Rural	1.5	.0	.4	35.0
Urbain	1.3	.0	.3	34.5
Traitement	2.3	.0	.0	39.8
Contrôle	1.7	.0	1.0	44.0
ND	.6	.0	.0	24.1
Médecin spécialiste	.0	.0	.0	16.7
Médecin généraliste	.0	.0	.0	50.0
Technicien supérieur de sante	.	.	.	.
Sage-femme d'état	.0	.0	.0	41.2
Sage-femme (sans diplôme d'état)	.0	.0	.0	50.0
Infirmier d'état	1.0	.0	.3	42.1
Assistant infirmier	2.3	.0	.6	27.8
Infirmier breveté	.0	.0	.0	27.9
Aide-soignant	.0	.0	.0	13.0
Matrone	.0	.0	.0	80.0
Total	1.4	.0	.3	34.8

5.4.4 Examen physique de l'enfant

L'examen physique d'un enfant comprend la prise des constantes (poids, taille, périmètre brachial et la température) et l'examen des différents appareils et systèmes.

Les résultats ont montré que plus de 75% des prestataires prennent les constantes de l'enfant. Ce qui reste à être amélioré c'est l'examen des différents appareils et système où on a constaté des taux faibles. (Voir tableau 5.4.4)

5.4.5 Tests de routine pratiqués par le prestataire sur l'enfant

Cette partie s'intéresse au nombre de prestataires qui effectuent les tests de routine.

L'observation directe des consultations d'enfants de moins de cinq ans a permis de montrer que :

27% des prestataires vérifient dans le carnet le statut vaccinal de l'enfant.

12% demandent à l'accompagnateur si l'enfant a reçu une dose de vitamine A au cours des six derniers mois.

10% demandent si l'enfant a reçu des médicaments de déparasitage dans les six derniers mois.

26% vérifient dans le carnet la courbe de croissance de l'enfant.

18% écrivent sur le carnet de santé de l'enfant le résumé de la consultation (diagnostic, bilan, traitement …).

16% ont posé des questions sur les habitudes alimentaires de l'enfant quand celui-ci n'est pas malade (voir annexe tableau 5.4.5)

5.4.6 Conseils généraux fournis par le prestataire à l'accompagnateur (trice) de l'enfant

A la fin de la consultation, le prestataire doit fournir un certain nombre de conseils à l'accompagnateur.

Ces conseils portent sur : l'alimentation ou l'allaitement de l'enfant même quand il n'est pas malade, de donner beaucoup à boire à l'enfant au cours de la maladie, de nourrir l'enfant au cours de la maladie, d'informer l'accompagnateur sur la maladie de l'enfant, de préciser les signes ou symptômes qui doivent faire revenir immédiatement l'enfant à la structure et d'utiliser des boites à images pour IEC (information, éducation et communication).

Les enquêteurs ont observé les prestataires en consultation et les résultats ont montré ces conseils ne sont pas fréquemment fournis à l'accompagnateur en effet,

17% des prestataires fournissent des informations générales sur l'alimentation ou sur l'allaitement de l'enfant ; 18% informent l'accompagnateur sur la maladie de l'enfant, 0.5% utilisent des boites à images pour IEC, 7% expliquent à l'accompagnateur les signes ou symptômes qui doivent motiver à ramener l'enfant à la structure (voir tableau 5.4.6 en annexe)

5.4.7 Conseils spécifiques de l'administration des médicaments fournis par le prestataire à l'accompagnateur (trice) de l'enfant

La consultation de l'enfant se termine par la prescription d'une ordonnance et des conseils à fournir. Les médicaments prescrits doivent être bien expliqués à l'accompagnateur : préparation, posologie, mode et voie d'administration. Si possible la première dose du traitement oral doit être donnée par le prestataire. En outre le prestataire doit demander à l'accompagnateur de répéter les instructions pour s'assurer que celles-ci sont bien exécutées. Enfin un rendez-vous de contrôle doit être donné.

L'analyse des résultats montre que :

A la prescription d'une ordonnance ou au moment de la délivrance de médicaments, 37% des prestataires expliquent à l'accompagnateur comment administrer un traitement oral à l'enfant

au domicile ; 6% demandent à l'accompagnateur de répéter les instructions ; 1% donnent la première dose du traitement oral et 39% donnent un rendez-vous de contrôle (voir tableau 5.4.7 en annexe).

5.4.8 Admission et référence de l'enfant par le prestataire à l'accompagnateur (trice)

Lorsque l'enfant présente une situation grave, le prestataire peut décider de l'hospitaliser en urgence s'il peut le prendre en charge dans sa formation sanitaire ou décider de le référer dans une autre structure.

Lorsque l'enfant doit être référé, le prestataire doit expliquer le motif de référence à l'accompagnateur, lui donner une fiche de référence, lui indiquer la structure de référence et enfin lui indiquer quand l'enfant doit se rendre à la structure de référence.

Au total dans les quatre régions, 1.3% des enfants vus en consultation ont été soit hospitalisés d'urgence soit référés vers une autre formation sanitaire. Le motif de référence est expliqué dans moins d'1% des cas, et chez moins de 2% des enfants référés, la structure de référence a été indiquée par le prestataire de même que quand l'enfant doit se rendre dans la structure de référence (voir tableau 5.4.8 en annexe).

5.4.9 Diagnostic établi par le prestataire

A la fin de la consultation un diagnostic a été établi par le prestataire.

Dans ces quatre régions la pathologie la plus fréquemment rencontrée était la diarrhée retrouvée dans 15%. Ce pourcentage est identique à celui obtenu par l'EDS continue Sénégal 2012-2013 (14.2% des enfants ont eu de la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête).

Devant toute diarrhée, le prestataire doit rechercher des signes de déshydratation.

Chez 94% des enfants présentant une diarrhée, l'état d'hydratation n'a pas été apprécié.

La prise en charge d'un enfant atteint de déshydratation dépend de la sévérité de celle-ci. Un diagnostic de déshydratation sévère a été établi chez 0.1% des enfants présentant une diarrhée.

En deuxième position viennent les infections des voies respiratoires supérieures (rhume, bronchite…) retrouvées chez 12% des enfants consultés.

La pneumonie/bronchopneumonie vient en troisième position 10.7%.

Un diagnostic de paludisme confirmé par un test de diagnostic rapide a été retenu chez 2% des enfants (voir tableau 5.4.9 en annexe). Ce résultat est comparable à celui de l'EDS continue 2012-2013 où seulement 2.8% des enfants de 6-59 mois ont eu un paludisme confirmé par une goutte épaisse.

5.4.10 Traitement prescrit par le prestataire

A la suite de la consultation 96% des enfants ont reçu la prescription d'un traitement qu'il soit initié à la formation sanitaire ou pris au domicile.

L'antibiotique le plus prescrit est de loin l'amoxicilline ; 43% des enfants consultés ont reçu une prescription de l'amoxicilline. Ensuite vient la benzylpénicilline 21%.

Le cotrimoxazole reste un antibiotique souvent prescrit par les prestataires en effet 20% des enfants consultés ont reçu du cotrimoxazole.

Le paracétamol est souvent prescrit surtout à visée antipyrétique (voir tableau 5.4.10 en annexe)

Parmi les enfants chez le qui le diagnostic de bronchiolite/asthme a été retenu, 0.7% ont reçu une prescription de bronchodilatateur oral.

93% des enfants chez qui le diagnostic de paludisme a été retenu ont été mis sous ACT en conformité avec les directives du programme national de lutte contre le paludisme.

Chez les enfants souffrant de déshydratation, 16% ont été mis sous SRO en ambulatoire, 0.1% ont été mis sous SRO initié dans l'établissement pendant 4 heures 9% des enfants vus ont reçu une prescription ou des médicaments de déparasitage, 1.8% de la vitamine A.

46% des enfants ont reçu une prescription d'un tout autre traitement (voir tableau 5.4.11 en annexe).

CONCLUSION

Au terme de l'analyse de ce chapitre, les résultats montrent que l'accès aux services de soins prénatals est encore faible dans ces régions, moins d'un tiers des femmes ont accès à ces services. Il existe encore une différence importante entre le milieu rural et le milieu urbain (39% d'accès en milieu rural contre 60% en milieu urbain).

Les services de soins prénatals sont fréquentés en majorité par des femmes en âge de procréer 15 à 34 ans dont la quasi-totalité (97%) n'a pas une couverture médicale.

Des efforts doivent encore se faire dans le recrutement en personnel qualifié notamment en SFE pour assurer ces soins prénatals ; en effet, à Ziguinchor, plus de 50% des services de soins prénatals sont assurés par un personnel non qualifié.

Les utilisatrices parcourent encore des distances importantes pour accéder à une formation sanitaire si on considère que dans les régions de Sédhiou et Kédougou environ 25% des utilisatrices mettent plus d'une heure pour accéder à une formation sanitaire.

Le suivi de la grossesse nécessite un bilan standard obligatoire pour déceler ou prévenir des complications. L'utilisation de l'échographie obstétricale est encore faible dans le suivi des grossesses, moins de 10% des utilisatrices bénéficient d'une échographie obstétricale. De même la réalisation d'analyses de laboratoires, moins de 15% des parturientes bénéficient d'un bilan sanguin au cours de la grossesse.

La qualité des CPN doivent être renforcée, notamment dans la fourniture de conseils, par exemple sur le maintien d'une grossesse saine, environ 50% des SFE n'ont donné aucun conseil en rapport avec ce dernier, sur les préparatifs de l'accouchement, les prestataires ne commencent à fournir des conseils qu'au cours de la dernière CPN alors que ce sujet devrait être abordé lors du premier contact avec la parturiente ; sur les soins du nouveau-né, 80% des prestataires ne fournissent aucun conseil sur ces derniers.

Malgré la couverture maladie universelle pour les enfants de moins de cinq ans mise en route par l'état du Sénégal depuis 2013, le taux d'accès des enfants aux services de soins est encore faible ; 16% à Kédougou et 17% à Tambacounda.

La majorité des enfants est pris en charge au niveau des postes de santé (73%) par les IDE et les assistants infirmiers qui consultent plus de 80% de ces enfants. Exceptionnellement, moins d'1% de ces enfants est consulté par un médecin (généraliste ou pédiatre).

La personne qui amène cet enfant en consultation est dans la majorité des cas sa maman ; celle-ci a un niveau d'instruction primaire dans 50% des cas et secondaire dans 46% des cas.

A Kédougou, certaines structures sont encore éloignées des populations, 28% des utilisateurs mettent plus d'une heure pour arriver à la formation sanitaire.

Une fois dans les structures, la consultation est payante, le coût moyen de cette dernière ne dépasse pas 300 FCFA.

Une infime partie (0.8%) des utilisateurs bénéficie d'une assurance maladie.

Au cours de ces consultations, les diarrhées sont les plus rencontrées suivies des infections broncho-pulmonaires.

Les cas de paludisme confirmés se font de plus en plus rares dans ces quatre régions, 2.3%.

ANNEXE CHAPITRE 5

Tableau : 5.1.8. Origine des dépenses pour les soins de santé (%)

	[02.17_a] a. ÉCONOMIES OU BUDGET NORMAL DU MÉNAGE	[02.17_b] b. ASSURANCE MALADIE	[02.17_c] c. VENTE DE POSSESSIONS DU MÉNAGE	[02.17_d] d. HYPOTHÈQUE OU VENTE DE TERRES OU DE BIENS IMMOBILIERS	[02.17_e] e. AMI OU MEMBRE DE LA FAMILLE	[02.17_f] f. PERSONNE AUTRE QUE LES AMIS ET LA FAMILLE	[02.17_g] g. AUTRE
1. KEDOUGOU	95,5	,0	3,0	,0	6,1	,0	1,5
2. SEDHIOU	93,8	,0	,0	,0	7,1	,9	,0
3. TAMBACOUNDA	85,4	,6	1,8	,0	10,5	,0	7,1
4. ZIGUINCHOR	81,6	,7	,7	,0	10,2	2,0	11,6
traitement	88,4	,0	2,0	,0	6,8	,0	4,1
contrôle	91,8	,6	1,2	,0	9,9	,0	4,2
ND	82,6	,6	,6	,0	10,1	2,2	9,6
rural	88,5	,6	1,3	,0	9,9	1,0	2,9
urbain	85,8	,0	1,1	,0	7,7	,5	11,5
PS	87,0	,5	1,4	,0	10,3	1,0	5,6
CS	89,3	,0	,0	,0	2,7	,0	9,3
EPS	100,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
Total	87,5	,4	1,2	,0	9,1	,8	6,1

Tableau : 5.2.2. Aspects relatifs aux grossesses antérieures discutés/mentionnés (%)

	Mort-nés antérieures	Enfants décédés au cours de la première semaine de vie	Saignement intense, pendant ou âpres l'accouchement	césarienne, ventouse, ou forceps	Avortements spontanés antérieurs	relatif Grossesses multiples antérieures	Travail prolongé antérieur	Hypertension gravidique antérieure	Convulsions	Fièvre élevée ou infection durant la(es) grossesse(s) antérieure(s)	Aucun aspect ci-dessus	Antécédent de grossesse complet
1. KEDOUGOU	8,8	8,8	,7	5,4	9,5	4,1	1,4	1,4	,0	,0	87,1	,0
2. SEDHIOU	22,1	11,0	1,7	2,3	20,3	5,2	,0	2,9	,0	,6	66,9	,0
3. TAMBACOUNDA	14,6	8,8	1,2	4,2	13,1	6,2	1,5	2,7	,4	2,7	76,5	,0
4. ZIGUINCHOR	13,2	10,3	4,5	15,3	22,3	7,4	1,2	18,6	3,7	3,7	68,2	,0
traitement	18,0	12,4	2,0	4,8	17,2	7,2	,8	3,6	,0	2,0	72,0	,0
contrôle	12,2	6,9	,7	3,5	11,8	3,1	1,4	1,7	,3	1,0	81,2	,0
ND	14,5	10,2	3,9	13,4	21,2	7,8	1,1	15,9	3,2	3,2	68,2	,0
rural	14,9	10,9	2,2	8,5	16,7	6,0	1,2	7,0	1,4	2,0	73,2	,0
urbain	14,5	7,9	2,2	5,3	16,7	6,0	,9	7,5	,9	2,2	75,2	,0
PS	14,1	8,6	1,7	7,0	15,0	4,8	1,1	6,8	1,1	1,5	74,5	,0
CS	15,7	14,4	4,6	7,8	21,6	10,5	,7	9,2	2,0	4,6	73,2	,0
EPS	50,0	12,5	,0	25,0	62,5	12,5	12,5	,0	,0	,0	37,5	,0
1. MEDECIN SPECIALISTE	33,3	33,3	,0	33,3	33,3	,0	,0	,0	,0	,0	66,7	,0
4. SAGE-FEMME D'ETAT	18,9	13,1	2,4	8,2	20,0	8,4	,7	8,2	1,3	2,7	70,9	,0
5. SAGE-FEMME BREVETE	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	100,0	,0
6. INFIRMIER D'ETAT	12,9	4,8	2,7	9,5	15,6	3,4	2,0	6,8	1,4	1,4	74,1	,0
7. ASSISTANT INFIRMIER	5,1	6,2	1,7	4,0	9,0	2,3	1,7	6,2	1,1	1,7	80,2	,0
8. INFIRMIER BREVETE	19,4	6,5	,0	3,2	22,6	6,5	,0	3,2	,0	,0	74,2	,0
9. AIDE SOIGNANT	20,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	80,0	,0
10. MATRONNE	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	100,0	,0
1. MASCULIN	7,7	8,2	2,2	4,4	11,0	3,3	2,2	6,0	1,6	2,2	79,1	,0
2. FEMININ	16,7	10,2	2,2	8,1	18,3	6,7	,8	7,5	1,1	2,0	72,5	,0
Total	14,7	9,7	2,2	7,3	16,7	6,0	1,1	7,2	1,2	2,1	73,9	,0

5..2.2. Aspect relatifs aux grossesses antérieures discutés/mentionnés (%,CPN1)

	1. CPN1											
	Mort-nés antérieures	Enfants décédés au cours de la première semaine de vie	Saignement intense, pendant ou âpres l'accouchement	césarienne, ventouse, ou forceps	Avortements spontanés antérieurs	relatif Grossesses multiples antérieures	Travail prolongé antérieur	Hypertension gravidique antérieure	Convulsions	Fièvre élevée ou infection durant la(es) grossesse(s) antérieure(s)	Aucun aspect ci-dessus	Antécédent de grossesse complet
1. KEDOUGOU	20,6	20,6	2,9	11,8	20,6	8,8	2,9	2,9	,0	,0	70,6	,0
2. SEDHIOU	48,8	24,4	7,3	7,3	53,7	12,2	,0	9,8	,0	,0	24,4	,0
3. TAMBACOUNDA	38,9	22,2	,0	11,1	37,5	18,1	1,4	5,6	,0	8,3	44,4	,0
4. ZIGUINCHOR	35,4	33,8	15,4	40,0	60,0	18,5	4,6	50,8	12,3	12,3	21,5	,0
traitement	40,3	26,4	2,8	11,1	40,3	16,7	,0	9,7	,0	5,6	37,5	,0
contrôle	33,3	18,2	3,0	9,1	34,8	10,6	3,0	3,0	,0	3,0	54,5	,0
ND	36,5	32,4	13,5	36,5	58,1	18,9	4,1	44,6	10,8	10,8	23,0	,0
rural	40,0	32,5	6,7	25,8	49,2	16,7	2,5	20,8	4,2	6,7	30,8	,0
urbain	32,6	17,4	6,5	10,9	39,1	14,1	2,2	18,5	3,3	6,5	46,7	,0
PS	37,2	25,6	6,1	20,7	43,9	13,4	1,8	19,5	3,0	4,9	36,0	,0
CS	34,1	29,5	9,1	13,6	45,5	25,0	2,3	22,7	6,8	13,6	45,5	,0
EPS	50,0	,0	,0	25,0	75,0	,0	25,0	,0	,0	,0	25,0	,0
4. SAGE-FEMME D'ETAT	43,6	31,6	6,8	21,4	49,6	20,5	2,6	20,5	4,3	8,5	36,8	,0
6. INFIRMIER D'ETAT	36,6	17,1	9,8	26,8	46,3	12,2	2,4	22,0	4,9	4,9	34,1	,0
7. ASSISTANT INFIRMIER	14,6	22,0	4,9	9,8	29,3	4,9	2,4	19,5	2,4	4,9	43,9	,0
8. INFIRMIER BREVETE	55,6	22,2	,0	11,1	66,7	22,2	,0	11,1	,0	,0	22,2	,0
9. AIDE SOIGNANT	50,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	50,0	,0
10. MATRONNE	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	100,0	,0
1. MASCULIN	25,0	30,0	7,5	10,0	37,5	10,0	2,5	17,5	5,0	7,5	40,0	,0
2. FEMININ	39,5	25,0	6,4	21,5	46,5	16,9	2,3	20,3	3,5	6,4	37,2	,0
Total	36,8	25,9	6,6	19,3	44,8	15,6	2,4	19,8	3,8	6,6	37,7	,0

5.2.3. Aspect relatifs à la grossesse actuelle ou des conseils ont été donnés (%, CPN1)

	1. CPN1								
	Saignement vaginal	Fièvre	Maux de têtes/vision brouillée	Gonflement du visage ou des mains	Fatigue ou Essouflement	Mouvements fœtaux (absence ou excessif)	toux dificulté à respirer pdt 3 sem ou plus	autres symptomes	aucun
1. KEDOUGOU	32,4	32,4	17,6	11,8	2,9	11,8	5,9	23,5	58,8
2. SEDHIOU	23,1	10,3	10,3	7,7	5,1	5,1	5,1	23,1	64,1
3. TAMBACOUNDA	12,9	8,6	14,3	7,1	4,3	8,6	,0	15,7	70,0
4. ZIGUINCHOR	34,4	28,1	26,6	28,1	17,2	18,7	4,7	42,2	48,4
traitement	21,7	17,4	14,5	8,7	2,9	14,5	1,4	13,0	69,6
contrôle	15,4	12,3	13,8	7,7	4,6	3,1	4,6	20,0	67,7
ND	35,6	26,0	24,7	26,0	16,4	16,4	4,1	45,2	45,2
rural	28,2	22,2	21,4	17,1	7,7	14,5	2,6	26,5	58,1
urbain	20,0	14,4	13,3	11,1	8,9	7,8	4,4	26,7	63,3
PS	23,0	17,4	17,4	14,3	7,5	11,2	2,5	27,3	60,2
CS	31,0	23,8	19,0	16,7	11,9	14,3	7,1	23,8	59,5
EPS	25,0	25,0	25,0	,0	,0	,0	,0	25,0	75,0
4. SAGE-FEMME D'ETAT	28,6	21,4	19,6	12,5	8,9	11,6	3,6	25,9	61,6
6. INFIRMIER D'ETAT	30,0	25,0	20,0	25,0	10,0	17,5	5,0	35,0	47,5
7. ASSISTANT INFIRMIER	12,2	7,3	14,6	12,2	7,3	9,8	2,4	22,0	68,3
8. INFIRMIER BREVETE	22,2	22,2	11,1	11,1	,0	,0	,0	22,2	55,6
9. AIDE SOIGNANT	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	100,0
10. MATRONNE	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	33,3	66,7
1. MASCULIN	22,5	15,0	15,0	20,0	10,0	15,0	7,5	27,5	55,0
2. FEMININ	25,1	19,8	18,6	13,2	7,8	10,8	2,4	26,3	61,7
Total	24,6	18,8	17,9	14,5	8,2	11,6	3,4	26,6	60,4

5.2.4. Examens physiques effectués et échographie obstétricale (%, CPN1)

	1. CPN1											
	Prendre la tension artérielle de la cliente	Peser la cliente	conjonctives & Téguments	Examiner les jambes/pieds/mains et le visage pour l'œdème	Palper l'abdomen de la cliente pour connaître la position du foetus	Palper l'abdomen de la cliente pour mesurer la hauteur du foetus	Ausculter l'abdomen de la cliente pour entendre les battements du cœur du fœtus	examiner les seins de la cliente	Effectuer un examen vaginal/examen de la surface périnéale	Echographie	Aucun	Tous les examens
1. KEDOUGOU	94,1	97,1	97,1	97,1	52,9	50,0	41,2	91,2	100,0	32,4	,0	,0
2. SEDHIOU	100,0	100,0	93,0	74,4	34,9	86,0	41,9	90,7	97,7	34,9	,0	,0
3. TAMBACOUNDA	97,3	90,5	82,4	74,3	50,0	75,7	50,0	85,1	95,9	48,6	,0	,0
4. ZIGUINCHOR	95,5	95,5	95,5	93,9	54,5	81,8	42,4	92,4	81,8	33,3	,0	,0
traitement	98,6	91,9	97,3	87,8	47,3	77,0	56,8	97,3	98,6	43,2	,0	,0
contrôle	95,5	97,0	79,1	71,6	44,8	64,2	37,3	79,1	95,5	40,3	,0	,0
ND	96,1	96,1	94,7	90,8	53,9	84,2	39,5	90,8	84,2	32,9	,0	,0
rural	97,6	95,9	93,5	87,0	52,8	78,9	48,8	93,5	96,7	38,2	,0	,0
urbain	95,7	93,6	87,2	79,8	43,6	71,3	39,4	84,0	87,2	39,4	,0	,0
PS	97,0	95,8	92,9	86,9	51,8	75,6	44,6	92,3	92,3	36,3	,0	,0
CS	95,6	91,1	82,2	75,6	40,0	73,3	44,4	77,8	93,3	42,2	,0	,0
EPS	100,0	100,0	100,0	50,0	25,0	100,0	50,0	100,0	100,0	100,0	,0	,0
4. SAGE-FEMME D'ETAT	96,6	95,0	90,8	82,4	46,2	69,7	46,2	87,4	95,8	45,4	,0	,0
6. INFIRMIER D'ETAT	97,7	95,3	95,3	88,4	53,5	76,7	41,9	93,0	81,4	32,6	,0	,0
7. ASSISTANT INFIRMIER	95,1	92,7	90,2	85,4	46,3	85,4	53,7	92,7	92,7	26,8	,0	,0
8. INFIRMIER BREVETE	100,0	100,0	88,9	88,9	66,7	88,9	22,2	77,8	100,0	33,3	,0	,0
9. AIDE SOIGNANT	100,0	100,0	,0	50,0	100,0	100,0	,0	100,0	100,0	50,0	,0	,0
10. MATRONNE	100,0	100,0	100,0	66,7	33,3	100,0	,0	100,0	100,0	33,3	,0	,0
1. MASCULIN	95,2	97,6	85,7	83,3	47,6	81,0	42,9	88,1	92,9	28,6	,0	,0
2. FEMININ	97,1	94,3	92,0	84,0	49,1	74,3	45,1	89,7	92,6	41,1	,0	,0
Total	96,8	94,9	90,8	83,9	48,8	75,6	44,7	89,4	92,6	38,7	,0	,0

5.2.4. Examens physiques effectués et échographie obstétricale (%, CPN2)

	2. CPN2											
	Prendre la tension artérielle de la cliente	Peser la cliente	conjonctives & Téguments	Examiner les jambes/pieds/mains et le visage pour l'œdème	Palper l'abdomen de la cliente pour connaître la position du foetus	Palper l'abdomen de la cliente pour mesurer la hauteur du foetus	Ausculter l'abdomen de la cliente pour entendre les battements du cœur du fœtus	examiner les seins de la cliente	Effectuer un examen vaginal/examen de la surface périnéale	Echographie	Aucun	Tous les examens
1. KEDOUGOU	97,8	100,0	100,0	93,3	40,0	97,8	84,4	95,6	97,8	35,6	,0	,0
2. SEDHIOU	100,0	100,0	95,7	71,7	56,5	93,5	84,8	84,8	97,8	32,6	,0	,0
3. TAMBACOUNDA	97,5	91,4	82,7	82,7	59,3	93,8	71,6	87,7	88,9	25,9	,0	,0
4. ZIGUINCHOR	98,5	97,0	98,5	93,9	51,5	97,0	81,8	98,5	93,9	25,8	,0	,0
traitement	96,9	95,4	98,5	92,3	52,3	95,4	83,1	96,9	89,2	41,5	,0	,0
contrôle	99,0	95,8	85,4	78,1	56,2	94,8	74,0	83,3	96,9	20,8	,0	,0
ND	98,7	97,4	97,4	89,6	49,4	96,1	83,1	97,4	93,5	28,6	,0	,0
rural	97,9	97,9	97,9	93,8	54,2	96,5	82,6	95,1	93,8	22,2	,0	,0
urbain	98,9	93,6	85,1	73,4	51,1	93,6	74,5	86,2	93,6	39,4	,0	,0
PS	98,9	96,7	94,5	89,0	54,9	96,2	81,9	92,9	95,1	24,2	,0	,0
CS	96,3	94,4	87,0	74,1	44,4	94,4	70,4	87,0	88,9	42,6	,0	,0
EPS	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0	100,0	100,0	100,0	100,0	,0	,0
1. MEDECIN SPECIALISTE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	,0	100,0	100,0	100,0	100,0	,0	,0
4. SAGE-FEMME D'ETAT	97,6	96,0	92,8	85,6	46,4	95,2	79,2	91,2	94,4	35,2	,0	,0
6. INFIRMIER D'ETAT	100,0	100,0	100,0	95,2	57,1	97,6	73,8	95,2	95,2	23,8	,0	,0
7. ASSISTANT INFIRMIER	100,0	92,7	90,9	80,0	60,0	96,4	81,8	90,9	92,7	14,5	,0	,0
8. INFIRMIER BREVETE	90,9	100,0	100,0	90,9	63,6	100,0	100,0	90,9	100,0	45,5	,0	,0
9. AIDE SOIGNANT	100,0	100,0	,0	100,0	100,0	100,0	50,0	100,0	50,0	,0	,0	,0
10. MATRONNE	100,0	100,0	50,0	,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	,0	,0
1. MASCULIN	98,3	100,0	98,3	89,7	50,0	94,8	81,0	94,8	91,4	25,9	,0	,0
2. FEMININ	98,3	95,0	91,1	84,4	53,9	95,6	78,9	90,6	94,4	30,0	,0	,0
Total	98,3	96,2	92,9	85,7	52,9	95,4	79,4	91,6	93,7	29,0	,0	,0

5.2.4. Examens physiques effectués et échographie obstétricale (%, CPN3)

	3. CPN3											
	Prendre la tension artérielle de la cliente	Peser la cliente	conjonctives & Téguments	Examiner les jambes/pieds/ mains et le visage pour l'œdème	Palper l'abdomen de la cliente pour connaître la position du foetus	Palper l'abdomen de la cliente pour mesurer la hauteur du foetus	Ausculter l'abdomen de la cliente pour entendre les battements du cœur du fœtus	examiner les seins de la cliente	Effectuer un examen vaginal/exam en de la surface périnéale	Echographie	Aucun	Tous les examens
1. KEDOUGOU	94,7	97,4	97,4	94,7	57,9	100,0	100,0	97,4	92,1	47,4	,0	,0
2. SEDHIOU	96,2	96,2	94,3	83,0	62,3	96,2	81,1	92,5	100,0	22,6	,0	,0
3. TAMBACOUNDA	94,0	86,6	85,1	80,6	64,2	94,0	77,6	88,1	91,0	25,4	,0	,0
4. ZIGUINCHOR	92,0	92,0	92,0	98,0	72,0	100,0	96,0	100,0	92,0	16,0	,0	,0
traitement	95,5	88,1	94,0	86,6	59,7	98,5	88,1	100,0	92,5	28,4	,0	,0
contrôle	93,7	96,2	88,6	82,3	62,0	93,7	82,3	83,5	94,9	32,9	,0	,0
ND	93,5	91,9	91,9	96,8	72,6	100,0	91,9	100,0	93,5	16,1	,0	,0
rural	95,2	92,8	92,8	90,4	68,8	96,8	90,4	96,8	93,6	24,8	,0	,0
urbain	92,8	91,6	89,2	84,3	57,8	97,6	81,9	89,2	94,0	28,9	,0	,0
PS	95,3	92,3	91,7	89,3	66,3	97,6	89,3	95,9	94,1	25,4	,0	,0
CS	89,5	92,1	89,5	81,6	55,3	94,7	76,3	84,2	92,1	31,6	,0	,0
EPS	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	,0	,0	,0
1. MEDECIN SPECIALISTE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	,0	,0	,0
4. SAGE-FEMME D'ETAT	92,2	93,1	89,7	85,3	59,5	95,7	85,3	90,5	96,6	30,2	,0	,0
5. SAGE-FEMME BREVETE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	,0	,0	,0
6. INFIRMIER D'ETAT	92,1	89,5	97,4	92,1	71,1	100,0	84,2	100,0	92,1	28,9	,0	,0
7. ASSISTANT INFIRMIER	100,0	90,0	92,5	92,5	62,5	97,5	97,5	97,5	85,0	15,0	,0	,0
8. INFIRMIER BREVETE	100,0	100,0	85,7	71,4	85,7	100,0	85,7	100,0	100,0	28,6	,0	,0
9. AIDE SOIGNANT	100,0	100,0	,0	100,0	100,0	100,0	,0	,0	100,0	100,0	,0	,0
10. MATRONNE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	75,0	100,0	100,0	,0	,0	,0
1. MASCULIN	97,7	95,3	93,0	88,4	67,4	100,0	93,0	100,0	86,0	25,6	,0	,0
2. FEMININ	93,3	91,5	90,9	87,9	63,6	96,4	85,5	92,1	95,8	26,7	,0	,0
Total	94,2	92,3	91,3	88,0	64,4	97,1	87,0	93,8	93,8	26,4	,0	,0

5.2.4. Examens physiques effectués et échographie obstétricale (%, CPN4)

	4. CPN4											
	Prendre la tension artérielle de la cliente	Peser la cliente	conjonctives & Téguments	Examiner les jambes/pieds/mains et le visage pour l'œdème	Palper l'abdomen de la cliente pour connaître la position du foetus	Palper l'abdomen de la cliente pour mesurer la hauteur du foetus	Ausculter l'abdomen de la cliente pour entendre les battements du cœur du fœtus	examiner les seins de la cliente	Effectuer un examen vaginal/examen de la surface périnéale	Echographie	Aucun	Tous les examens
1. KEDOUGOU	96,7	96,7	93,3	93,3	80,0	100,0	96,7	96,7	93,3	36,7	,0	,0
2. SEDHIOU	97,1	100,0	88,2	73,5	70,6	94,1	85,3	91,2	97,1	29,4	,0	,0
3. TAMBACOUNDA	97,9	79,2	93,8	87,5	62,5	97,9	81,3	91,7	89,6	35,4	,0	,0
4. ZIGUINCHOR	100,0	97,1	95,6	97,1	83,8	98,5	95,6	97,1	97,1	26,5	,0	,0
traitement	98,1	87,0	94,4	85,2	72,2	98,1	92,6	94,4	90,7	29,6	,0	,0
contrôle	95,8	91,7	87,5	87,5	70,8	95,8	83,3	89,6	95,8	37,5	,0	,0
ND	100,0	97,4	96,2	93,6	79,5	98,7	92,3	97,4	96,2	28,2	,0	,0
rural	98,3	94,2	94,2	90,8	75,8	96,7	91,7	93,3	95,8	24,2	,0	,0
urbain	98,3	90,0	91,7	86,7	73,3	100,0	86,7	96,7	91,7	45,0	,0	,0
PS	98,7	93,3	93,3	90,6	77,9	97,3	89,3	94,6	96,0	27,5	,0	,0
CS	96,6	89,7	93,1	82,8	58,6	100,0	93,1	93,1	86,2	44,8	,0	,0
EPS	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	,0	,0
1. MEDECIN SPECIALISTE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	,0	,0
4. SAGE-FEMME D'ETAT	99,0	93,2	92,2	88,3	78,6	98,1	92,2	95,1	95,1	35,9	,0	,0
6. INFIRMIER D'ETAT	100,0	96,3	100,0	92,6	74,1	100,0	96,3	100,0	96,3	29,6	,0	,0
7. ASSISTANT INFIRMIER	95,2	90,5	95,2	95,2	61,9	95,2	83,3	88,1	95,2	19,0	,0	,0
8. INFIRMIER BREVETE	100,0	75,0	50,0	25,0	100,0	100,0	75,0	100,0	75,0	,0	,0	,0
10. MATRONNE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0	100,0	50,0	50,0	,0	,0
1. MASCULIN	97,7	95,5	90,9	86,4	61,4	95,5	79,5	88,6	90,9	20,5	,0	,0
2. FEMININ	98,5	91,9	94,1	90,4	79,4	98,5	93,4	96,3	95,6	34,6	,0	,0
Total	98,3	92,8	93,3	89,4	75,0	97,8	90,0	94,4	94,4	31,1	,0	,0

5.2.11. Conseil par le prestataire aux utilisatrices des services et de soins prénatals sur la façon de maintenir une grossesse saine (%, CPN1)

	1. CPN1					
	A discuté de la nutrition	A discuté de la charge de travail	A informé la cliente sur l'évolution de la grossesse	A discuté de l'importance de faire au moins 4 visites CPN	N'a discuté de rien	Tous les conseils
1. KEDOUGOU	26,5	11,8	11,8	17,6	61,8	,0
2. SEDHIOU	44,2	20,9	14,0	20,9	44,2	2,3
3. TAMBACOUNDA	14,3	18,6	27,1	18,6	61,4	5,4
4. ZIGUINCHOR	69,2	23,1	24,6	23,1	27,7	9,1
traitement	28,6	21,4	17,1	20,0	58,6	5,4
contrôle	22,4	14,9	20,9	19,4	55,2	1,5
ND	64,0	21,3	25,3	21,3	30,7	7,9
rural	44,6	26,4	25,6	26,4	38,8	8,1
urbain	31,9	9,9	15,4	12,1	59,3	1,1
PS	41,6	20,5	21,7	21,1	45,8	6,0
CS	33,3	16,7	19,0	16,7	52,4	2,2
EPS	,0	,0	25,0	25,0	75,0	,0
1. MEDECIN SPECIALISTE	.	.	.	.	.	.
2. MEDECIN GENERALISTE	.	.	.	.	.	.
3. TECHNICIEN SUPERIEUR DE SANTE	.	.	.	.	.	.
4. SAGE-FEMME D'ETAT	30,2	19,8	28,4	21,6	51,7	5,9
5. SAGE-FEMME BREVETE	.	.	.	.	.	.
6. INFIRMIER D'ETAT	58,5	26,8	7,3	29,3	36,6	4,7
7. ASSISTANT INFIRMIER	46,3	14,6	14,6	12,2	46,3	4,9
8. INFIRMIER BREVETE	22,2	11,1	33,3	11,1	55,6	,0
9. AIDE SOIGNANT	,0	,0	,0	,0	100,0	,0
10. MATRONNE	100,0	,0	,0	,0	,0	,0
1. MASCULIN	50,0	20,0	12,5	27,5	42,5	4,8
2. FEMININ	36,6	19,2	23,3	18,6	48,8	5,1
Total	39,2	19,3	21,2	20,3	47,6	5,1

5.2.11. Conseil par le prestataire aux utilisatrices des services et de soins prénatals sur la façon de maintenir une grossesse saine (%, CPN2)

	2. CPN2					
	A discuté de la nutrition	A discuté de la charge de travail	A informé la cliente sur l'évolution de la grossesse	A discuté de l'importance de faire au moins 4 visites CPN	N'a discuté de rien	Tous les conseils
1. KEDOUGOU	26,7	13,3	11,1	17,8	60,0	2,2
2. SEDHIOU	35,6	17,8	15,6	15,6	51,1	2,2
3. TAMBACOUNDA	17,7	16,5	10,1	3,8	73,4	1,2
4. ZIGUINCHOR	62,1	16,7	19,7	16,7	31,8	6,1
traitement	23,8	15,9	9,5	15,9	61,9	1,5
contrôle	24,0	15,6	14,6	8,3	65,6	2,1
ND	59,2	17,1	17,1	14,5	35,5	5,2
rural	34,3	18,2	14,0	14,7	56,6	4,9
urbain	37,0	13,0	14,1	8,7	52,2	,0
PS	34,6	16,2	14,0	13,4	55,3	3,8
CS	37,0	16,7	14,8	9,3	53,7	,0
EPS	50,0	,0	,0	,0	50,0	,0
1. MEDECIN SPECIALISTE	,0	,0	,0	,0	100,0	,0
2. MEDECIN GENERALISTE	.	.	.	.	.	.
3. TECHNICIEN SUPERIEUR DE SANTE	.	.	.	.	.	.
4. SAGE-FEMME D'ETAT	35,0	15,4	16,3	15,4	52,0	2,4
5. SAGE-FEMME BREVETE	.	.	.	.	.	.
6. INFIRMIER D'ETAT	48,8	24,4	7,3	12,2	51,2	2,4
7. ASSISTANT INFIRMIER	27,3	12,7	16,4	7,3	60,0	3,6
8. INFIRMIER BREVETE	27,3	18,2	9,1	9,1	72,7	9,1
9. AIDE SOIGNANT	,0	,0	,0	,0	100,0	,0
10. MATRONNE	100,0	,0	,0	,0	,0	,0
1. MASCULIN	29,8	15,8	14,0	8,8	63,2	3,4
2. FEMININ	37,1	16,3	14,0	13,5	52,2	2,8
Total	35,3	16,2	14,0	12,3	54,9	2,9

5.2.11. Conseil par le prestataire aux utilisatrices des services et de soins prénatals sur la façon de maintenir une grossesse saine (%, CPN3)

	3. CPN3					
	A discuté de la nutrition	A discuté de la charge de travail	A informé la cliente sur l'évolution de la grossesse	A discuté de l'importance de faire au moins 4 visites CPN	N'a discuté de rien	Tous les conseils
1. KEDOUGOU	21,1	5,3	13,2	21,1	57,9	,0
2. SEDHIOU	41,5	17,0	11,3	1,9	49,1	,0
3. TAMBACOUNDA	11,1	11,1	11,1	7,9	81,0	4,5
4. ZIGUINCHOR	53,1	16,3	12,2	12,2	42,9	2,0
traitement	25,4	14,3	14,3	12,7	57,1	3,0
contrôle	20,3	7,6	11,4	7,6	72,2	1,3
ND	50,8	18,0	9,8	9,8	44,3	1,6
rural	33,1	17,4	15,7	13,2	52,9	3,2
urbain	28,0	6,1	6,1	4,9	68,3	,0
PS	31,7	13,2	13,2	11,4	56,9	2,4
CS	25,7	11,4	5,7	2,9	71,4	,0
EPS	100,0	,0	,0	,0	,0	,0
1. MEDECIN SPECIALISTE	100,0	,0	,0	,0	,0	,0
2. MEDECIN GENERALISTE	.	.	.	.	.	.
3. TECHNICIEN SUPERIEUR DE SANTE	.	.	.	.	.	.
4. SAGE-FEMME D'ETAT	27,7	11,6	16,1	11,6	59,8	,9
5. SAGE-FEMME BREVETE	100,0	,0	,0	,0	,0	,0
6. INFIRMIER D'ETAT	36,8	21,1	5,3	10,5	55,3	5,3
7. ASSISTANT INFIRMIER	33,3	7,7	10,3	7,7	64,1	2,5
8. INFIRMIER BREVETE	28,6	14,3	,0	,0	57,1	,0
9. AIDE SOIGNANT	,0	,0	,0	,0	100,0	,0
10. MATRONNE	25,0	25,0	,0	,0	50,0	,0
1. MASCULIN	31,0	19,0	9,5	14,3	57,1	4,7
2. FEMININ	31,1	11,2	12,4	8,7	59,6	1,2
Total	31,0	12,8	11,8	9,9	59,1	1,9

5.2.11. Conseil par le prestataire aux utilisatrices des services et de soins prénatals sur la façon de maintenir une grossesse saine (%, CPN4)

	4. CPN4					
	A discuté de la nutrition	A discuté de la charge de travail	A informé la cliente sur l'évolution de la grossesse	A discuté de l'importance de faire au moins 4 visites CPN	N'a discuté de rien	Tous les conseils
1. KEDOUGOU	27,6	13,8	20,7	3,4	55,2	,0
2. SEDHIOU	35,3	8,8	29,4	,0	52,9	,0
3. TAMBACOUNDA	12,8	12,8	27,7	10,6	61,7	4,2
4. ZIGUINCHOR	52,2	17,9	32,8	7,5	41,8	2,9
traitement	28,3	18,9	26,4	3,8	49,1	1,9
contrôle	17,0	6,4	25,5	8,5	63,8	2,1
ND	49,4	15,6	32,5	6,5	45,5	2,6
rural	39,5	19,3	32,8	7,6	47,1	3,3
urbain	24,1	3,4	20,7	3,4	60,3	,0
PS	36,5	15,5	33,1	6,8	48,6	2,7
CS	25,9	7,4	7,4	3,7	63,0	,0
EPS	,0	,0	,0	,0	100,0	,0
1. MEDECIN SPECIALISTE	,0	,0	,0	,0	100,0	,0
2. MEDECIN GENERALISTE	.	.	.	.	.	.
3. TECHNICIEN SUPERIEUR DE SANTE	.	.	.	.	.	.
4. SAGE-FEMME D'ETAT	34,7	13,9	31,7	6,9	48,5	2,9
5. SAGE-FEMME BREVETE	.	.	.	.	.	.
6. INFIRMIER D'ETAT	38,5	19,2	34,6	,0	42,3	,0
7. ASSISTANT INFIRMIER	33,3	11,9	23,8	9,5	59,5	2,4
8. INFIRMIER BREVETE	25,0	25,0	,0	,0	75,0	,0
9. AIDE SOIGNANT	.	.	.	.	.	.
10. MATRONNE	50,0	,0	,0	,0	50,0	,0
1. MASCULIN	36,4	15,9	27,3	9,1	50,0	2,3
2. FEMININ	33,8	13,5	29,3	5,3	51,9	2,2
Total	34,5	14,1	28,8	6,2	51,4	2,2

5.2.12. Conseil de la prophylaxie de fer par le prestataire aux utilisatrices des services et de soins prénatals (CPN 1)

	A prescrit ou donné des comprimés de fer ou de l'acide folique (AF) ou tous les deux	A expliqué l'importance de la prise de fer ou de l'acide folique	A expliqué comment prendre des comprimés de fer ou de l'acide folique	A expliqué les effets secondaires des comprimés de fer	Rien de tout cela	Tous les conseils
1. KEDOUGOU	92,5	42,2	36,1	1,4	6,1	,7
2. SEDHIOU	88,6	32,0	28,6	3,4	8,6	1,1
3. TAMBACOUNDA	89,2	24,2	36,1	1,5	9,3	,7
4. ZIGUINCHOR	91,2	42,2	43,0	7,6	8,0	6,7
traitement	93,1	27,8	35,5	3,1	6,2	1,5
contrôle	86,5	32,2	33,9	,7	11,1	,3
ND	91,4	42,1	40,1	7,2	7,2	5,7
rural	91,8	35,2	36,1	4,1	6,8	2,9
urbain	87,8	32,9	37,2	3,0	10,4	2,1
PS	90,7	33,3	36,1	3,4	7,9	2,4
CS	89,6	38,4	38,4	4,9	7,9	3,6
EPS	66,7	33,3	33,3	,0	33,3	,0
1. MEDECIN SPECIALISTE	50,0	25,0	25,0	,0	50,0	,0
4. SAGE-FEMME D'ETAT	90,7	33,3	43,1	4,8	7,6	3,7
5. SAGE-FEMME BREVETE	100,0	100,0	,0	,0	,0	,0
6. INFIRMIER D'ETAT	92,0	40,0	30,0	2,0	7,3	1,3
7. ASSISTANT INFIRMIER	89,3	33,7	29,2	2,2	8,4	1,1
8. INFIRMIER BREVETE	90,3	22,6	25,8	3,2	9,7	3,2
9. AIDE SOIGNANT	60,0	60,0	20,0	20,0	40,0	,0
10. MATRONNE	88,9	22,2	11,1	,0	11,1	,0
1. MASCULIN	86,1	35,3	32,1	3,2	11,8	1,6
2. FEMININ	91,4	34,0	37,8	3,8	7,2	2,9
Total	90,2	34,3	36,5	3,7	8,2	2,6

5.1.2.7. Conseil de la prophylaxie de fer par le prestataire aux utilisatrices des services et de soins prénatals (%, CPN2)

	2. CPN2					
	A prescrit ou donné des comprimés de fer ou de l'acide folique (AF) ou tous les deux	A expliqué l'importance de la prise de fer ou de l'acide folique	A expliqué comment prendre des comprimés de fer ou de l'acide folique	A expliqué les effets secondaires des comprimés de fer	Rien de tout cela	Tous les conseils
1. KEDOUGOU	95,6	37,8	26,7	2,2	4,4	,0
2. SEDHIOU	89,1	34,8	28,3	2,2	8,7	,0
3. TAMBACOUNDA	87,7	19,8	32,1	1,2	11,1	1,2
4. ZIGUINCHOR	95,5	39,4	42,4	7,6	3,0	6,1
traitement	93,8	23,1	30,8	3,1	6,2	1,5
contrôle	86,5	30,2	30,2	,0	11,5	,0
ND	96,1	40,3	39,0	7,8	2,6	5,2
rural	93,8	29,2	29,2	4,9	4,9	3,5
urbain	88,3	35,1	39,4	1,1	10,6	,0
PS	91,8	29,7	32,4	3,8	6,6	2,7
CS	90,7	37,0	37,0	1,9	9,3	,0
EPS	100,0	50,0	,0	,0	,0	,0
1. MEDECIN SPECIALISTE	100,0	,0	,0	,0	,0	,0
4. SAGE-FEMME D'ETAT	90,4	33,6	40,8	5,6	8,0	4,0
6. INFIRMIER D'ETAT	97,6	35,7	28,6	2,4	2,4	,0
7. ASSISTANT INFIRMIER	92,7	25,5	23,6	,0	5,5	,0
8. INFIRMIER BREVETE	81,8	18,2	18,2	,0	18,2	,0
9. AIDE SOIGNANT	50,0	50,0	50,0	,0	50,0	,0
10. MATRONNE	100,0	50,0	,0	,0	,0	,0
1. MASCULIN	91,4	19,0	22,4	1,7	6,9	,0
2. FEMININ	91,7	35,6	36,7	3,9	7,2	2,8
Total	91,6	31,5	33,2	3,4	7,1	2,1

5.2.12. Conseil de la prophylaxie de fer par le prestataire aux utilisatrices des services et de soins prénatals (%, CPN3)

	3. CPN3					
	A prescrit ou donné des comprimés de fer ou de l'acide folique (AF) ou tous les deux	A expliqué l'importance de la prise de fer ou de l'acide folique	A expliqué comment prendre des comprimés de fer ou de l'acide folique	A expliqué les effets secondaires des comprimés de fer	Rien de tout cela	Tous les conseils
1. KEDOUGOU	94,7	39,5	42,1	,0	2,6	,0
2. SEDHIOU	84,6	23,1	23,1	5,8	9,6	,0
3. TAMBACOUNDA	89,2	20,0	38,5	,0	7,7	,0
4. ZIGUINCHOR	93,9	38,8	44,9	4,1	6,1	2,0
traitement	93,9	24,2	31,8	3,0	4,5	,0
contrôle	87,0	26,0	39,0	,0	9,1	,0
ND	90,2	37,7	39,3	4,9	6,6	1,6
rural	95,9	31,1	36,1	3,3	2,5	,8
urbain	81,7	25,6	37,8	1,2	13,4	,0
PS	92,2	27,7	38,0	2,4	6,0	,6
CS	81,1	32,4	29,7	2,7	10,8	,0
EPS	100,0	100,0	100,0	,0	,0	,0
1. MEDECIN SPECIALISTE	100,0	100,0	100,0	,0	,0	,0
4. SAGE-FEMME D'ETAT	91,2	27,2	43,9	2,6	5,3	,0
5. SAGE-FEMME BREVETE	100,0	100,0	,0	,0	,0	,0
6. INFIRMIER D'ETAT	91,9	35,1	29,7	,0	5,4	,0
7. ASSISTANT INFIRMIER	87,5	30,0	30,0	5,0	10,0	2,5
8. INFIRMIER BREVETE	100,0	14,3	14,3	,0	,0	,0
9. AIDE SOIGNANT	,0	,0	,0	,0	100,0	,0
10. MATRONNE	66,7	,0	,0	,0	33,3	,0
1. MASCULIN	88,4	34,9	30,2	4,7	9,3	2,3
2. FEMININ	90,7	27,3	38,5	1,9	6,2	,0
Total	90,2	28,9	36,8	2,5	6,9	,5

5.2.12. Conseil de la prophylaxie de fer par le prestataire aux utilisatrices des services et de soins prénatals (%, CPN4)

	4. CPN4					
	A prescrit ou donné des comprimés de fer ou de l'acide folique (AF) ou tous les deux	A expliqué l'importance de la prise de fer ou de l'acide folique	A expliqué comment prendre des comprimés de fer ou de l'acide folique	A expliqué les effets secondaires des comprimés de fer	Rien de tout cela	Tous les conseils
1. KEDOUGOU	83,3	50,0	40,0	,0	13,3	,0
2. SEDHIOU	85,3	23,5	26,5	,0	11,8	,0
3. TAMBACOUNDA	81,2	20,8	33,3	2,1	18,8	,0
4. ZIGUINCHOR	85,1	35,8	40,3	3,0	13,4	2,9
traitement	83,3	25,9	35,2	1,9	14,8	,0
contrôle	79,2	31,2	33,3	,0	18,8	,0
ND	87,0	36,4	37,7	2,6	11,7	2,6
rural	81,7	32,5	36,7	1,7	15,8	,8
urbain	88,1	30,5	33,9	1,7	11,9	1,7
PS	83,8	31,8	35,1	1,4	14,2	,7
CS	89,7	34,5	41,4	3,4	10,3	3,4
EPS	,0	,0	,0	,0	100,0	,0
1. MEDECIN SPECIALISTE	,0	,0	,0	,0	100,0	,0
4. SAGE-FEMME D'ETAT	86,4	31,1	43,7	1,9	12,6	1,9
6. INFIRMIER D'ETAT	81,5	29,6	25,9	,0	18,5	,0
7. ASSISTANT INFIRMIER	83,3	38,1	28,6	2,4	11,9	,0
8. INFIRMIER BREVETE	75,0	25,0	,0	,0	25,0	,0
10. MATRONNE	100,0	,0	,0	,0	,0	,0
1. MASCULIN	72,7	43,2	34,1	2,3	22,7	,0
2. FEMININ	87,4	28,1	36,3	1,5	11,9	1,5
Total	83,8	31,8	35,8	1,7	14,5	1,1

5.2.13. Conseil/prescription d'une injection antitétanique par le prestataire aux utilisatrices des services et de soins prénatals (%, CPN1 et CPN2)

	1. CPN1			2. CPN2		
	A prescrit ou donné une injection de vaccin anti-tétanique (VAT)	A expliqué l'importance du VAT	Rien de tout cela	A prescrit ou donné une injection de vaccin anti-tétanique (VAT)	A expliqué l'importance du VAT	Rien de tout cela
1. KEDOUGOU	85,3	38,2	14,7	40,9	25,0	54,5
2. SEDHIOU	83,7	32,6	16,3	52,2	13,0	45,7
3. TAMBACOUNDA	71,2	28,8	24,7	30,4	10,1	65,8
4. ZIGUINCHOR	84,6	46,2	12,3	43,9	24,2	50,0
traitement	80,8	34,2	19,2	34,4	10,9	64,1
contrôle	73,1	29,9	22,4	39,4	17,0	56,4
ND	85,3	44,0	12,0	46,8	23,4	46,8
rural	83,6	38,5	16,4	40,6	16,8	55,9
urbain	75,3	33,3	19,4	40,2	18,5	54,3
PS	82,6	38,9	15,6	42,8	17,8	53,3
CS	77,3	25,0	22,7	32,1	17,0	62,3
EPS	,0	50,0	50,0	50,0	,0	50,0
1. MEDECIN SPECIALISTE	.	.	.	,0	,0	100,0
2. MEDECIN GENERALISTE	.	.	.	.	.	.
3. TECHNICIEN SUPERIEUR DE SANTE	.	.	.	.	.	.
4. SAGE-FEMME D'ETAT	76,3	30,5	21,2	39,0	17,9	56,9
5. SAGE-FEMME BREVETE	.	.	.	.	.	.
6. INFIRMIER D'ETAT	85,7	45,2	11,9	36,6	14,6	58,5
7. ASSISTANT INFIRMIER	82,9	43,9	14,6	43,6	14,5	50,9
8. INFIRMIER BREVETE	77,8	33,3	22,2	36,4	18,2	63,6
9. AIDE SOIGNANT	100,0	50,0	,0	100,0	100,0	,0
10. MATRONNE	100,0	33,3	,0	100,0	50,0	,0
1. MASCULIN	80,5	46,3	19,5	38,6	15,8	56,1
2. FEMININ	79,9	33,9	17,2	41,0	18,0	55,1
Total	80,0	36,3	17,7	40,4	17,4	55,3

5.2.13. Conseil/prescription d'une injection antitétanique par le prestataire aux utilisatrices des services et de soins prénatals (%, CPN3 et CPN4)

	3. CPN3			4. CPN4		
	A prescrit ou donné une injection de vaccin anti-tétanique (VAT)	A expliqué l'importance du VAT	Rien de tout cela	A prescrit ou donné une injection de vaccin anti-tétanique (VAT)	A expliqué l'importance du VAT	Rien de tout cela
1. KEDOUGOU	21,1	7,9	73,7	6,7	6,7	86,7
2. SEDHIOU	32,7	9,6	63,5	5,9	2,9	94,1
3. TAMBACOUNDA	18,8	9,4	78,1	10,4	2,1	87,5
4. ZIGUINCHOR	20,4	20,4	71,4	7,7	9,2	87,7
traitement	21,2	7,6	74,2	9,3	5,6	87,0
contrôle	27,3	10,4	68,8	6,2	2,1	91,7
ND	20,0	18,3	73,3	8,0	8,0	88,0
rural	24,6	9,8	72,1	7,5	7,5	88,3
urbain	21,0	14,8	71,6	8,8	1,8	89,5
PS	24,2	10,9	70,9	7,4	6,8	88,5
CS	18,9	13,5	78,4	11,1	,0	88,9
EPS	,0	100,0	,0	,0	,0	100,0
1. MEDECIN SPECIALISTE	,0	100,0	,0	,0	,0	100,0
2. MEDECIN GENERALISTE	.	.	.	.	.	.
3. TECHNICIEN SUPERIEUR DE SANTE	.	.	.	.	.	.
4. SAGE-FEMME D'ETAT	23,7	14,0	71,9	7,9	3,0	91,1
5. SAGE-FEMME BREVETE	,0	,0	100,0	.	.	.
6. INFIRMIER D'ETAT	27,0	8,1	64,9	11,1	14,8	77,8
7. ASSISTANT INFIRMIER	15,4	5,1	84,6	7,1	7,1	88,1
8. INFIRMIER BREVETE	42,9	14,3	42,9	,0	,0	100,0
9. AIDE SOIGNANT	100,0	100,0	,0	.	.	.
10. MATRONNE	,0	,0	100,0	,0	,0	100,0
1. MASCULIN	23,8	14,3	66,7	11,4	13,6	79,5
2. FEMININ	23,0	11,2	73,3	6,8	3,0	91,7
Total	23,2	11,8	71,9	7,9	5,6	88,7

5.2.14. Conseil/prescription du Mebendazole/ de l'Albendazole par le prestataire aux utilisatrices des services et de soins prénatals (%, CPN1 et CPN2)

	1. CPN1			2. CPN2		
	A prescrit ou donné du Mebendazole/ de l'Albendazole	A expliqué l'importance du du Mebendazole/ de l'Albendazole	Rien de tout cela	A prescrit ou donné du Mebendazole/ de l'Albendazole	A expliqué l'importance du du Mebendazole/ de l'Albendazole	Rien de tout cela
1. KEDOUGOU	,0	,0	100,0	2,2	,0	97,8
2. SEDHIOU	4,8	,0	95,2	6,5	4,3	91,3
3. TAMBACOUNDA	4,4	2,9	95,6	2,6	1,3	97,4
4. ZIGUINCHOR	21,3	21,3	70,5	33,8	12,3	66,2
traitement	2,9	1,5	97,1	3,2	1,6	96,8
contrôle	3,0	1,5	97,0	2,1	1,1	96,8
ND	20,0	18,6	72,9	31,6	11,8	68,4
rural	10,1	6,7	89,1	7,1	6,4	92,2
urbain	7,0	8,1	88,4	19,8	2,2	80,2
PS	9,2	8,0	87,7	9,0	5,1	90,4
CS	7,9	5,3	92,1	22,6	3,8	77,4
EPS	,0	,0	100,0	,0	,0	100,0
1. MEDECIN SPECIALISTE	.	.	.	,0	,0	100,0
2. MEDECIN GENERALISTE	.	.	.	.	.	.
3. TECHNICIEN SUPERIEUR DE SANTE	.	.	.	.	.	.
4. SAGE-FEMME D'ETAT	8,9	7,1	89,3	17,9	6,5	82,1
5. SAGE-FEMME BREVETE	.	.	.	.	.	.
6. INFIRMIER D'ETAT	7,7	10,3	87,2	10,3	7,7	87,2
7. ASSISTANT INFIRMIER	7,3	4,9	90,2	1,8	,0	98,2
8. INFIRMIER BREVETE	11,1	11,1	88,9	,0	,0	100,0
9. AIDE SOIGNANT	,0	,0	100,0	,0	,0	100,0
10. MATRONNE	50,0	,0	50,0	100,0	,0	,0
1. MASCULIN	7,9	10,5	89,5	5,4	5,4	92,9
2. FEMININ	9,0	6,6	88,6	14,2	4,5	85,8
Total	8,8	7,3	88,8	12,1	4,7	87,5

5.2.14. Conseil/prescription du Mebendazole/ de l'Albendazole par le prestataire aux utilisatrices des services et de soins prénatals (%, CPN3 et CPN4)

	3. CPN3			4. CPN4		
	A prescrit ou donné du Mebendazole/ de l'Albendazole	A expliqué l'importance du du Mebendazole/ de l'Albendazole	Rien de tout cela	A prescrit ou donné du Mebendazole/ de l'Albendazole	A expliqué l'importance du du Mebendazole/ de l'Albendazole	Rien de tout cela
1. KEDOUGOU	,0	,0	100,0	,0	,0	100,0
2. SEDHIOU	,0	,0	100,0	2,9	,0	97,1
3. TAMBACOUNDA	6,3	3,1	93,8	2,2	,0	97,8
4. ZIGUINCHOR	10,6	2,1	87,2	3,1	1,5	96,9
traitement	3,1	1,5	96,9	1,9	,0	98,1
contrôle	2,6	1,3	97,4	,0	,0	100,0
ND	8,6	1,7	89,7	4,0	1,3	96,0
rural	5,0	1,7	95,0	2,5	,8	97,5
urbain	3,8	1,2	95,0	1,8	,0	98,2
PS	5,5	1,8	93,9	2,7	,7	97,3
CS	,0	,0	100,0	,0	,0	100,0
EPS	,0	,0	100,0	,0	,0	100,0
1. MEDECIN SPECIALISTE	,0	,0	100,0	,0	,0	100,0
2. MEDECIN GENERALISTE	.	.	.	.	.	.
3. TECHNICIEN SUPERIEUR DE SANTE	.	.	.	.	.	.
4. SAGE-FEMME D'ETAT	3,6	,9	95,5	1,0	,0	99,0
5. SAGE-FEMME BREVETE	,0	,0	100,0	.	.	.
6. INFIRMIER D'ETAT	10,8	5,4	89,2	,0	,0	100,0
7. ASSISTANT INFIRMIER	2,6	,0	97,4	4,8	2,4	95,2
8. INFIRMIER BREVETE	,0	,0	100,0	,0	,0	100,0
9. AIDE SOIGNANT	,0	,0	100,0	.	.	.
10. MATRONNE	,0	,0	100,0	100,0	,0	,0
1. MASCULIN	7,1	4,8	92,9	2,3	2,3	97,7
2. FEMININ	3,8	,6	95,6	2,3	,0	97,7
Total	4,5	1,5	95,0	2,3	,6	97,7

5.2.15. Conseil/prescription du traitement préventif du paludisme par le prestataire (%, CPN1)

	1. CPN1								
	A prescrit ou donné une prophylaxie antipaludéenne	A expliqué l'importance du traitement préventif à l'aide des médicaments antipaludéens	A expliqué comment prendre des médicaments antipaludéens	A expliqué les effets secondaires des médicaments antipaludéens	L'importance de doses supplémentaires de TPI a été expliquée	L'importance de l'utilisation du moustiquaire impregné a été expliquée	La 1ère dose du TPI est prise au niveau de la structure sanitaire	Rien de tout cela	Tous les conseils
1. KEDOUGOU	20,6	26,5	5,9	,0	14,7	55,9	8,8	38,2	,0
2. SEDHIOU	38,1	16,7	16,7	,0	9,5	45,2	31,0	33,3	,0
3. TAMBACOUNDA	43,2	20,3	17,6	1,4	14,9	44,6	18,9	32,4	,0
4. ZIGUINCHOR	30,8	30,8	16,9	4,6	16,9	64,6	23,1	23,1	3,0
traitement	41,9	17,6	18,9	,0	13,5	45,9	21,6	35,1	,0
contrôle	32,8	25,4	10,4	1,5	14,9	50,7	16,4	31,3	,0
ND	29,7	28,4	16,2	4,1	14,9	60,8	24,3	25,7	2,6
rural	35,8	30,1	17,9	3,3	14,6	57,7	21,1	30,1	1,6
urbain	33,7	15,2	12,0	,0	14,1	45,7	20,7	31,5	,0
PS	36,5	28,1	16,2	2,4	15,0	55,1	23,4	29,3	1,2
CS	29,5	6,8	13,6	,0	13,6	43,2	13,6	34,1	,0
EPS	25,0	25,0	,0	,0	,0	50,0	,0	50,0	,0
1. MEDECIN SPECIALISTE	.	.	.	.	.	.	.	.	.
2. MEDECIN GENERALISTE	.	.	.	.	.	.	.	.	.
3. TECHNICIEN SUPERIEUR DE SANTE	.	.	.	.	.	.	.	.	.
4. SAGE-FEMME D'ETAT	26,3	16,1	12,7	,8	12,7	45,8	15,3	39,0	,8
5. SAGE-FEMME BREVETE	.	.	.	.	.	.	.	.	.
6. INFIRMIER D'ETAT	53,5	37,2	23,3	7,0	20,9	65,1	41,9	16,3	2,3
7. ASSISTANT INFIRMIER	36,6	31,7	17,1	,0	12,2	58,5	12,2	22,0	,0
8. INFIRMIER BREVETE	33,3	11,1	11,1	,0	11,1	44,4	11,1	44,4	,0
9. AIDE SOIGNANT	100,0	100,0	,0	,0	50,0	50,0	100,0	,0	,0
10. MATRONNE	50,0	,0	,0	,0	,0	100,0	50,0	,0	,0
1. MASCULIN	45,2	40,5	21,4	4,8	19,0	50,0	21,4	26,2	2,4
2. FEMININ	32,4	19,7	13,9	1,2	13,3	53,2	20,8	31,8	,6
Total	34,9	23,7	15,3	1,9	14,4	52,6	20,9	30,7	,9

5.2.15. Conseil/prescription du traitement préventif du paludisme par le prestataire (%, CPN2)

	2. CPN2								
	A prescrit ou donné une prophylaxie antipaludéenne	A expliqué l'importance du traitement préventif à l'aide des médicaments antipaludéens	A expliqué comment prendre des médicaments antipaludéens	A expliqué les effets secondaires des médicaments antipaludéens	L'importance de doses supplémentaires de TPI a été expliquée	L'importance de l'utilisation du moustiquaire imprégné a été expliquée	La 1ère dose du TPI est prise au niveau de la structure sanitaire	Rien de tout cela	Tous les conseils
1. KEDOUGOU	80,0	60,0	51,1	2,2	31,1	66,7	48,9	11,1	2,2
2. SEDHIOU	87,0	52,2	47,8	2,2	19,6	43,5	47,8	4,3	,0
3. TAMBACOUNDA	71,2	28,8	27,5	1,2	12,5	21,3	33,7	17,5	,0
4. ZIGUINCHOR	75,8	31,8	24,2	3,0	22,7	48,5	66,7	4,5	3,0
traitement	76,6	45,3	43,8	1,6	12,5	39,1	48,4	17,2	,0
contrôle	79,2	40,6	35,4	1,0	20,8	37,5	33,3	10,4	1,0
ND	75,3	35,1	27,3	3,9	26,0	49,4	67,5	3,9	2,6
rural	77,1	41,0	34,0	1,4	19,4	42,4	44,4	11,8	1,4
urbain	77,4	38,7	36,6	3,2	21,5	40,9	54,8	7,5	1,1
PS	77,5	39,6	33,5	1,6	18,1	41,2	45,6	9,9	1,1
CS	77,4	41,5	39,6	3,8	28,3	43,4	58,5	9,4	1,9
EPS	50,0	50,0	50,0	,0	,0	50,0	50,0	50,0	,0
1. MEDECIN SPECIALISTE	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	100,0	,0
2. MEDECIN GENERALISTE	.	.	.	.	.	.	.	.	.
3. TECHNICIEN SUPERIEUR DE SANTE	.	.	.	.	.	.	.	.	.
4. SAGE-FEMME D'ETAT	76,6	41,1	42,7	1,6	22,6	46,8	55,6	9,7	,8
5. SAGE-FEMME BREVETE	.	.	.	.	.	.	.	.	.
6. INFIRMIER D'ETAT	78,6	38,1	26,2	4,8	31,0	35,7	35,7	9,5	4,8
7. ASSISTANT INFIRMIER	76,4	29,1	25,5	,0	7,3	30,9	40,0	12,7	,0
8. INFIRMIER BREVETE	81,8	72,7	36,4	9,1	18,2	54,5	45,5	,0	,0
9. AIDE SOIGNANT	100,0	100,0	,0	,0	50,0	100,0	100,0	,0	,0
10. MATRONNE	100,0	100,0	50,0	,0	,0	50,0	100,0	,0	,0
1. MASCULIN	72,4	32,8	27,6	1,7	13,8	31,0	36,2	15,5	1,7
2. FEMININ	78,8	42,5	37,4	2,2	22,3	45,3	52,5	8,4	1,1
Total	77,2	40,1	35,0	2,1	20,3	41,8	48,5	10,1	1,3

5.2.15. Conseil/prescription du traitement préventif du paludisme par le prestataire (%, CPN3)

	3. CPN3								
	A prescrit ou donné une prophylaxie antipaludéenne	A expliqué l'importance du traitement préventif à l'aide des médicaments antipaludéens	A expliqué comment prendre des médicaments antipaludéens	A expliqué les effets secondaires des médicaments antipaludéens	L'importance de doses supplémentaires de TPI a été expliquée	L'importance de l'utilisation du moustiquaire impregné a été expliquée	La 1ère dose du TPI est prise au niveau de la structure sanitaire	Rien de tout cela	Tous les conseils
1. KEDOUGOU	86,8	57,9	47,4	,0	26,3	63,2	55,3	2,6	,0
2. SEDHIOU	77,4	18,9	20,8	,0	15,1	18,9	45,3	11,3	,0
3. TAMBACOUNDA	75,0	37,5	34,4	1,6	17,2	26,6	28,1	17,2	,0
4. ZIGUINCHOR	70,0	46,0	30,0	,0	24,0	50,0	36,0	10,0	,0
traitement	81,5	33,8	40,0	1,5	15,4	29,2	46,2	13,8	,0
contrôle	78,2	39,7	26,9	,0	17,9	33,3	32,1	9,0	,0
ND	69,4	41,9	30,6	,0	27,4	50,0	41,9	11,3	,0
rural	75,4	41,0	32,8	,8	18,9	37,7	36,9	12,3	,0
urbain	78,3	34,9	31,3	,0	21,7	36,1	43,4	9,6	,0
PS	75,7	36,1	26,6	,0	20,1	33,1	37,9	13,0	,0
CS	80,0	48,6	57,1	2,9	20,0	54,3	45,7	2,9	,0
EPS	100,0	100,0	100,0	,0	,0	100,0	100,0	,0	,0
1. MEDECIN SPECIALISTE	100,0	100,0	100,0	,0	,0	100,0	100,0	,0	,0
2. MEDECIN GENERALISTE	.	.	.	.	.	.	.	.	.
3. TECHNICIEN SUPERIEUR DE SANTE	.	.	.	.	.	.	.	.	.
4. SAGE-FEMME D'ETAT	75,2	44,2	42,5	,9	23,0	41,6	43,4	11,5	,0
5. SAGE-FEMME BREVETE	100,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
6. INFIRMIER D'ETAT	65,8	34,2	23,7	,0	15,8	31,6	28,9	13,2	,0
7. ASSISTANT INFIRMIER	85,0	30,0	17,5	,0	20,0	32,5	37,5	10,0	,0
8. INFIRMIER BREVETE	100,0	14,3	14,3	,0	,0	,0	14,3	,0	,0
9. AIDE SOIGNANT	100,0	100,0	,0	,0	100,0	100,0	100,0	,0	,0
10. MATRONNE	75,0	25,0	,0	,0	,0	50,0	75,0	25,0	,0
1. MASCULIN	76,7	27,9	18,6	,0	18,6	30,2	32,6	9,3	,0
2. FEMININ	76,5	41,4	35,8	,6	20,4	38,9	41,4	11,7	,0
Total	76,6	38,5	32,2	,5	20,0	37,1	39,5	11,2	,0

5.2.15. Conseil/prescription du traitement préventif du paludisme par le prestataire (%, CPN4)

	4. CPN4								
	A prescrit ou donné une prophylaxie antipaludéenne	A expliqué l'importance du traitement préventif à l'aide des médicaments antipaludéens	A expliqué comment prendre des médicaments antipaludéens	A expliqué les effets secondaires des médicaments antipaludéens	L'importance de doses supplémentaires de TPI a été expliquée	L'importance de l'utilisation du moustiquaire impregné a été expliquée	La 1ère dose du TPI est prise au niveau de la structure sanitaire	Rien de tout cela	Tous les conseils
1. KEDOUGOU	73,3	43,3	33,3	,0	23,3	46,7	20,0	10,0	,0
2. SEDHIOU	67,6	29,4	23,5	,0	26,5	35,3	20,6	20,6	,0
3. TAMBACOUNDA	64,6	27,1	33,3	,0	12,5	22,9	22,9	29,2	,0
4. ZIGUINCHOR	52,2	23,9	20,9	3,0	11,9	34,3	32,8	32,8	1,5
traitement	68,5	33,3	31,5	,0	22,2	31,5	18,5	24,1	,0
contrôle	66,7	29,2	29,2	,0	8,3	29,2	22,9	22,9	,0
ND	54,5	26,0	22,1	2,6	18,2	37,7	32,5	28,6	1,3
rural	63,9	31,9	28,6	1,7	14,3	37,8	27,7	23,5	,8
urbain	58,3	23,3	23,3	,0	21,7	25,0	21,7	30,0	,0
PS	63,5	27,0	24,3	1,4	14,9	33,1	27,0	24,3	,7
CS	58,6	41,4	41,4	,0	27,6	37,9	20,7	27,6	,0
EPS	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	100,0	,0
1. MEDECIN SPECIALISTE	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	100,0	,0
2. MEDECIN GENERALISTE	.	.	.	.	.	.	.	.	.
3. TECHNICIEN SUPERIEUR DE SANTE	.	.	.	.	.	.	.	.	.
4. SAGE-FEMME D'ETAT	59,8	25,5	32,4	,0	18,6	33,3	21,6	26,5	,0
5. SAGE-FEMME BREVETE	.	.	.	.	.	.	.	.	.
6. INFIRMIER D'ETAT	74,1	33,3	14,8	7,4	22,2	37,0	48,1	18,5	3,7
7. ASSISTANT INFIRMIER	59,5	38,1	26,2	,0	11,9	35,7	19,0	28,6	,0
8. INFIRMIER BREVETE	75,0	,0	,0	,0	,0	,0	25,0	,0	,0
9. AIDE SOIGNANT	.	.	.	.	.	.	.	.	.
10. MATRONNE	100,0	50,0	,0	,0	,0	50,0	100,0	,0	,0
1. MASCULIN	56,8	34,1	20,5	4,5	15,9	38,6	27,3	27,3	2,3
2. FEMININ	63,7	27,4	28,9	,0	17,0	31,9	25,2	25,2	,0
Total	62,0	29,1	26,8	1,1	16,8	33,5	25,7	25,7	,6

5.2.16. Discussions des préparatifs de l'accouchement entre le prestataire (%, Tous CPN)

	A demandé à la cliente là où elle compte accoucher	A conseillé à la cliente de se préparer à l'accouchement	A conseillé la cliente d'utiliser un agent de santé qualifié pour l'accouchement	A conseillé à la cliente en cas d'iurgence de se rendre au niveau de la structure la plus proche	Rien de tout cela	Tous les conseils
1. KEDOUGOU	12,9	35,4	17,0	25,9	15,0	6,8
2. SEDHIOU	11,4	25,1	13,1	21,7	16,6	2,3
3. TAMBACOUNDA	3,9	14,3	9,3	15,1	23,5	2,6
4. ZIGUINCHOR	19,9	51,6	20,3	35,0	18,8	13,0
traitement	6,8	20,1	12,4	22,5	22,9	2,3
contrôle	9,0	22,8	11,4	16,9	16,9	4,8
ND	19,1	50,0	20,1	33,3	18,2	11,5
rural	13,4	33,9	16,5	27,6	19,3	7,6
urbain	9,4	27,6	11,9	19,1	18,9	4,5
PS	11,5	32,9	14,8	24,9	19,0	6,1
CS	14,1	26,9	14,7	23,1	18,0	7,8
EPS	,0	,0	11,1	,0	55,6	,0
1. MEDECIN SPECIALISTE	,0	,0	25,0	,0	75,0	,0
2. MEDECIN GENERALISTE	.	.	.	.	.	.
3. TECHNICIEN SUPERIEUR DE SANTE	.	.	.	.	.	.
4. SAGE-FEMME D'ETAT	13,9	35,2	17,5	28,8	21,8	7,7
5. SAGE-FEMME BREVETE	,0	100,0	100,0	100,0	,0	,0
6. INFIRMIER D'ETAT	11,5	26,4	12,2	17,6	13,8	5,2
7. ASSISTANT INFIRMIER	8,5	29,9	12,4	20,9	18,0	5,1
8. INFIRMIER BREVETE	9,7	12,9	3,2	16,1	12,9	3,2
9. AIDE SOIGNANT	,0	,0	,0	,0	,0	,0
10. MATRONNE	,0	44,4	,0	22,2	10,0	,0
1. MASCULIN	9,8	26,6	10,9	19,6	19,1	6,4
2. FEMININ	12,4	32,8	15,9	25,7	19,2	6,4
Total	11,9	31,4	14,8	24,3	19,2	6,4

5.2.17. Conseil/recommandation des soins aux nouveaux nés par le prestataire aux utilisatrices (%, Tous CPN)

	A discuté des soins du nouveau-né (chaleur, l'hygiène et soins du cordon)	A discuté de l'initiation précoce et prolongée de l'allaitement maternel	A discuté de l'allaitement exclusif au sein	A discuté de l'importance de la vaccination pour le nouveau-né	A discuté des options pour la planification familiale après l'accouchement	Rien de tout cela	Tous les conseils
1. KEDOUGOU	,0	,0	,0	6,8	6,8	92,5	,0
2. SEDHIOU	,0	,0	,6	,6	6,3	93,1	,0
3. TAMBACOUNDA	,0	,8	3,1	1,5	5,0	92,0	,0
4. ZIGUINCHOR	3,8	3,3	5,9	6,7	6,3	88,3	2,0
traitement	,0	,4	,8	5,6	7,6	90,8	,0
contrôle	,0	,3	2,4	,3	5,2	92,8	,0
ND	3,2	2,9	5,0	5,7	5,4	90,0	1,7
rural	1,8	1,6	3,1	6,1	8,4	88,5	1,0
urbain	,0	,6	2,3	,0	1,9	95,8	,0
PS	1,4	1,5	3,5	4,7	7,1	89,4	,7
CS	,0	,0	,0	,0	1,3	98,7	,0
EPS	,0	,0	,0	,0	,0	100,0	,0
1. MEDECIN SPECIALISTE	,0	,0	,0	,0	,0	100,0	,0
4. SAGE-FEMME D'ETAT	1,1	1,3	2,5	4,7	7,2	90,6	,9
5. SAGE-FEMME BREVETE	,0	,0	,0	,0	,0	100,0	,0
6. INFIRMIER D'ETAT	,7	2,0	2,6	2,6	5,3	92,1	,7
7. ASSISTANT INFIRMIER	1,1	,6	4,5	3,4	4,5	91,0	,0
8. INFIRMIER BREVETE	3,3	,0	,0	,0	3,3	93,3	,0
9. AIDE SOIGNANT	,0	,0	,0	,0	,0	100,0	,0
10. MATRONNE	,0	,0	,0	,0	,0	100,0	,0
1. MASCULIN	2,2	1,6	3,2	4,8	5,9	90,9	,5
2. FEMININ	,8	1,1	2,7	3,5	6,0	91,4	,6
Total	1,1	1,2	2,8	3,8	6,0	91,2	,6

5.3.4. relation entre l'enfant et l'accompagnatrice/teur selon la région, le milieu et le type de district

	1. Mère	2. Père	3. Frère/sœur	4. Tante ou un oncle	5. Grand-mère et grand père	97. Autres	Total	
1. KEDOUGOU	85,5%	9,2%	1,3%	1,3%	2,6%	0,0%	100,0%	76
2. SEDHIOU	84,0%	6,0%	1,0%	6,0%	2,0%	1,0%	100,0%	100
3. TAMBACOUNDA	78,8%	10,6%	1,7%	2,2%	6,7%	0,0%	100,0%	179
4. ZIGUINCHOR	78,0%	5,8%	2,3%	6,9%	5,8%	1,2%	100,0%	173
Total	80,5%	8,0%	1,7%	4,4%	4,9%	0,6%	100,0%	528
rural	82,1%	7,4%	2,4%	3,6%	3,9%	0,6%	100,0%	336
urbain	77,6%	8,9%	0,5%	5,7%	6,8%	0,5%	100,0%	192
Total	80,5%	8,0%	1,7%	4,4%	4,9%	0,6%	100,0%	528
traitement	82,1%	7,3%	2,6%	4,0%	4,0%	0,0%	100,0%	151
contrôle	81,8%	10,6%	0,6%	1,2%	5,9%	0,0%	100,0%	170
ND	78,3%	6,3%	1,9%	7,2%	4,8%	1,4%	100,0%	207
Total	80,5%	8,0%	1,7%	4,4%	4,9%	0,6%	100,0%	528

5.3.6. Temps mis pour arriver au centre de santé selon la région, le milieu et le type de district

	1. Moins de 5 MN	2. Entre 5 et 15 MN	3. Entre 15 et 30 MN	4. Entre 30 et 60 MN	5. PLUS DE 60 MN	Total	
1. KEDOUGOU	9,2%	32,9%	17,1%	14,5%	26,3%	100,0%	76
2. SEDHIOU	8,0%	26,0%	21,0%	27,0%	18,0%	100,0%	100
3. TAMBACOUNDA	22,3%	26,3%	17,3%	19,0%	15,1%	100,0%	179
4. ZIGUINCHOR	13,3%	38,2%	22,5%	16,2%	9,8%	100,0%	173
rural	12,8%	30,4%	18,5%	20,8%	17,6%	100,0%	336
urbain	18,2%	32,3%	21,9%	15,6%	12,0%	100,0%	192
traitement	16,6%	29,8%	13,9%	19,9%	19,9%	100,0%	151
contrôle	15,3%	27,6%	21,2%	18,2%	17,6%	100,0%	170
ND	13,0%	34,8%	22,7%	18,8%	10,6%	100,0%	207
Total	14,8%	31,1%	19,7%	18,9%	15,5%	100,0%	528

5.3.9. Origine des dépenses pour les soins de santé selon la région, le milieu et le type de district (%)

	[02.17_a] a. ÉCONOMIES OU BUDGET NORMAL DU MÉNAGE	[02.17_b] b. ASSURANCE MALADIE	[02.17_c] c. VENTE DE POSSESSIONS DU MÉNAGE	[02.17_d] d. HYPOTHÈQUE OU VENTE DE TERRES OU DE BIENS IMMOBILIERS	[02.17_e] e. AMI OU MEMBRE DE LA FAMILLE	[02.17_f] f. PERSONNE AUTRE QUE LES AMIS ET LA FAMILLE	[02.17_g] g. AUTRE, PRÉCISER :
1. KEDOUGOU	86.7	.0	6.7	.0	46.7	6.7	.0
2. SEDHIOU	87.5	3.1	3.1	.0	18.8	.0	.0
3. TAMBACOUNDA	81.7	.0	8.5	.0	12.2	1.2	2.4
4. ZIGUINCHOR	83.0	.0	3.8	.0	28.3	.0	7.5
rural	85.3	.0	4.9	.0	21.6	2.0	1.0
urbain	81.2	1.2	7.5	.0	20.0	.0	6.3
traitement	88.9	.0	9.3	.0	11.1	1.9	.0
contrôle	78.1	.0	6.2	.0	21.9	1.6	3.1
ND	84.4	1.6	3.1	.0	28.1	.0	6.3
Total	83.5	.5	6.0	.0	20.9	1.1	3.3

5.4.1 Motifs de la consultation : signes rencontrés selon la région, le milieu, le type de district et la catégorie du personnel (%)

	Fièvre	Toux ou difficulté à respirer (e.g. respiration rapide)	Diarrhée	Douleur d'oreille ou écoulement	A déterminer	Aucun des éléments ci-dessus
1. KEDOUGOU	7.9	40.0	5.7	.0	.0	55.7
2. SEDHIOU	10.1	29.5	4.0	.0	1.3	65.1
3. TAMBACOUNDA	8.0	28.6	6.2	.0	2.5	65.6
4. ZIGUINCHOR	9.9	34.9	6.3	.0	2.6	59.2
rural	11.1	36.0	8.5	.0	2.3	58.6
urbain	6.5	29.0	2.5	.0	1.5	65.3
01. Médecin spécialiste	.0	16.7	.0	.0	.0	83.3
02. Médecin généraliste	.0	50.0	.0	.0	.0	50.0
03. Technicien supérieur de sante	.	.	.	.	.	.
04. Sage-femme d'état	17.6	32.4	5.9	.0	2.9	58.8
05. Sage-femme (sans diplôme d'état)	50.0	100.0	50.0	.0	.0	.0
06. Infirmier d'état	7.4	37.3	5.1	.0	2.0	59.1
07. Assistant infirmier	7.9	29.2	5.6	.0	1.5	63.2
08. Infirmier breveté	21.3	32.8	11.5	.0	4.9	62.3
09. Aide soignant	4.3	13.0	4.3	.0	.0	82.6
10. Matrone	20.0	.0	.0	.0	.0	80.0
traitement	7.7	32.1	4.5	.0	1.4	63.8
contrôle	7.9	31.3	6.9	.0	2.1	63.2
ND	10.6	34.5	5.6	.0	2.2	59.1
Total	9.0	32.8	5.8	.0	2.0	61.7

Tableau 5.4.4 : Examens physiques pratiqués par le prestataire sur l'enfant selon la région, le milieu, le type de district et la catégorie du personnel (%).

	prendre la taille de l'enfant	peser l'enfant	prendre le périmètre brachial	prendre la température	prendre la TA	examiner les conjonctives et les téguments	examiner la gorge	examiner les tympans
KEDOUGOU	79.3	90.0	60.7	82.9	3.6	35.7	9.3	7.1
SEDHIOU	96.0	96.0	89.9	91.3	2.7	42.3	12.1	7.4
TAMBACOUNDA	92.8	82.2	73.6	90.6	3.3	41.3	7.2	7.6
ZIGUINCHOR	98.4	98.7	81.3	90.1	1.0	27.3	9.2	10.5

Tableau 5.4.4 : Examens physiques pratiqués par le prestataire sur l'enfant selon la région, le milieu, le type de district et la catégorie du personnel (%).

	prendre la taille de l'enfant	peser l'enfant	prendre le périmètre brachial	prendre la température	prendre la TA	examiner les conjonctives et les téguments	examiner la gorge	examiner les tympans
rural	96.4	90.2	83.2	87.8	3.4	39.4	8.7	11.1
urbain	89.3	93.3	69.8	91.0	1.3	31.3	9.5	5.5
traitement	94.6	87.8	79.6	88.2	5.4	44.8	14.9	11.3
contrôle	85.2	85.6	68.0	89.7	2.1	38.8	5.5	5.5
ND	98.6	98.9	82.6	89.6	.8	27.5	8.4	9.2
Médecin spécialiste	83.3	83.3	66.7	83.3	.0	50.0	50.0	.0
Médecin généraliste	50.0	50.0	.0	100.0	.0	50.0	50.0	50.0
Technicien supérieur de sante	.	.	.	.	.	.	.	.
Sage-femme d'état	94.1	91.2	88.2	91.2	.0	32.4	14.7	11.8
Sage-femme (sans diplôme d'état)	100.0	100.0	50.0	100.0	.0	100.0	.0	50.0
Infirmier d'état	91.1	91.1	77.2	90.4	2.8	42.4	9.9	6.3
Assistant infirmier	95.0	92.7	77.5	89.5	2.3	29.5	7.3	9.1
Infirmier breveté	98.4	95.1	72.1	77.0	1.6	32.8	8.2	16.4
Aide-soignant	91.3	95.7	87.0	95.7	4.3	21.7	4.3	8.7
Matrone	80.0	20.0	20.0	100.0	.0	.0	.0	.0
Total	93.1	91.6	77.0	89.3	2.4	35.7	9.1	8.5

Tableau 5.4.5 : Tests de routine pratiqués par le prestataire sur l'enfant selon la région, le milieu, le type de district et la catégorie du personnel (%)

	A offert à l'enfant quelque chose à boire ou demande que la mère allaite l'enfant	A posé des questions au sujet des habitudes alimentaires de l'enfant quand il n'est pas malade	A posé des questions au sujet des habitudes d'allaitement quand l'enfant n'est pas malade	A posé des questions au sujet des habitudes alimentaires ou d'allaitement pendant la maladie	A vérifié dans le carnet la courbe de croissance (poids et taille)	A vérifié dans le carnet le statut vaccinal	A demandé si l'enfant a reçu un dose de Vitamine A au cours des derniers 6 mois	A vérifié le carnet de santé de l'enfant avant, pendant ou après	Écrit sur la carte de santé de l'enfant	Interrogé pour savoir si l'enfant a reçu des médicaments de déparasitage dans les derniers 6 mois	Aucune de ces réponses
KEDOUGOU	12.9	15.0	9.3	10.0	25.0	22.9	10.7	9.3	17.1	14.3	32.1
SEDHIOU	12.8	22.1	15.4	13.4	24.8	30.2	8.1	26.2	8.1	7.4	43.0
TAMBACOUNDA	13.4	17.0	10.5	13.4	22.8	24.6	11.6	20.7	10.5	9.1	30.4
ZIGUINCHOR	18.1	15.1	8.2	13.8	32.6	30.6	16.8	28.3	32.6	11.2	31.3
rural	15.1	21.1	12.6	15.4	31.6	30.3	18.1	25.6	12.4	9.8	32.0
urbain	14.5	12.0	7.8	10.3	21.5	24.0	6.3	18.8	26.5	11.0	34.5
traitement	13.1	24.9	15.8	14.5	24.4	27.6	11.8	20.8	5.9	10.4	34.4
contrôle	12.4	12.4	7.6	10.3	22.0	24.1	10.3	15.8	15.8	10.3	31.3
ND	17.9	15.7	9.2	14.3	32.5	30.0	15.1	28.9	29.4	10.4	33.9
Médecin spécialiste	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	100.0
Médecin généraliste	.0	.0	.0	.0	.0	50.0	.0	.0	.0	.0	50.0
Technicien supérieur de sante	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Sage-femme d'état	11.8	23.5	5.9	2.9	35.3	32.4	14.7	11.8	23.5	11.8	29.4
Sage-femme (sans diplôme d'état)	.0	50.0	50.0	50.0	50.0	50.0	.0	50.0	50.0	.0	50.0
Infirmier d'état	16.0	19.3	11.9	14.7	24.9	24.9	10.7	23.9	20.6	11.9	35.0
Assistant infirmier	11.1	16.1	10.5	13.5	29.5	28.4	12.6	22.5	16.4	7.3	32.5
Infirmier breveté	31.1	6.6	4.9	9.8	36.1	39.3	19.7	24.6	29.5	19.7	24.6
Aide-soignant	17.4	8.7	4.3	4.3	.0	26.1	30.4	.0	.0	4.3	26.1
Matrone	20.0	20.0	.0	.0	.0	.0	20.0	80.0	.0	20.0	.0
Total	14.8	16.9	10.4	13.0	26.9	27.4	12.7	22.4	18.9	10.4	33.1

Tableau 5.4.6 : Conseils généraux fournis par le prestataire à l'accompagnateur (trice) de l'enfant selon la région, le milieu, le type de district et la catégorie du personnel (%)

	Fourni des informations générales sur l'alimentation ou l'allaitement de l'enfant même quand il n'est pas malade	conseiller de donner beaucoup à boire à l'enfant au cours de cette maladie	Conseiller à la maman (ou l'accompagnant) de continuer à nourrir l'enfant au cours de cette maladie	Informer la maman ((ou l'accompagnateur sur la maladie de l'enfant	Signes ou symptômes qui doivent motiver à ramener l'enfant à la structure	Utilisé boites à images (une aide visuelle) pour l'IEC/CCC	Aucune de ces réponses
KEDOUGOU	20.0	4.3	12.9	13.6	10.7	.0	62
SEDHIOU	18.8	9.4	18.8	24.2	6.0	1.3	57
TAMBACOUNDA	16.7	6.2	15.2	21.7	8.7	.4	56
ZIGUINCHOR	16.4	5.3	11.5	14.8	6.9	.3	67
rural	20.9	6.8	17.9	22.4	9.4	.6	58
urbain	13.5	5.3	9.8	13.8	6.3	.3	64
traitement	23.5	8.1	19.5	22.2	10.4	.5	51
contrôle	13.7	4.5	12.7	16.2	6.9	.3	63
ND	16.8	6.2	12.0	17.9	7.3	.6	65
Médecin spécialiste	.0	.0	.0	50.0	33.3	.0	33
Médecin généraliste	.0	.0	.0	.0	50.0	.0	50
Technicien supérieur de sante	.	.	.	.	.	.	
Sage-femme d'état	11.8	2.9	11.8	8.8	8.8	2.9	70
Sage-femme (sans diplôme d'état)	50.0	50.0	50.0	50.0	.0	.0	50
Infirmier d'état	19.3	6.9	16.0	18.3	7.6	.5	60
Assistant infirmier	17.8	6.4	12.9	19.3	7.6	.3	59
Infirmier breveté	16.4	3.3	14.8	21.3	9.8	.0	65
Aide-soignant	.0	.0	8.7	4.3	.0	.0	87
Matrone	.0	.0	.0	20.0	20.0	.0	80
Total	17.5	6.1	14.2	18.4	7.9	.5	61

	[03.12] Indiquez si le prestataire a posé un des actes ou donné un des conseils	Expliqué comment administrer un traitement (s) par voie orale	Demandé au gardien de répéter les instructions pour l'administration de médicaments à la maison	A donné la première dose du traitement oral	Donné un Rendez-vous de contrôle de l'enfant malade	Aucune de ces réponses
KEDOUGOU	80.0	49.3	8.6	.0	40.7	62.9
SEDHIOU	79.2	27.5	5.4	.0	31.5	57.7
TAMBACOUNDA	68.5	35.9	7.6	2.2	39.5	56.2
ZIGUINCHOR	84.5	37.5	3.9	1.6	44.1	67.4
rural	78.7	38.8	7.5	1.3	40.3	58.8
urbain	76.8	35.3	4.5	1.3	39.5	64.5
traitement	76.9	43.4	12.2	.9	44.3	51.6
contrôle	73.2	33.7	4.5	1.4	35.4	63.9
ND	82.1	36.1	3.6	1.4	40.9	65.5
Médecin spécialiste	100.0	.0	16.7	.0	33.3	33.3
Médecin généraliste	50.0	.0	.0	.0	.0	50.0
Technicien supérieur de sante	.	.	.	.	.	.
Sage-femme d'état	79.4	20.6	.0	.0	29.4	70.6
Sage-femme (sans diplôme d'état)	100.0	.0	.0	.0	50.0	50.0
Infirmier d'état	82.2	39.8	7.4	2.5	44.2	60.9
Assistant infirmier	72.8	38.6	4.1	.3	39.5	59.1
Infirmier breveté	72.1	32.8	13.1	.0	26.2	65.6
Aide-soignant	82.6	21.7	.0	.0	26.1	87.0
Matrone	80.0	40.0	20.0	.0	60.0	80.0
Total	77.8	37.2	6.1	1.3	39.9	61.4

5.4.7. Conseils spécifiques de l'administration des médicaments fournis par le prestataire à la mère ou l'accompagnant de l'enfant selon la région, le milieu, le type de district et la catégoriel du personnel (%)

	[03.12] Indiquez si le prestataire a posé un des actes ou donné un des conseils	Expliqué comment administrer un traitement (s) par voie orale	Demandé au gardien de répéter les instructions pour l'administration de médicaments à la maison	A donné la première dose du traitement oral	Donné un Rendez vous de contrôle de l'enfant malade	Aucune de ces réponses
1. KEDOUGOU	80.0	49.3	8.6	.0	40.7	62.9
2. SEDHIOU	79.2	27.5	5.4	.0	31.5	57.7
3. TAMBACOUNDA	68.5	35.9	7.6	2.2	39.5	56.2
4. ZIGUINCHOR	84.5	37.5	3.9	1.6	44.1	67.4
rural	78.7	38.8	7.5	1.3	40.3	58.8
urbain	76.8	35.2	4.5	1.3	39.5	64.5
traitement	76.9	43.4	12.2	.9	44.3	51.6
contrôle	73.2	33.7	4.5	1.4	35.4	63.9
ND	82.1	36.1	3.6	1.4	40.9	65.5
01. Médecin spécialiste	100.0	.0	16.7	.0	33.3	33.3
02. Médecin généraliste	50.0	.0	.0	.0	.0	50.0
03. Technicien supérieur de sante	.	.	.	.	.	.
04. Sage-femme d'état	79.4	20.6	.0	.0	29.4	70.6
05. Sage-femme (sans diplôme d'état)	100.0	.0	.0	.0	50.0	50.0
06. Infirmier d'état	82.2	39.8	7.4	2.5	44.2	60.9
07. Assistant infirmier	72.8	38.6	4.1	.3	39.5	59.1
08. Infirmier breveté	72.1	32.8	13.1	.0	26.2	65.6
09. Aide soignant	82.6	21.7	.0	.0	26.1	87.0
10. Matrone	80.0	40.0	20.0	.0	60.0	80.0
Total	77.8	37.2	6.1	1.3	39.9	61.4

Tableau : 5.4.8. Admission et référence de l'enfant par le prestataire à la mère ou l'accompagnant de l'enfant selon la région, le milieu, le type de district et la catégorie du personnel (%)

	Recommande que l'enfant soit hospitalisé d'urgence ou référé	Orienté vers une autre unité de soins à l'intérieur de la structure	Demandé un examen complémentaire (labo, radio etc.) à l'intérieur ou à l'extérieur	Expliqué le motif de la référence	Donne la fiche de référence à la maman	Indique la structure de référence	Indique quand l'enfant doit se rendre à la structure de référence	Aucune de ces réponses
KEDOUGOU	1.4	.7	2.1	2.1	2.1	2.1	4.3	62.9
SEDHIOU	1.3	1.3	.0	.0	.0	.0	.0	57.7
TAMBACOUNDA	1.8	1.4	.7	1.4	2.5	2.2	2.2	56.2
ZIGUINCHOR	.7	.3	.3	.0	.7	.3	.7	67.4
rural	1.7	.4	.0	1.1	1.5	1.3	1.5	58.8
urbain	.8	1.5	1.5	.5	1.3	1.0	1.8	64.5
traitement	2.7	2.3	.5	1.8	2.7	2.7	3.2	51.6
contrôle	1.0	.7	1.4	1.0	1.4	1.0	1.7	63.9
ND	.6	.3	.3	.0	.6	.3	.6	65.5
Médecin spécialiste	.0	16.7	.0	.0	.0	.0	.0	33.3
Médecin généraliste	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	50.0
Technicien supérieur de sante	.	.	.	.	.	.	.	.
Sage-femme d'état	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	70.6
Sage-femme (sans diplôme d'état)	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	50.0
Infirmier d'état	1.5	.8	1.3	1.0	1.3	1.0	2.0	60.9
Assistant infirmier	1.2	.9	.3	.3	1.2	.9	.9	59.1
Infirmier breveté	1.6	1.6	.0	3.3	4.9	4.9	3.3	65.6
Aide-soignant	.0	.0	.0	.0	.0	.0	4.3	87.0
Matrone	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	80.0
Total	1.3	.9	.7	.8	1.4	1.2	1.6	61.4

5.4.9. Diagnostic établi par le prestataire selon la région, le milieu, le type de district et la catégoriel du personnel (%)

	Déshydratation sévère	Déshydratation modérée	Une légère déshydratation	Aucune de ces reponses
1. KEDOUGOU	.0	.0	1.4	98.6
2. SEDHIOU	.0	.0	.0	91.9
3. TAMBACOUNDA	.4	.4	.4	91.3
4. ZIGUINCHOR	.0	.3	.3	95.7
rural	.2	.2	.0	94.9
urbain	.0	.2	1.0	93.2
traitement	.5	.0	.0	93.2
contrôle	.0	.3	1.0	93.5
ND	.0	.3	.3	95.2
01. Médecin spécialiste	.0	.0	.0	100.0
02. Médecin généraliste	.0	.0	.0	100.0
03. Technicien supérieur de sante	.	.	.	.
04. Sage-femme d'état	.0	.0	.0	97.1
05. Sage-femme (sans diplôme d'état)	.0	.0	.0	100.0
06. Infirmier d'état	.3	.5	.8	95.7
07. Assistant infirmier	.0	.0	.3	90.9
08. Infirmier breveté	.0	.0	.0	96.7
09. Aide soignant	.0	.0	.0	100.0
10. Matrone	.0	.0	.0	100.0
Total	.1	.2	.5	94.1

5.4.9. Diagnostic établi par le prestataire selon la région, le milieu, le type de district et la catégoriel du personnel (%)

	Pneumonie / bronchopneumonie	Bronchiolite / ASTHME	Infection des voies respiratoires supérieures (IVRS)	Diagnostic incertain	Aucune de ces reponses
1. KEDOUGOU	7.1	.7	15.7	.0	63.6
2. SEDHIOU	12.1	2.7	16.8	.0	45.6
3. TAMBACOUNDA	16.7	1.1	9.8	.4	55.8
4. ZIGUINCHOR	6.3	2.0	9.9	1.0	57.6
rural	13.2	2.1	12.6	.2	56.3
urbain	7.8	1.0	11.3	.7	55.5
traitement	17.2	2.7	12.7	.0	52.9
contrôle	10.0	.3	13.4	.3	60.5
ND	7.3	2.0	10.4	.8	54.1
01. Médecin spécialiste	.0	.0	.0	.0	100.0
02. Médecin généraliste	.0	.0	50.0	.0	50.0
03. Technicien supérieur de sante	.	.	.	.	.
04. Sage-femme d'état	14.7	.0	14.7	.0	58.8
05. Sage-femme (sans diplôme d'état)	.0	.0	50.0	.0	.0
06. Infirmier d'état	8.9	2.3	9.4	1.0	61.7
07. Assistant infirmier	13.2	1.2	12.9	.0	47.4
08. Infirmier breveté	9.8	1.6	16.4	.0	62.3
09. Aide soignant	4.3	.0	21.7	.0	56.5
10. Matrone	20.0	.0	20.0	.0	60.0
Total	10.7	1.6	12.0	.5	55.9

5.4.9. Diagnostic établi par le prestataire selon la région, le milieu, le type de district et la catégoriel du personnel (%)

	Diarrhée	Dysenterie	Amibiase	Autres infections digestives / Intestinale	Aucune de ces reponses
1. KEDOUGOU	17.1	2.1	.0	9.3	72.1
2. SEDHIOU	16.1	1.3	.7	9.4	68.5
3. TAMBACOUNDA	13.4	2.2	.0	4.7	75.4
4. ZIGUINCHOR	15.1	.7	.0	4.3	77.6
rural	14.9	1.5	.2	5.1	76.1
urbain	15.2	1.5	.0	7.2	72.5
traitement	16.7	1.4	.0	3.6	76.0
contrôle	14.8	2.4	.3	8.9	70.8
ND	14.3	.8	.0	5.3	76.5
01. Médecin spécialiste	.0	.0	.0	33.3	66.7
02. Médecin généraliste	.0	.0	.0	50.0	50.0
03. Technicien supérieur de sante	.	.	.	.	.
04. Sage-femme d'état	17.6	2.9	.0	2.9	73.5
05. Sage-femme (sans diplôme d'état)	.0	.0	.0	.0	100.0
06. Infirmier d'état	17.8	1.8	.3	6.6	72.6
07. Assistant infirmier	11.1	1.2	.0	6.4	75.7
08. Infirmier breveté	11.5	.0	.0	1.6	85.2
09. Aide soignant	39.1	.0	.0	.0	60.9
10. Matrone	20.0	20.0	.0	.0	80.0
Total	15.1	1.5	.1	6.1	74.5

5.4.9. Diagnostic établi par le prestataire selon la région, le milieu, le type de district et la catégoriel du personnel (%)

	Paludisme (de diagnostic clinique)	Paludisme (Test de diagnostic rapide)	Paludisme (frottis de sang)	Aucune de ces reponses
1. KEDOUGOU	1.4	5.0	.0	92.1
2. SEDHIOU	.0	1.3	.0	92.6
3. TAMBACOUNDA	.0	2.2	.0	93.1
4. ZIGUINCHOR	.0	1.6	.0	95.1
rural	.0	3.4	.0	93.4
urbain	.5	1.0	.0	93.7
traitement	.0	1.4	.0	94.6
contrôle	.7	3.4	.0	91.8
ND	.0	2.0	.0	94.4
01. Médecin spécialiste	.0	.0	.0	100.0
02. Médecin généraliste	.0	.0	.0	100.0
03. Technicien supérieur de sante	.	.	.	.
04. Sage-femme d'état	.0	5.9	.0	94.1
05. Sage-femme (sans diplôme d'état)	.0	.0	.0	100.0
06. Infirmier d'état	.5	2.3	.0	94.9
07. Assistant infirmier	.0	2.0	.0	90.9
08. Infirmier breveté	.0	3.3	.0	95.1
09. Aide soignant	.0	.0	.0	100.0
10. Matrone	.0	.0	.0	100.0
Total	.2	2.3	.0	93.6

5.4.9. Diagnostic établi par le prestataire selon la région, le milieu, le type de district et la catégoriel du personnel (%)

	Mastoïdite	Infection aigüe de l'oreille	INFECTION CHRONIQUE DE L'OREILLE	AUTRES infection de l'oreille	Aucune de ces reponses
1. KEDOUGOU	.0	1.4	.0	.7	95.0
2. SEDHIOU	.0	.7	.7	.0	92.6
3. TAMBACOUNDA	.0	3.6	.0	.0	90.6
4. ZIGUINCHOR	.0	1.0	.0	.0	94.7
rural	.0	2.3	.2	.2	93.0
urbain	.0	1.3	.0	.0	93.2
traitement	.0	3.2	.5	.0	91.4
contrôle	.0	2.1	.0	.3	92.4
ND	.0	.8	.0	.0	94.7
01. Médecin spécialiste	.0	.0	.0	.0	83.3
02. Médecin généraliste	.0	.0	.0	.0	100.0
03. Technicien supérieur de sante	.	.	.	.	.
04. Sage-femme d'état	.0	2.9	.0	.0	94.1
05. Sage-femme (sans diplôme d'état)	.0	.0	.0	.0	100.0
06. Infirmier d'état	.0	1.3	.0	.0	95.7
07. Assistant infirmier	.0	2.3	.0	.3	89.8
08. Infirmier breveté	.0	3.3	1.6	.0	91.8
09. Aide soignant	.0	.0	.0	.0	100.0
10. Matrone	.0	.0	.0	.0	100.0
Total	.0	1.8	.1	.1	93.1

5.4.9. Diagnostic établi par le prestataire selon la région, le milieu, le type de district et la catégoriel du personnel

	Mastoïdite	Infection aigüe de l'oreille	AUTRES infection de l'oreille	Aucune de ces reponses
1. KEDOUGOU	.0	.0	.7	87.9
2. SEDHIOU	.0	.0	.0	88.6
3. TAMBACOUNDA	.0	.0	.0	89.9
4. ZIGUINCHOR	.3	1.0	.3	86.2
rural	.2	.6	.0	89.3
urbain	.0	.0	.5	86.5
traitement	.0	.0	.0	88.2
contrôle	.0	.0	.3	90.0
ND	.3	.8	.3	86.3
01. Médecin spécialiste	.0	.0	.0	66.7
02. Médecin généraliste	.0	.0	.0	100.0
03. Technicien supérieur de sante	.	.	.	.
04. Sage-femme d'état	.0	.0	.0	94.1
05. Sage-femme (sans diplôme d'état)	.0	.0	.0	100.0
06. Infirmier d'état	.3	.3	.5	89.1
07. Assistant infirmier	.0	.6	.0	85.7
08. Infirmier breveté	.0	.0	.0	90.2
09. Aide soignant	.0	.0	.0	91.3
10. Matrone	.0	.0	.0	100.0
Total	.1	.3	.2	88.0

Tableau : 5.4.10. Traitement général prescrit par le prestataire selon la région, le milieu, le type de district et la catégorie du personnel (%).

	Prescrit un traitement	Benzylpénicilline INJECTION	Autres antibiotiques injectables	Autres injections	Cotrimoxazole comprimés	Cotrimoxazole Sirop	Amoxicilline Gellules
KEDOUGOU	95.7	15.0	.0	.0	.7	18.6	.7
SEDHIOU	97.3	21.5	1.3	1.3	4.0	23.5	.7
TAMBACOUNDA	96.7	28.6	.4	.7	.7	17.8	1.4
ZIGUINCHOR	97.0	18.4	.0	.3	.3	22.7	1.6
rural	97.6	22.2	.4	.6	1.9	18.3	1.9
urbain	95.8	21.0	.3	.5	.3	23.3	.5
traitement	94.1	25.8	.5	.9	.9	16.7	2.3
contrôle	97.9	21.3	.3	.3	1.0	20.6	.3
ND	97.5	19.3	.3	.6	1.4	23.0	1.4
Médecin spécialiste	100.0	.0	.0	.0	.0	50.0	.0
Médecin généraliste	50.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0
Technicien supérieur de sante	.	.	.	.	.	.	.
Sage-femme d'état	97.1	17.6	.0	.0	.0	2.9	5.9
Sage-femme (sans diplôme d'état)	100.0	50.0	.0	.0	.0	.0	.0
Infirmier d'état	96.2	23.4	.8	.3	.5	23.6	1.8
Assistant infirmier	97.9	19.9	.0	.9	1.8	18.4	.6
Infirmier breveté	93.4	23.0	.0	1.6	3.3	21.3	.0
Aide-soignant	100.0	30.4	.0	.0	.0	17.4	.0
Matrone	100.0	.0	.0	.0	.0	40.0	.0
Total	96.8	21.6	.3	.6	1.2	20.6	1.3

Tableau : 5.4.10. Traitement général prescrit par le prestataire selon la région, le milieu, le type de district et la catégorie du personnel (%).

	Amoxicilline Sirop	Autre antibiotique orale	Paracétamol	AUTRES antipyrétiques	ZINC	VITAMINES (autres que la vitamine A)	Anti tissufs / AUTRES MÉDICAMENTS
1. KEDOUGOU	46.4	6.4	53.6	2.1	23.6	.0	1.4
2. SEDHIOU	44.3	7.4	67.1	4.0	18.8	.7	4.7
3. TAMBACOUNDA	48.6	10.5	57.6	6.2	17.0	2.5	9.4
4. ZIGUINCHOR	37.5	5.3	62.5	4.6	17.1	1.0	6.6
rural	46.3	7.0	65.5	3.0	18.3	1.1	6.8
urbain	40.5	8.0	54.3	6.5	18.5	1.5	5.8
traitement	46.2	10.4	63.3	4.1	19.5	.9	7.7
contrôle	46.0	8.2	55.0	4.1	19.6	1.7	4.8
ND	40.1	5.0	62.7	5.3	16.8	1.1	6.7
01. Médecin spécialiste	.0	16.7	16.7	.0	.0	16.7	.0
02. Médecin généraliste	50.0	.0	50.0	.0	.0	.0	.0
03. Technicien supérieur de sante	.	.	.	.	.	.	.
04. Sage-femme d'état	64.7	5.9	73.5	2.9	14.7	2.9	5.9
05. Sage-femme (sans diplôme d'état)	100.0	.0	100.0	.0	.0	.0	50.0
06. Infirmier d'état	39.3	8.1	56.1	4.3	22.6	1.3	6.1
07. Assistant infirmier	48.5	7.0	64.3	5.3	14.3	.6	5.6
08. Infirmier breveté	36.1	6.6	59.0	1.6	16.4	1.6	11.5
09. Aide soignant	39.1	4.3	60.9	13.0	30.4	4.3	8.7
10. Matrone	40.0	20.0	80.0	.0	.0	.0	.0
Total	43.6	7.5	60.3	4.6	18.4	1.3	6.3

5.4.11. Traitement spécifique lié aux maladies respiratoires prescrit par le prestataire selon la région, le milieu, le type de district et la catégoriel du personnel (%)

	Nébuliseur ou un inhalateur	BRONCHODILATATEUR INJECTABLE	bronchodilatateur par voie orale	gouttes auriculaires	Aucune de ces réponses
1. KEDOUGOU	.7	.0	.0	.0	90.7
2. SEDHIOU	.0	.0	.7	.0	87.9
3. TAMBACOUNDA	.4	.0	1.1	1.1	87.0
4. ZIGUINCHOR	.3	.0	.7	.0	89.1
rural	.4	.0	.2	.2	91.0
urbain	.2	.0	1.3	.5	85.5
traitement	.0	.0	.0	.9	87.8
contrôle	.7	.0	1.0	.3	88.7
ND	.3	.0	.8	.0	88.8
01. Médecin spécialiste	.0	.0	.0	.0	83.3
02. Médecin généraliste	.0	.0	.0	.0	50.0
03. Technicien supérieur de sante	.	.	.	.	.
04. Sage-femme d'état	.0	.0	.0	.0	88.2
05. Sage-femme (sans diplôme d'état)	.0	.0	.0	.0	100.0
06. Infirmier d'état	.5	.0	.3	.3	89.8
07. Assistant infirmier	.3	.0	1.2	.3	87.4
08. Infirmier breveté	.0	.0	.0	1.6	83.6
09. Aide soignant	.0	.0	4.3	.0	95.7
10. Matrone	.0	.0	.0	.0	100.0
Total	.3	.0	.7	.3	88.5

5.4.11. Traitement spécifique lié paludisme prescrit par le prestataire selon la région, le milieu, le type de district et la catégoriel du personnel (%)

	QUININE INJECTABLE	ARTEMETHER / ARTÉSUNATE INJECTABLE	AUTRES INJECTABLE ANTIPALUDÉEN	ARTEMETHER / ARTÉSUNATE SUPPOSITOIRE	ACT (par exemple, COARTEM)	Artemeter ORALE / ARTÉSUNATE
1. KEDOUGOU	.0	.0	.7	.0	94.3	.0
2. SEDHIOU	.0	.0	.0	.0	91.9	.0
3. TAMBACOUNDA	.4	.0	.0	.0	90.9	.0
4. ZIGUINCHOR	.0	.0	.0	.0	95.4	.0
rural	.2	.0	.2	.0	94.7	.0
urbain	.0	.0	.0	.0	91.5	.0
traitement	.5	.0	.5	.0	90.0	.0
contrôle	.0	.0	.0	.0	93.1	.0
ND	.0	.0	.0	.0	95.2	.0
01. Médecin spécialiste	.0	.0	.0	.0	100.0	.0
02. Médecin généraliste	.0	.0	.0	.0	50.0	.0
03. Technicien supérieur de sante	.	.	.	.	.	.
04. Sage-femme d'état	.0	.0	.0	.0	97.1	.0
05. Sage-femme (sans diplôme d'état)	.0	.0	.0	.0	100.0	.0
06. Infirmier d'état	.0	.0	.0	.0	93.9	.0
07. Assistant infirmier	.0	.0	.3	.0	92.1	.0
08. Infirmier breveté	1.6	.0	.0	.0	90.2	.0
09. Aide soignant	.0	.0	.0	.0	100.0	.0
10. Matrone	.0	.0	.0	.0	100.0	.0
Total	.1	.0	.1	.0	93.2	.0

5.4.11. Traitement spécifique lié paludisme prescrit par le prestataire selon la région, le milieu, le type de district et la catégoriel du personnel (%)

	AMODIAQUINE ORALE	FANSIDAR ORALE (SP)	Quinine par voie orale	AUTRES antipaludéen par voie orale	Aucune de ces réponses
1. KEDOUGOU	.0	.7	.0	.0	.0
2. SEDHIOU	.0	.0	.0	.0	.0
3. TAMBACOUNDA	.0	.0	.0	.0	.0
4. ZIGUINCHOR	.0	.0	.0	.0	.0
rural	.0	.0	.0	.0	.0
urbain	.0	.2	.0	.0	.0
traitement	.0	.0	.0	.0	.0
contrôle	.0	.3	.0	.0	.0
ND	.0	.0	.0	.0	.0
01. Médecin spécialiste	.0	.0	.0	.0	.0
02. Médecin généraliste	.0	.0	.0	.0	.0
03. Technicien supérieur de sante	.	.	.	.	.
04. Sage-femme d'état	.0	.0	.0	.0	.0
05. Sage-femme (sans diplôme d'état)	.0	.0	.0	.0	.0
06. Infirmier d'état	.0	.3	.0	.0	.0
07. Assistant infirmier	.0	.0	.0	.0	.0
08. Infirmier breveté	.0	.0	.0	.0	.0
09. Aide soignant	.0	.0	.0	.0	.0
10. Matrone	.0	.0	.0	.0	.0
Total	.0	.1	.0	.0	.0

5.4.11. Traitement spécifique lié à la déshydratation prescrit par le prestataire selon la région, le milieu, le type de district et la catégoriel du personnel (%)

	SRO en ambulatoire (à la maison) (PLAN A)	SRO initié dans l'établissement pendant 4 HEURES (PLAN B)	Fluides intraveineux (PLAN C)	Aucune de ces réponses
1. KEDOUGOU	18.6	.7	.0	67.9
2. SEDHIOU	18.8	.0	.0	71.1
3. TAMBACOUNDA	15.6	.0	.4	73.2
4. ZIGUINCHOR	15.8	.0	.0	70.1
rural	17.7	.0	.2	73.3
urbain	15.5	.2	.0	68.0
traitement	16.7	.5	.0	70.1
contrôle	17.5	.0	.3	72.2
ND	16.0	.0	.0	70.3
01. Médecin spécialiste	.0	.0	.0	66.7
02. Médecin généraliste	.0	.0	.0	50.0
03. Technicien supérieur de sante	.	.	.	.
04. Sage-femme d'état	17.6	.0	.0	76.5
05. Sage-femme (sans diplôme d'état)	.0	.0	.0	100.0
06. Infirmier d'état	20.3	.0	.0	66.0
07. Assistant infirmier	12.6	.3	.3	75.7
08. Infirmier breveté	13.1	.0	.0	73.8
09. Aide soignant	34.8	.0	.0	65.2
10. Matrone	.0	.0	.0	80.0
Total	16.7	.1	.1	70.9

CHAPITRE 6 FONCTIONNEMENT DES FORMATIONS SANITAIRES

INTRODUCTION

La question du fonctionnement des formations sanitaires est incontournable dans toute réflexion engageant la performance du système de santé. En effet, les types de formation sanitaires (hôpital, centre ou poste), la disponibilité et la qualité des services qu'elles offrent, gages du recours aux soins par les patients, l'accessibilité géographique, économique et culturelles des soins sont autant de facteurs constitutifs d'une fonctionnalité optimale des formations sanitaires.

Une fonctionnalité optimale des formations serait de nature à déteindre positivement sur l'augmentation de la demande de soins de santé particulièrement en Afrique subsaharienne. Dans cette région en général, et dans son milieu, en particulier, le niveau de l'accès aux soins de santé est réputé être faible, en particulier en zone rurale.

L'agencement de tous ces éléments fonde la pertinence d'une évaluation du fonctionnement des structures de santé dans les quatre régions concernées par l'EFBR, régions qui ne sont pas particulièrement privilégiées dans le domaine de l'offre des soins de santé. A cela s'ajoute le fait qu'elles abritent des populations qui peuvent être globalement considérées comme précaires sur le plan économique. Pour trois de ces régions, la fonctionnalité des structures doit être analysée à l'aune de certaines contraintes à la fois structurelles et conjoncturelles. Dans, les régions de Ziguinchor et de Sédhiou, le conflit lié à l'irrédentisme limite le fonctionnement de certaines structures de santé alors que dans la région de Kédougou, c'est la saisonnalité (hivernage) qui peut isoler des pans entiers de populations, leur privant l'accès aux soins de santé.

Ce chapitre traite donc du fonctionnement des formations sanitaires. Les aspects liés à la typologie des structures de santé, leur répartition géo spatiale, les équipements qu'elles disposent ainsi que l'offre de services qu'elles fournissent à leurs patients ont été abordés dans cette partie. Le financement des formations sanitaires leurs ressources humaines, les commodités de base dont elles disposent ainsi les leurs équipements et leurs sources de financement ont été également étudiés.

6.1 ORGANISATION ET ACCESSIBILITE DES SERVICES ET DES SOINS

6.1.1 Distributions des établissements par type et selon la nature (public/privé)

L'enquête a permis de dénombrer 265 formations, dont une écrasante majorité est constituée de postes de santé (242), 20 Centres de santé et 3 Etablissements publics de santé. Il n'a pas toujours été possible de collecter l'information sur la totalité de ces structures sanitaires. Aussi, pour certaines statistiques, l'effectif pourra être plus faible de deux à cinq unités selon le cas.

En termes relatifs, les postes de santé représentent 91,3% de l'échantillon. Cependant c'est en milieu rural que les postes de santé sont plus implantés avec 98,5% contre 70,6% en milieu urbain. A l'inverse, 25% des structures sanitaires du milieu urbain sont des centres de santés, alors que ces derniers n'en représentent que 1,5% en milieu urbain. La région de Ziguinchor polarise plus de postes de santé comparativement aux autres régions. Ces postes de santé représentent 94% du nombre total de structures de santé de cette région. Les trois EPS se répartissent entre toutes les régions à l'exception de Kédougou.

Tableau 6-1 : Distribution des centres de santé selon le milieu de résidence et la région

	EPS		CS		PS		Total	
	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	Valid N
KEDOUGOU	0,0%	0	10,7%	3	89,3%	25	100,0%	28
SEDHIOU	2,3%	1	9,1%	4	88,6%	39	100,0%	44
TAMBACOUNDA	1,1%	1	8,7%	8	90,2%	83	100,0%	92
ZIGUINCHOR	1,0%	1	5,0%	5	94,1%	95	100,0%	101
Rural	0,0%	0	1,5%	3	98,5%	194	100,0%	197
Urbain	4,4%	3	25,0%	17	70,6%	48	100,0%	68
Total	1,1%	3	7,5%	20	91,3%	242	100,0%	265

6.1.2 Offre de services de vaccination/nutrition

La quasi-totalité (97%) des établissements de santé visités offrent des services de vaccination. C'est en milieu rural que les services de vaccination sont plus fonctionnels avec 99% des établissements de santé qui en disposent contre 92% en milieu urbain. Cependant, un peu moins du tiers (30%) des formations sanitaires dispose d'un endroit ou d'une pièce séparée pour les vaccinations. Ce pourcentage cache quelques disparités entre postes et centres de santé ; 59% des centres de santé possèdent une pièce séparée pour les vaccinations contre 28% des postes de santé qui en disposent. On constate également qu'environ 80% des structures de santé pratiquent la stratégie de vaccination mobile ou avancée. Cette proportion de structures ayant une stratégie avancée ou mobile dépasse 95% à Kédougou et Sédhiou.

Tableau 6-2 : structures sanitaires proposant des services de vaccination (%)

	Cet établissement assure-t-il des services de vaccination ?		Y a-t-il une pièce ou un endroit séparé pour les vaccinations ?		Y a-t-il un programme de vaccinations en stratégie avancée ou mobile po	
	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
KEDOUGOU	100.0	28	21.4	28	96.4	28
SEDHIOU	93.2	44	29.3	41	97.6	41
TAMBACOUNDA	96.7	91	33.0	88	81.8	88
ZIGUINCHOR	97.0	99	30.2	96	64.6	96
Rural	98.9	178	26.7	176	84.1	176
Urbain	91.7	84	37.7	77	68.8	77
EPS	.0	3	.	0	.	0
Centre de santé	94.4	18	58.8	17	76.5	17
Poste de santé	97.9	241	28.0	236	79.7	236
Total	96.6	262	30.0	253	79.4	253

6.1.3 Offre de services de soins prénatals

Le tableau ci-dessous montre que 97% des structures de santé dispensent des services de soins prénatals. Toutes les structures de santé visitées dans les régions de Kédougou et de Sédhiou disposent de ces services. Il en est de même pour l'ensemble des EPS et des centres de santé enquêtés. Les structures de santé situées en zone rurale dispensent plus de services de soins prénatals comparativement aux structures en zone urbaine (97,8% contre 95,2%).

Le cinquième (20,5%) des consultations prénatales a lieu à des horaires différents des consultations des autres patients. La région de Ziguinchor offre plus de confidentialité pour les CPN. En effet, 26,9% des femmes enceintes de cette région ont été consultées à des heures différentes des heures de consultations des autres patients.

Tableau 6-3 : structures sanitaires proposant des services de soin prénatals (%)

	L'établissement dispense-t-il des services de soins prénatals ?		Les consultations prénatales ont-elles lieu à des horaires spécifiques?	
	%	Effectif	%	Effectif
KEDOUGOU	100.0	28	10.7	28
SEDHIOU	100.0	44	20.5	44
TAMBACOUNDA	97.8	91	6.9	89
ZIGUINCHOR	93.9	99	26.9	93
Rural	97.8	178	21.3	174
Urbain	95.2	84	18.7	80
EPS	100.0	3	.0	3
Centre de santé	100.0	18	16.7	18
Poste de santé	96.7	241	21.0	233
Total	96.9	262	20.5	254

6.1.4 Offre de services liés à l'accouchement et post partum

Comme le montre le tableau ci-après, 93,1% des formations sanitaires étudiées assurent des services d'accouchement. Dans la région de Sédhiou la totalité des structures de santé offre des services d'accouchement. Ces services d'accouchement sont plus présents dans les structures de santé situées en milieu rural avec 98,3% d'entre elles qui en ont contre 82,1% en milieu urbain. Tous les EPS et tous les centres de santé enquêtés assurent des services d'accouchement à leurs patients. Alors que seulement 92.5% des postes de santé en sont dotés.

Pour ce qui concerne l'offre de services liés au post partum, 94% des structures de santé l'assurent. Dans la région de Sédhiou ainsi que dans les EPS et centres de santé, l'offre de services liés au post partum est assuré à 100%. Les services de post partum sont assurés dans 97,2% des établissements de santé en milieu rural contre 86,7% des structures de santé en milieu urbain.

Tableau 6-4 : Structures sanitaires proposant des services l'accouchement et post partum (%)

	L'établissement assure-t-il des services d'accouchement, dans l'établissement		L'établissement assure-t-il des services de soins post-partum ?	
	%	Effectif	%	Effectif
KEDOUGOU	92.9	28	96.4	28
SEDHIOU	100.0	44	100.0	44
TAMBACOUNDA	94.5	91	95.6	90
ZIGUINCHOR	88.9	99	88.9	99
Rural	98.3	178	97.2	178
Urbain	82.1	84	86.7	83
EPS	100.0	3	100.0	3
Centre de santé	100.0	18	100.0	18
Poste de santé	92.5	241	93.3	240
Total	93.1	262	93.9	261

6.1.5 Existence d'un laboratoire et examens pratiqués

19,1% des établissements possèdent des services d'analyses médicales. Ce pourcentage cache cependant des disparités. En effet, dans les EPS et dans les centres de santé ces services sont assurés à 100% et 94% respectivement alors que seuls 12,4% des postes de santé en sont dotés. Les régions de Ziguinchor(23,2%) et de Kedougou (21,4%) sont celles où les structures sanitaires disposent en général de laboratoires d'analyses médicales et les régions de Sédhiou (15,9%) et Tambacounda(15,4%) celles où les formations sanitaires sont les plus dépourvues. On note également de fortes disparités selon le milieu de localisation: 38% des structures de santé en zone

urbaine assurent un service d'analyses médicales contre 10% pour les structures situées en milieu rural.

Tableau 6-5a : existence d'un laboratoire

	L'établissement assure-t-il des services d'analyses médicales ?	Effectifs
	Mean	Valid N
KEDOUGOU	21,4	28
SEDHIOU	15,9	44
TAMBACOUNDA	15,4	91
ZIGUINCHOR	23,2	99
Rural	10,1	178
Urbain	38,1	84
1. EPS	100,0	3
2. Centre de santé	94,4	18
3. Poste de santé	12,4	241
Total	19,1	262

La numération globules rouges et globules blancs est faite dans 9,9% des structures. La totalité des EPS offre des services de numération globules rouges et globules blancs, il en de même pour 66,7% des centres de santé. Il existe une nette différence dans l'offre de ces services selon le milieu de résidence. En milieu urbain ce service est assuré par 25% des formations sanitaires contre 2,8% en milieu rural.

L'offre des services d'estimation du taux d'hémoglobine existe dans 9,2% des structures enquêtées. Dans la région de Sédhiou, ce service est disponible dans 9,1% des structures de santé. 26,2% des formations sanitaires situées en milieu urbain offrent des services d'estimation du taux d'hémoglobine contre 1,1% des structures de santé en milieu rural. Tous les EPS visités offrent ces services.

En ce qui concerne les tests de groupage sanguin et de compatibilité directe, 16,4% des structures les assurent. Cependant, c'est dans la région de Ziguinchor que l'on rencontre le plus grand nombre de formations sanitaires qui offrent ces services avec 21,2% sur le total des structures enquêtées dans cette région. Il faut signaler que tous les EPS ainsi que 88,9% des structures disposent de ces tests. Plus du tiers (36,9%) des structures en milieu urbain offrent les services de test de groupage sanguin et de compatibilité directe contre 6,4% pour le milieu rural.

Le test de diagnostic du paludisme ainsi que le TDR sont assurés dans 15,6% des structures de santé. Ce pourcentage est de 21,4% pour la région de Kédougou. La totalité des EPS et 94,4 des centres de santé disposent de services de test de diagnostic du paludisme. En milieu urbain ces services sont assurés par 33,3% des structures de santé contre 7,3% des structures de santé en milieu rural.

Le test de diagnostic de la tuberculose par frottis est disponible dans 11,5% des structures de santé étudiées. Ce test est assuré dans 17,9% des formations sanitaires de la région de Kédougou. La totalité des EPS et des centres de santé offrent ces services. Il faut noter que 28,6% des formations sanitaires enquêtées en milieu urbain possèdent un service de test de diagnostic de la tuberculose par frottis contre 3,4% des structures en milieu rural.

Le test coloration de Gram est effectué dans 8,4% des formations sanitaires. 21,4% des structures en milieu urbain offrent ce service contre 2,2% pour le milieu rural. Dans les régions de Kédougou et de Ziguinchor, respectivement 10,7% et 10,1% des structures assurent ce service. Les centres de santé et les EPS sont environ deux tiers à assurer ce service.

Tableau 6-6 : examens pratiqués (a à f) (%)

	Numération globules rouges et globules blancs	Estimation du taux d'hémoglobine (hématocrite)	Groupage sanguin et épreuve de compatibilité directe	Diagnostic paludisme (goutte épaisse et frottis)/test de diagnostic ra	Diagnostic tuberculose par frottis	Coloration de Gram	L'établissement assure-t-il des services d'analyses médicales ?
	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Valid N
KEDOUGOU	7,1	7,1	14,3	21,4	17,9	10,7	28
SEDHIOU	11,4	9,1	15,9	15,9	13,6	6,8	44
TAMBACOUNDA	6,6	6,6	12,1	13,2	9,9	6,6	91
ZIGUINCHOR	13,1	12,1	21,2	16,2	10,1	10,1	99
rural	2,8	1,1	6,7	7,3	3,4	2,2	178
urbain	25,0	26,2	36,9	33,3	28,6	21,4	84
EPS	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	66,7	3
Centre de santé	66,7	61,1	88,9	94,4	88,9	66,7	18
Poste de santé	4,6	4,1	10,0	8,7	4,6	3,3	241
Total	9,9	9,2	16,4	15,6	11,5	8,4	262

Si seulement 16,8% de l'ensemble des formations sanitaires assurent le service de test de sérologie du VIH, 100% des EPS et 94,4% des centres de santé disposent de ce service. Selon la région, Il est à noter que 17,9% des structures de santé de la région de Ziguinchor offrent ce service ainsi que 35,7% des structures urbaines contre 7,9% des formations sanitaires en milieu rural.

Les services de test de sérologie de l'hépatite B se font dans tous les EPS ainsi que dans 88,9% des centres de santé. En zone urbaine, 33,3% des établissements de santé offrent ces services contre 4,5% des structures de santé en milieu rural. C'est dans la région de Ziguinchor que le plus grand nombre de structures sanitaires offrant ce service a été recensé.

Les services de sérologie de l'hépatite C se font dans tous les EPS enquêtés alors que ce service n'est assuré que dans le quart des centres de santé (27,8%). Ce test n'est pas du tout présent dans les structures sanitaires en milieu rural et quasiment pas dans les postes de santé (moins de 1%).

16,4% de l'ensemble des formations sanitaires font les tests de sérologie de la syphilis. Ces derniers sont opérationnels dans tous les EPS et dans 88,9% des centres de santé enquêtés. De toutes les régions, c'est dans celle de Ziguinchor où l'on rencontre le plus grand nombre de structures qui font les tests de syphilis (20,2%). Ce sont les structures des zone urbaines qui couvrent le plus la fourniture de ce service comparativement aux formations sanitaires dans les zones rurales (36,9% contre 6,7%).

Quant aux tests de protéines et de glucide dans les urines, 16% des structures en disposent. L'analyse par région montre que 20,2% des formations sanitaires dans la région de Ziguinchor offrent ces services. Ces tests sont assurés par 100% des EPS et 83,3% des centres de santé contre 10% des postes de santé.

Tableau 6-7 : Existence d'un laboratoire et examens pratiqués (g à q) (%)

	Sérologie du VIH	Sérologie de l'hépatite B	Sérologie de l'hépatite C	Sérologie de la syphilis (RPR ou VDRL)	Protéines et glucose dans les urines (bandelettes)	Effectifs de calcul des pourcentage
	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Valid N
KEDOUGOU	17,9	10,7	3,6	14,3	17,9	28
SEDHIOU	15,9	11,4	6,8	13,6	13,6	44
TAMBACOUNDA	14,3	9,9	3,3	14,3	12,1	91
ZIGUINCHOR	19,2	19,2	3,0	20,2	20,2	99
Rural	7,9	4,5	,0	6,7	8,4	178
Urbain	35,7	33,3	11,9	36,9	32,1	84
EPS	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	3
Centre de santé	94,4	88,9	27,8	88,9	83,3	18
Poste de santé	10,0	7,1	,8	10,0	10,0	241
Total	16,8	13,7	3,8	16,4	16,0	262

Seulement 15% de l'ensemble des formations sanitaire disposent de test de grossesse. Ce test est disponible dans 2 % des 3 EPS et dans 77,8% des centres de santé. Dans la région de Kédougou 21,4% des structures de santé offrent des services de test de grossesse ainsi que 29,3% des structures de santé en zone urbaine.

En ce qui concerne la glycémie, 16,8 des formations sanitaires en disposent. La totalité des EPS ainsi que 88,9% des centres de santé visités offrent ce service. Il faut signaler que selon la région, 21,6% des formations sanitaires de la région de Ziguinchor disposent du test de la glycémie, contre 17,9% à Kedougou et moins de 14% dans les deux autres régions. En zone urbaine, 36,9% des structures disposent de ces services contre 7,3% pour les formations sanitaires en milieu rural.

13,7% des structures de santé étudiées offrent des services de recherche de parasites dans les selles. C'est dans la région de Kédougou le nombre de structures offrant ce service est plus important avec 17,9% des formations sanitaires qui disposent de ce service dans cette région. Un tiers des structures de santé en milieu urbain offrent des services de recherche de parasites dans les

selles contre 4,5% des structures sanitaires en milieu rural. Tous les EPS ainsi que 88,9% des centres de santé offrent ce service.

On constate que 8% des formations sanitaires peuvent faire de la recherche de sang dans les selles. Cependant, 17,9% des structures de santé de la région de Kédougou offrent cette possibilité. Ce service est disponible dans 61,3% des centres de santé mais seulement dans un EPS. 20,2% des structures sanitaires urbaines offrent ce service contre 2,2% des formations sanitaires en milieu rural.

Encore très peu de structures de santé (5,7%) offrent des services de lipidémie. Cependant, tous les trois EPS enquêtés ainsi que 55,6% des centres de santé étudiés disposent de ce service.

6,1% des formations sanitaires offrent des services de transaminases. C'est dans la région de Ziguinchor que le nombre de structures de santé offrant ce service est plus important avec 7,1%. On trouve ce service dans deux 2 EPS sur trois et dans une proportion similaire de centres de santé visités.

Tableau 6-8 : Existence d'un laboratoire et examens pratiqués (g à q) (%)

	Test de grossesse	Glycémie sanguine	Recherche de parasites dans les selles	Recherche de sang dans les selles	lipidémie	Transaminases	L'établissement assure-t-il des services d'analyses médicales ?
	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Valid N
KEDOUGOU	21,4	17,9	17,9	17,9	7,1	7,1	28
SEDHIOU	15,9	13,6	13,6	6,8	4,5	4,5	44
TAMBACOUNDA	13,2	13,2	9,9	5,5	6,6	6,6	91
ZIGUINCHOR	15,2	21,2	16,2	8,1	5,1	6,1	99
rural	8,4	7,3	4,5	2,2	1,1	1,1	178
urbain	29,8	36,9	33,3	20,2	15,5	16,7	84
EPS	66,7	100,0	100,0	33,3	100,0	66,7	3
Centre de santé	77,8	88,9	88,9	61,1	55,6	66,7	18
Poste de santé	10,0	10,4	7,1	3,7	,8	,8	241
Total	15,3	16,8	13,7	8,0	5,7	6,1	262

6.1.6 Distance par rapport aux formations sanitaires de référence

Dans cette sous-section, nous avons exclu les Etablissements Publics de Santé (EPS) des analyses car c'est eux qui constituent les centres de référence.

La distance moyenne des structures de santé par rapport aux formations sanitaires du niveau de référence est de 35 km. Cette distance reste cependant très variable selon le type de structure. En effet, pour les centres de santé, cette distance est de 78 km contre 31 km pour les postes de santé. Tambacounda et Kédougou sont les régions pour lesquelles la distance moyenne des structures de santé par rapport aux formations sanitaires du niveau de référence est plus élevé avec une moyenne de 45 et 46 km respectivement. Les formations sanitaires de Ziguinchor sont les plus proches du centre de référence, avec une moyenne de seulement 22 km.

Tableau 6-9 : distance au centre référence

	Unweighted Count	Minimum	Mean	Maximum	Median
KEDOUGOU	28	0	46	233	34
SEDHIOU	43	0	38	100	36
TAMBACOUNDA	91	0	45	190	35
ZIGUINCHOR	100	0	22	82	19
rural	190	1	37	190	30
urbain	72	0	29	233	11
EPS	0	.	.	.	.
Centre de santé	20	0	78	233	61
Poste de santé	242	0	31	190	28
Total	262	0	35	233	30

6.2 DOTATION EN RESSOURCES HUMAINES

6.2.1 Ressources humaines par catégorie

Le tableau ci-dessous montre que les ressources humaines hautement qualifiées sont très rares dans les formations sanitaires. En effet, quand on cumule ensemble les directeurs/administrateurs d'hôpitaux, les médecins spécialistes et les médecins généralistes, les pharmaciens/biologistes, les dentistes et les techniciens supérieurs de la santé, ils représentent à peinent 5% de l'ensemble du personnel travaillant dans les structures sanitaires. A l'autre extrémité, le personnel le moins qualifié forme la grosse part des effectifs œuvrant dans les formations sanitaires. Il s'agit des matrones qui représentent près d'un cinquième du personnel (19,5%) et des

agents de santé communautaire qui forment 17,5%. A ces catégories, il convient d'ajouter la modalité "autres" (21,3%) qui englobent les autres membres du personnel d'appui (cassiers, gardiens, etc.). Autant dire que près de 60% des membres du personnel ne sont pas des soignants. Les sages-femmes, infirmiers diplômés d'Etat et les assistants infirmiers (entre 10% et 11% des effectifs) occupent une position intermédiaire. Bien évidemment cette rareté en personnel soignant doit être mise en rapport avec la structure de notre échantillon qui est constitué à plus de 80% de postes de santés. D'ailleurs, quand on analyse la composition des ressources humaines selon le type de structure, on note que les EPS ont au moins 40% des membres du personnel administrateur, médecins ou chirurgiens-dentistes et très peu de non qualifié. A contrario, les postes de santé ont leur personnel constitué majoritairement de personnel non soignant et très peu de médecins.

Tableau 6-10 : Ressources humaines disponible

	Administrateur / directeur d'hôpital	Médecin spécialiste	Médecin généraliste	Pharmacien /Biologiste	Chirurgien dentaire	Technicien supérieur de la santé	Sage-femme d'Etat	Infirmier d'Etat	Assistant Infirmier	Infirmier breveté	Aide-soignant	Agent de santé communautaire	Matrone	Autre	Total	
KEDOUGOU	0,5	1,0	3,0	0,0	0,0	0,5	15,0	11,0	10,5	1,5	1,5	16,0	19,5	20,0	100,0	200
SEDHIOU	0,3	1,0	1,9	0,3	0,3	0,3	14,0	10,1	9,7	1,6	1,6	17,2	21,4	20,1	100,0	308
TAMBACOUNDA	0,7	1,4	2,5	0,7	0,5	0,4	10,3	10,8	14,6	1,2	1,1	14,7	18,3	22,7	100,0	563
ZIGUINCHOR	0,6	0,9	1,7	0,2	0,3	1,1	9,4	10,0	10,3	3,0	2,5	19,7	19,5	20,9	100,0	641
rural	0,1	0,1	0,7	0,2	0,1	0,1	7,2	7,7	12,6	2,3	1,2	19,3	23,9	24,5	100,0	1011
urbain	1,3	2,6	4,3	0,6	0,7	1,4	16,8	14,3	10,3	1,6	2,6	14,1	13,0	16,5	100,0	701
EPS	6,5	16,1	16,1	3,2	1,6	0,0	35,5	16,1	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	3,2	100,0	62
Centre de santé	2,1	3,2	8,9	0,7	1,8	2,1	25,9	25,2	16,3	0,7	1,4	1,8	3,5	6,4	100,0	282
Poste de santé	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,4	7,0	7,1	11,2	2,3	1,9	21,1	23,6	25,1	100,0	1368
Traitement	0,2	0,4	3,2	0,2	0,4	0,4	11,9	11,7	12,1	1,9	1,3	15,3	18,6	22,5	100,0	472
Contrôle	1,0	2,0	1,8	0,8	0,4	0,2	12,0	9,8	13,0	1,0	1,2	15,6	20,0	21,0	100,0	499
ND	0,5	0,9	1,8	0,1	0,3	1,1	10,1	10,0	10,4	2,7	2,4	19,4	19,6	20,6	100,0	741
Total	0,6	1,1	2,2	0,4	0,4	0,6	11,2	10,4	11,6	2,0	1,8	17,2	19,5	21,3	100,0	1712

6.2.2 Personnel de santé offrant les soins maternels et infantiles dans les FOSA

Le tableau ci-dessous montre que 79,9% des structures de santé étudiées disposent de Personnel de santé offrant les soins maternels et infantiles. C'est dans la région de Sédhiou que l'on recense le plus de structures disposant de ce type de personnel. C'est également en milieu rural que ce personnel est plus présent avec 83,3%. Il y'a plus de structures de santé disposent de Personnel de santé offrant les soins maternels et infantiles dans les postes de santé et dans le groupe de contrôle. Mais il convient de souligner qu'au vu de la qualité des ressources humaines présentée précédemment, il est fort probable que le personnel dont il est question ici soit en grande partie constitué de matrones.

Tableau 6-11 : Ressources humaines PMI

	Effectif non pondéré	%
KEDOUGOU	28	68,0
SEDHIOU	44	83,3
TAMBACOUNDA	92	82,6
ZIGUINCHOR	101	79,2
Rural	190	83,3
Urbain	75	71,0
EPS	3	,0
Centre de santé	20	40,0
Poste de santé	242	83,2
Traitement	76	77,1
Contrôle	76	85,9
ND	113	77,8
Total	265	79,9

6.3 DOTATION EN MATERIEL ET EQUIPEMENT

6.3.1 Existence des salles pour les différentes formes de prise en charge (accueil, consultation de jour, hospitalisation, etc.)

Les résultats montrent que 85,5% des formations sanitaires possèdent une salle d'attente. C'est dans la région de Ziguinchor que l'on rencontre le plus de structures équipées de salle d'attente avec 87,9% des structures de cette région qui en disposent. On trouve une salle d'attente dans tous les EPS enquêtés ainsi que dans 94,4% des centres de santé. En milieu urbain, 89,3 des formations sanitaires sont dotées de salle d'attente.

Un faible pourcentage de structures de santé (6,9%) possède une salle d'attente dédiée aux femmes. Cependant ce sont les structures de la région de Sédhiou qui offrent le plus à leurs patients

cette commodité avec 13,6% des structures de cette région. Le tiers des EPS (33,3%) dispose d'une salle d'attente séparée pour les femmes.

La quasi-totalité des structures disposent de salle de consultations dans laquelle l'intimité et la confidentialité des patients sont respectées. Tous les EPS, les centres de santé ainsi que toutes les structures de la région de Sédhiou disposent d'une salle où les consultations peuvent se dérouler sans que tout le monde voie et entende ce qui se passe.

Le tableau ci-dessous montre que 86,6% des formations sanitaires disposent d'une salle de chirurgie. Cependant ce sont les structures de la région de Ziguinchor que l'on rencontre le plus de structures qui disposent d'une salle de chirurgie avec 92,9% de formations sanitaires qui en possèdent. La totalité des EPS et de centres sont dotés d'une salle de chirurgie.

Tableau 6-12 : Existences des salles pour les différentes formes de prise en charge (accueil, consultation de jour, hospitalisation) (%)

	Y a-t-il une salle d'attente dans cet établissement ?	Y a-t-il une salle d'attente séparée pour les femmes dans cet établissement	Y a-t-il une salle dans cet établissement où les consultations peuvent se tenir	Y a-t-il une salle de petite chirurgie dans cet établissement	Effectif
KEDOUGOU	82,1	,0	96,4	78,6	28
SEDHIOU	79,5	13,6	100,0	88,6	44
TAMBACOUNDA	86,8	4,4	98,9	81,3	91
ZIGUINCHOR	87,9	8,1	99,0	92,9	99
rural	83,7	7,3	98,9	86,0	178
urbain	89,3	6,0	98,8	88,1	84
EPS	100,0	33,3	100,0	100,0	3
Centre de santé	94,4	5,6	100,0	100,0	18
Poste de santé	84,6	6,6	98,8	85,5	241
Total	85,5	6,9	98,9	86,6	262

6.3.2 Dotation en incinérateurs fonctionnels pour l'élimination des déchets médicaux

Un peu moins du tiers (29,4%) des formations sanitaires enquêtées sont dotées d'incinérateurs fonctionnels pour l'élimination des déchets médicaux. Plus de la moitié des structures de santé de la région de Sédhiou possèdent un incinérateur fonctionnel pour l'élimination des déchets médicaux. On trouve un peu plus des formations sanitaires disposant de cet appareil en milieu urbain avec 32,1% contre 28,1% pour le milieu rural. 66,7% des EPS en disposent, contre uniquement 26,6% des postes de santé.

Tableau 6-13 : Dotation en incinérateurs fonctionnels pour l'élimination des déchets médicaux ()

	%	Effectif
KEDOUGOU	32,1	28
SEDHIOU	54,5	44
TAMBACOUNDA	16,5	91
ZIGUINCHOR	29,3	99
rural	28,1	178
urbain	32,1	84
EPS	66,7	3
Centre de santé	61,1	18
Poste de santé	26,6	241
Total	29,4	262

6.3.3 Dotation en matériel en petit matériel de base

6.3.3.a Dotation en matériel en petit matériel de base (b à i)

Les résultats ci-dessous montrent que 88,9% des formations sanitaires possèdent un pèse-personne pour enfant. La totalité des EPS disposent de ce matériel ainsi que 96,4% des structures de santé de la région de Kédougou. Les formations sanitaires en zone rurale sont les mieux équipées en pèse-personne pour enfant avec 92,7% d'entre elles qui en disposent contre 81% des structures de santé en milieu urbain.

La toise est disponible dans 93,9% des formations sanitaires. Tous les EPS disposent de toise ainsi que 96,1% des structures de santé en milieu rural. 97% et 97,7% des formations sanitaires enquêtées dans les régions de Sédhiou et Ziguinchor possèdent une toise.

94,3% des structures de santé enquêtées disposent d'un pèse-personne pour adulte. Ce matériel est disponible dans toutes les structures de santé de la région de Kédougou ainsi que tous les EPS visités.

La quasi-totalité des structures de santé visitées dispose d'un tensiomètre avec 98,4% des structures qui en possèdent. Toutes les formations sanitaires enquêtées dans la région de Tambacounda ont un tensiomètre ainsi que tous les EPS. Curieusement, seulement 94,4% des centres de santé en sont dotés, alors que cette proportion est de 98% dans les centres de santé.

Les résultats indiquent que 98,1% des formations sanitaires possèdent un thermomètre. Toutes les structures de santé des régions de Sédhiou et de Ziguinchor disposent d'un thermomètre ainsi que la totalité des EPS. Comme pour les thermomètres, les centres de santé constituent le groupe les plus faiblement dotés (94,4%).

Les tableaux ci-dessous montrent que 94,3% des structures de santé visitées possèdent un stéthoscope. Dans la région de Kédougou, 96,4% des formations sanitaires disposent de stéthoscope. Tous les EPS enquêtes ont un stéthoscope. Les centres de santés et les postes de santé dispose de cet instrument dans les mêmes proportions (94%).

Les résultats montrent que peu (6,1%) de structures sanitaires disposent d'un foetoscope pour échographie. C'est parmi les structures de santé en milieu urbain que l'on trouve le plus ce matériel avec 14,3% d'entre eux qui en détiennent contre 2,2% en milieu rural. 66,7%, soit 2 des trois EPS, possèdent un foetoscope pour échographie.

Tableau 6-14 : Dotation en matériel en petit matériel de base (b à i) ()

	Pèse-personne pour enfant	Toise	Pèse-personne pour adulte	Tensiomètre	Thermomètre	Stéthoscope	Foetoscope échographie
KEDOUGOU	96,4	96,4	100,0	96,4	92,9	96,4	3,6
SEDHIOU	88,6	97,7	93,2	95,5	100,0	95,5	2,3
TAMBACOUNDA	82,4	87,9	90,1	100,0	96,7	92,3	7,7
ZIGUINCHOR	92,9	97,0	97,0	98,0	100,0	94,9	7,1
rural	92,7	96,1	96,1	98,3	98,9	94,4	2,2
urbain	81,0	89,3	90,5	97,6	96,4	94,0	14,3
EPS	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	66,7
Centre de santé	94,4	88,9	94,4	94,4	94,4	94,4	61,1
Poste de santé	88,4	94,2	94,2	98,3	98,3	94,2	1,2
Total	88,9	93,9	94,3	98,1	98,1	94,3	6,1

6.3.3.b Dotation en matériel en petit matériel de base (j à s)

Le tableau ci-après montre que 17,2% des formations sanitaires disposent d'un otoscope. Suivant les régions, c'est celle de Kédougou que le nombre de structures disposant de cet outil est plus important avec 28,6%. Il est également à signaler que l'otoscope est plus présent dans les formations sanitaires urbaines (26,2%) que rurales (12,9%). Tous les EPS visités possèdent un otoscope ainsi que 50% des centres de santé. Quant aux postes de santé, ils sont seulement 13,7% à être concernés.

Un peu plus du dixième (11,8%) des formations sanitaires étudiées disposent d'une échelle d'acuité visuelle. Ce matériel est disponible dans tous les EPS ainsi que dans 44,4% des centres de santé, alors que seulement 8,3% des postes de santé en sont dotés. Respectivement 18,2% et 17,2%

des formations sanitaires de la région de Sédhiou et Ziguinchor possèdent une échelle d'acuité visuelle ainsi que le cinquième (20,2%) des structures sanitaires en zone urbaine.

Seulement 5% des formations sanitaires disposent d'une bouteille à oxygène. Cependant tous les EPS possèdent une bouteille à oxygène ainsi que 27,8% des centres de santé. 11,4% des structures sanitaires de la région de Sédhiou sont dotées d'une bouteille à oxygène.

Les résultats montrent que 12,6% des structures de santé possèdent un ballon insufflateur. Cet appareil est disponible dans tous les EPS et dans un tiers des centres de santé. 19,2 des formations sanitaires de la région de Ziguinchor possèdent un ballon insufflateur alors que seulement 7,1% de ceux de Kédougou en sont dotées. 17,9% des structures sanitaires en milieu urbain disposent d'un ballon insufflateur contre 10,1% des structures rurales.

Très peu de formations sanitaires (4,6%) possèdent un incubateur. Cependant tous les EPS visités disposent de ce matériel médical, contre 16,7% des centres de santé et seulement de 2,5% des postes de santés. Ziguinchor est la région la mieux doté dotée en incubateurs avec 8,1% de ses formations sanitaires qui en disposent, alors qu'il n'y en n'a quasiment pas à Kédougou.

76,3% des formations sanitaires enquêtées possèdent une potence (porte perfusion). Dans la région de Sédhiou de pourcentage des structures de santé qui en disposent est de 81,8%. Il faut signaler que tous les EPS et 94,4% des centres de santé possèdent une potence. Il existe une différence significative entre les formations sanitaires en milieu urbain et celles qui sont en milieu rural en terme de détention de porte perfusion (72,7% contre 78,1%).

On trouve un brancard dans 13,4% des formations sanitaires. La totalité des EPS dispose d'un brancard ainsi que 72,2% des centres de santé enquêtés, mais seulement 7,9% de postes de santé. Il y'a quasiment quatre fois plus de structures sanitaires en milieu urbain qui possèdent un brancard que les formations sanitaires en milieu rural (23,8% contre 8,4%).

Un peu moins du quart (23,3%) des formations sanitaires enquêtées disposent d'un fauteuil roulant. Tous les EPS ainsi que 66,7% des centres de santé possèdent un fauteuil roulant. 34,5% des structures sanitaires en milieu urbain ont un fauteuil roulant contre 18% en milieu rural.

Tableau 6-15 : Dotation en matériel en petit matériel de base (j à s)

	Otoscope	Échelle d'acuité visuelle	Bouteille à oxygène	Ballon insufflateur	Incubateur	Potence (porte perfusion)	Brancard	Fauteuil roulant
KEDOUGOU	28,6	7,1	3,6	7,1	,0	78,6	14,3	17,9
SEDHIOU	11,4	18,2	11,4	13,6	2,3	81,8	13,6	25,0
TAMBACOUNDA	13,2	4,4	4,4	6,6	3,3	76,9	13,2	23,1
ZIGUINCHOR	20,2	17,2	3,0	19,2	8,1	72,7	13,1	24,2
rural	12,9	7,9	1,7	10,1	2,8	78,1	8,4	18,0
urbain	26,2	20,2	11,9	17,9	8,3	72,6	23,8	34,5
EPS	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Centre de santé	50,0	44,4	27,8	33,3	16,7	94,4	72,2	66,7
Poste de santé	13,7	8,3	2,1	10,0	2,5	74,7	7,9	19,1
Total	17,2	11,8	5,0	12,6	4,6	76,3	13,4	23,3

6.3.3.c Dotation en matériel en petit matériel de base (t à y)

Le tableau ci-dessous montre que 79,8% des structures sanitaires possèdent des instruments chirurgicaux pour les actes d'incision. Les formations sanitaires de la région de Sédhiou sont les plus dotées en la matière avec 84,1% d'entre elles qui disposent de ce type de matériel. La totalité des EPS ainsi que 83,3% des centres de santé disposent de ce petit matériel de chirurgie. Curieusement, le plus grand nombre de structures de santé qui disposent d'instruments chirurgicaux se trouve en milieu rural avec 82,6% contre 73,8% en milieu urbain.

19,1% des structures de santé disposent d'un espace de réhydratation par voie orale avec équipement. Dans la région de Tambacounda, 26,4% des formations sanitaires en sont équipées. Un seul des EPS sur trois a un espace de réhydratation par voie orale avec équipement contre 55,6% pour les centres de santé.

Moins de la moitié des formations sanitaires (44,7%) ont une sonde urinaire. La totalité des EPS en possèdent ainsi que 61,1% des centres de santé enquêtés. Selon la région, respectivement 57,1% et 56,8% des structures de santé des régions de Kédougou et de Sédhiou disposent de sonde urinaire.

La quasi-totalité des structures de santés enquêtées disposent de tables et lits d'examen (99,6%).

On constate que 84,7% des formations sanitaires disposent de solution antiseptique. Tous les EPS possèdent ce produit alors que 84,6% des postes de santés et 83,3% des centres de santé en disposent. 90,9% des structures de santé de la région de Sédhiou détiennent une solution antiseptique, contre seulement 75% à Kédougou.

40,8% des formations sanitaires enquêtées disposent d'un berceau et matelas pour nouveau-né. Cette proportion reste très variable selon les types de structures sanitaires, selon la région et la localisation de ces structures. Tous les EPS ainsi que 66,7% des centres de santé possèdent un berceau et matelas pour nouveau-né alors que seulement 38,2% des centres de santé en disposent. Selon les régions de Sédhiou Tambacounda et Ziguinchor ont entre 40 et 43% des formations sanitaires ayant cet équipement contre 35,7% dans la région de Kédougou.

Tableau 6-16 : Dotation en matériel en petit matériel de base (t à y)(%)

	Petits instruments chirurgicaux pour les actes d'incision, drainage, su	Espace de réhydratation par voie orale avec équipement (conteneur d'1 l)	Sonde urinaire	Table/lit d'examen	Solution antiseptique(solution de décontamination)	Berceau/Matelas pour nouveau-né
KEDOUGOU	82,1	21,4	57,1	100,0	75,0	35,7
SEDHIOU	84,1	18,2	56,8	100,0	90,9	43,2
TAMBACOUNDA	76,9	26,4	37,4	100,0	85,7	41,8
ZIGUINCHOR	79,8	12,1	42,4	99,0	83,8	40,4
rural	82,6	18,5	44,4	99,4	85,4	42,7
urbain	73,8	20,2	45,2	100,0	83,3	36,9
EPS	100,0	33,3	100,0	100,0	100,0	100,0
Centre de santé	83,3	55,6	61,1	100,0	83,3	66,7
Poste de santé	79,3	16,2	42,7	99,6	84,6	38,2
Total	79,8	19,1	44,7	99,6	84,7	40,8

6.3.4 Dotation en matériel de stérilisation

Moins du dixième des structures de santé enquêtées possèdent un autoclave électrique. Un seul EPS ainsi qu'un tiers des centres de santé disposent d'un autoclave électrique. C'est dans la région de Sédhiou que l'on trouve le plus grand nombre de structures de santé disposant de cet instrument avec respectivement 13,6% des structures, alors que seulement 6,6% des structures sanitaires de Tambacounda sont concernées. Selon le milieu de résidence, 14,3% des formations sanitaires du milieu urbain en sont dotées contre 6,7% de celles du milieu rural.

Très peu (4,6%) de formations sanitaires ont un autoclave non électrique. Dans la région de Tambacounda, 8,8% des structures de santé possèdent cet outil. Il n'y pas de différence significative entre les formations sanitaires selon de milieu.

Un peu moins du tiers (32,1%) des formations sanitaires possèdent un stérilisateur électrique à chaleur sèche. Tous les EPS ainsi que deux tiers des centres santé disposent d'un

stérilisateur électrique à chaleur sèche. 43,4% des formations sanitaires de la région de Ziguinchor possèdent un stérilisateur électrique à chaleur sèche. Plus de la moitié (52,4%) des structures de santé en milieu urbain ont un stérilisateur électrique à chaleur sèche contre 22,5% des formations sanitaires en milieu rural.

La bouilloire électrique n'existe que dans 2,7% des formations sanitaires enquêtées. On constate que 16,7% des centres de santé disposent d'une bouilloire électrique, équipement qui n'existe pas dans les EPS.

Environ le tiers des formations sanitaires disposent d'une marmite électrique avec couvercle. Le pourcentage des structures de santé qui possèdent une marmite électrique est de 44% pour la région de Tambacounda. 37,6% des structures de santé en milieu rurale possèdent une marmite électrique contre 21,4% des formations sanitaires urbaines.

Le tableau ci-dessous montre que 10,7% des structures de santé disposent d'une source de chaleur pour le matériel non électrique. Un des trois des EPS ainsi que 16,7% des centres de santés visités ont une source de chaleur pour leur matériel non électrique. 14,3% des formations sanitaires des régions de Tambacounda et Kédougou possèdent une source de chaleur pour leur matériel non électrique.

Nous constatons que 8,8% des structures de santé enquêtées disposent de bandes de contrôle du temps, de la vapeur et de la température. Environ le quart des centres de santé possèdent ces bandes de contrôle qui n'existent dans aucun EPS visité dans le cadre de l'étude. Deux fois plus de structures de santé en milieu urbain(14,3%) possèdent des bandes de contrôle du temps, de la vapeur et de la température comparé aux structures en milieu rural (6,2%).

Tableau 6-17 : Dotation en matériel de stérilisation ()

	Autoclave électrique (pression et chaleur humide)	Autoclave non électrique (pression et chaleur humide)	Stérilisateur électrique à chaleur sèche	Bouilloire électrique ou étuvoir (pas de pression)	Marmite (non électrique) avec couvercle	Source de chaleur pour matériel non électrique	Bandes de contrôle du temps, de la vapeur et de la température (TST) ou
KEDOUGOU	10,7	3,6	14,3	3,6	25,0	14,3	10,7
SEDHIOU	13,6	,0	34,1	,0	36,4	9,1	11,4
TAMBACOUNDA	6,6	8,8	24,2	5,5	44,0	14,3	4,4
ZIGUINCHOR	9,1	3,0	43,4	,0	22,2	7,1	11,1
rural	6,7	4,5	22,5	1,7	37,6	9,0	6,2
urbain	14,3	4,8	52,4	3,6	21,4	14,3	14,3
EPS	33,3	,0	100,0	,0	,0	33,3	,0
Centre de santé	33,3	5,6	66,7	16,7	11,1	16,7	22,2
Poste de santé	7,1	4,6	28,6	1,2	34,4	10,0	7,9
Total	9,2	4,6	32,1	2,3	32,4	10,7	8,8

6.3.5 Dotation en matériel de vaccination

Le tableau ci-après montre que 58% des structures de santé enquêtées possèdent un thermomètre à vaccins. 67,9% des formations sanitaires de la région de Kédougou en détiennent contre 53,5% à Ziguinchor. Aucun EPS ne dispose de cet outil alors respectivement 77,8% et 57,3% des centres et des postes de santé en sont dotés. La question sur le matériel de vaccination ne semble pas avoir été posée aux EPS.

86,6% des formations sanitaires visitées dans le cadre de l'étude FBR disposent d'une caisse isotherme ou d'une glacière porte-vaccins. Dans la région de Kédougou, elles sont 92,9 à posséder ce matériel de vaccination, contre 83,5% dans la région de Tambacounda. Comme précédemment, Respectivement 88% 83,3% des postes et centres de santé possèdent ce matériel.

Un peu plus du tiers (35,1) des structures de santé étudiées dispose de blocs réfrigérants. Respectivement 46,4 et 41,4% des formations sanitaires des régions de Kédougou et Ziguinchor en disposent, contre moins de 30% dans les autres régions.

Le tableau ci-dessous montre que 61,1% des structures de santé étudiées possèdent un réfrigérateur. Le plus grand nombre de structures disposant de réfrigérateurs se trouvent dans la région de Sédhiou avec 70,5% des structures sanitaires de la localité qui en ont. 77,8% des centres de santé possèdent un réfrigérateur alors contre 60,6% des postes de santé.

Tableau 6-18 : Dotation en matériel de vaccination ()

	Thermomètre à vaccins	Caisse isotherme/glacière porte-vaccins	Blocs réfrigérants	Réfrigérateur	Effectif
KEDOUGOU	67,9	92,9	46,4	64,3	28
SEDHIOU	63,6	90,9	27,3	70,5	44
TAMBACOUNDA	57,1	83,5	28,6	63,7	91
ZIGUINCHOR	53,5	85,9	41,4	53,5	99
rural	58,4	87,6	34,3	61,8	178
urbain	57,1	84,5	36,9	59,5	84
EPS	,0	,0	,0	,0	3
Centre de santé	77,8	83,3	50,0	77,8	18
Poste de santé	57,3	88,0	34,4	60,6	241
Total	58,0	86,6	35,1	61,1	262

6.3.6 Dotation en matériel de soins prénatals

La quasi-totalité des formations sanitaires enquêtées disposent d'une table ou d'un lit d'examen. Toutes les structures étudiées dans la région de Sédhiou possèdent une table ou un lit d'examen. Tous les EPS et les postes de santé dans l'échantillon ont une table ou un lit d'examen.

Les résultats montrent que 11,8% des structures de santé disposent d'un fœtoscope pour échographie. 13,2% des formations sanitaires de la région de Tambacounda ont ce matériel de soins prénatals. 21,4% des structures de santé en milieu urbain possèdent un foetoscope pour échographie contre 7,3% pour les pour les formations sanitaires en milieu rural.

Le tensiomètre pour soins prénatals a été recensé dans 94,7% des structures de santé étudiées. Tous les EPS dans l'échantillon disposent de tensiomètres. Il n'existe pas de différence significative entre les formations sanitaires en milieu rural et urbain en termes de possession de tensiomètre. Quant aux régions, c'est dans la région de Kédougou que l'on trouve plus de structures sanitaires en détention de ce matériel (96,4%) et dans celle de Sédhiou où on en trouve le moins, avec tout de même 90,9% des structures sanitaires.

Une grande majorité (92,4%) des formations sanitaires étudiées disposent d'un mètre-ruban pour les consultations prénatales. Toutes les structures de santé étudiées dans la région de Sédhiou

possèdent un mètre-ruban. Tous les EPS et les centres de santé dans l'échantillon disposent de mètre-ruban.

Le tableau ci-dessous montre que 92% des structures de santé possèdent un pèse-personne pour adulte. Les structures de santé qui possèdent ce matériel dans la région de Kédougou font 96,4 de l'échantillon pour cette région.

Tableau 6-19 : Dotation en matériel de soins prénatals ()

	Table/lit d'examen	Foetoscope pour échographie	Tensiomètre	Mètre-ruban	Pèse-personne pour adulte
KEDOUGOU	96,4	10,7	96,4	92,9	96,4
SEDHIOU	100,0	9,1	90,9	100,0	90,9
TAMBACOUNDA	97,8	13,2	95,6	93,4	87,9
ZIGUINCHOR	96,0	12,1	94,9	87,9	94,9
rural	97,8	7,3	95,5	91,6	93,3
urbain	96,4	21,4	92,9	94,0	89,3
EPS	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Centre de santé	100,0	61,1	94,4	100,0	88,9
Poste de santé	97,1	7,1	94,6	91,7	92,1
Total	97,3	11,8	94,7	92,4	92,0

6.3.7 Dotation en matériel d'accouchement

6.3.7.a Dotation en matériel d'accouchement (a à l)

Les résultats de l'enquête montrent que 92,4% des formations sanitaires possèdent une table ou un lit d'accouchement. Les structures sanitaires des régions de Sédhiou (97,7%), Kédougou (96,4%) et Tambacounda (95,6%) sont les mieux dotées en lits d'accouchement alors que celles de Ziguinchor sont moins nombreuses (85,9%) à en être dotées. 96,1% des structures sanitaires en milieu rural disposent de tables ou lits d'accouchement contre 84,5% des formations sanitaires en milieu urbain. Tous les EPS étudiés ainsi que tous les centres de santé de l'échantillon disposent d'une table ou d'un lit d'accouchement.

Plus de la moitié (58%) des formations sanitaires visitées disposent de partographes. La région de Sédhiou est de loin celle où les structures de santé possèdent le plus un partographe (72,7%). Dans les autres régions, ce pourcentage varie entre 54,5% et 57,1%. Tous les EPS étudiés ainsi que 77,8% des centres de santé ont un partographe. 60,7% des formations sanitaires urbaines possèdent un partographe contre 56,7% des structures de santé en milieu rural.

Un peu moins de la moitié (49,2%) des formations sanitaires possèdent une lampe d'accouchement. Cette moyenne n'est pas homogène entre les régions dans la mesure où à Sédhiou, 59,1% des structures de santé ont une lampe d'accouchement, contre 42,9% à Kédougou. Tous les EPS ainsi que 77,8% des centres de santé possèdent ce matériel médical.

60,7% des formations sanitaires étudiées possèdent une poire d'aspiration. C'est dans la région de Sédhiou que le pourcentage de structures sanitaires détenant cet appareil est plus important avec 86,4% du nombre total de structures de cette région. 88,9% des centres de santé ainsi que deux tiers des EPS disposent d'une poire d'aspiration. Selon le milieu de résidence, 62,9% des formations sanitaires rurales possèdent une poire d'aspiration contre 56% des structures de santé en milieu urbain.

Le tiers des formations sanitaires étudiées disposent de ballon insufflateur pour nouveau-né. La moitié des structures de santé de la région de Sédhiou possèdent ce matériel médical. On se rend compte que les structures en milieu rural sont plus dotées en ballon insufflateur que les formations sanitaires urbaines avec respectivement 35,4% et 31%. Tous les EPS visités disposent de ballon insufflateur pour nouveau-né ainsi que 68,8 des centres de santé.

61,8% des structures de santé possèdent des solutions intraveineuses. 70,5% des formations sanitaires de la région de Sédhiou disposent de ces solutions. Tous les EPS ainsi que 72,5% des centres de santé possèdent des solutions intraveineuses.

59,5% des formations sanitaires étudiées possèdent des aiguilles ou canules intraveineuses. 68,2% des structures de santé de la région de Sédhiou disposent d'aiguilles ou canules intraveineuses. Quant au milieu de résidence, les structures en milieu rural sont plus dotés en aiguilles ou canules intraveineuses que les formations sanitaires urbaines avec respectivement 64,6% et 48,8%. Tous les EPS ainsi que 72,2% des centres de santé disposent d'aiguilles ou canules intraveineuses.

La grande majorité (92,4%) des structures de santé étudiées disposent de ciseaux. Tous les EPS, tous les centres de santé ont des ciseaux, contre seulement 91,7% des postes de santé. Ce sont les formations sanitaires en milieu rural (94,9) qui sont les mieux lotis en ciseaux comparées aux structures de santé en milieu urbain (86,9).

Comme on peut le voir dans le tableau ci-dessous, 71% des structures de santé possèdent un clamp de cordon ombilical, bande ombilicale stérile ou fil de ligature. Tous les EPS ainsi que 83,3% des centres de santé disposent de ces instruments. Ce sont les structures sanitaires en milieu rural qui sont les mieux lotis pour ce type de matériel médical (74,2% contre 64,3% pour les structures du milieu urbain).

Tableau 6-20 : Dotation en matériel d'accouchement (a à l) ()

	Table/lit d'accouchement	Partographe	Lampe d'accouchement	Poire d'aspiration	Ballon insufflateur pour nouveau-né	Solutions intraveineuses, notamment sérum physiologique et Ringer lacta	Aiguilles ou canules intraveineuses	Ciseaux	Clamp de cordon ombilical, bande ombilicale stérile ou fil de ligature
KEDOUGOU	96,4	57,1	42,9	57,1	28,6	57,1	57,1	89,3	71,4
SEDHIOU	97,7	72,1	58,1	83,7	48,8	74,4	72,1	97,7	79,1
TAMBACOUNDA	95,5	56,8	46,6	45,5	21,6	62,5	60,2	96,6	70,5
ZIGUINCHOR	86,6	55,7	48,5	63,9	39,2	57,7	56,7	87,6	71,1
rural	96,0	58,0	46,0	62,6	35,1	64,9	64,9	94,8	75,3
urbain	85,4	61,0	54,9	54,9	30,5	56,1	51,2	87,8	65,9
EPS	100,0	100,0	100,0	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Centre de santé	100,0	81,2	87,5	87,5	68,8	75,0	81,3	100,0	87,5
Poste de santé	92,0	57,0	45,6	58,2	30,4	60,8	58,6	92,0	70,9
traitement	97,3	58,9	47,9	52,1	31,5	68,5	67,1	93,2	68,5
contrôle	94,6	60,8	47,3	58,1	27,0	60,8	60,8	97,3	75,7
ND	88,1	57,8	50,5	67,0	39,4	58,7	56,0	89,0	72,5
Total	92,6	59,0	48,8	60,2	33,6	62,1	60,5	92,6	72,3

6.3.7.b Dotation en matériel d'accouchement (n à y)

Treize pourcent des structures étudiées disposent de serviettes propres. Une seule des EPS sur trois possède des serviettes propres ainsi que 19,2% des formations sanitaires de la région de Ziguinchor. Curieusement 16,3% des structures de santé en milieu rural disposent des serviettes propres contre 6% pour les formations sanitaires urbaines.

55,7% des structures sanitaires étudiées disposent de gants stériles. Tous les EPS ainsi que 61,1% des centres de santé visités possèdent des gants stériles. C'est dans la région de Sédhiou que l'on observe le plus grand nombre de structures sanitaires en possession de gants stériles comparativement aux autres régions. Les structures sanitaires en milieu rural sont les mieux équipées en gants stériles avec 57,9% qui en ont contre 51,2% pour les formations sanitaires urbaines.

69,1% des structures sanitaires étudiées disposent de coton ou compresses stériles (pour nettoyer la bouche et le nez du bébé). Tous les EPS et 88,9% des centres de santé étudiés disposent de ces compresses stériles. Quant aux postes de santé, ils sont seulement 67,2% à en disposer. C'est en milieu rural que le nombre de structures sanitaires possédant du coton ou compresses stériles (pour nettoyer la bouche et le nez du bébé) est plus important avec 70,8%.

Un peu plus de la moitié (53,1%) des formations sanitaires possèdent un plateau stérile. Tous les EPS ainsi que 88,9% des centres de santé disposent d'un plateau stérile.

11,8% des formations sanitaires étudiées disposent d'un récipient en plastique contenant un sac en plastique pour jeter le placenta. Ce pourcentage est de 14,1% pour les structures de santé de la région de Ziguinchor. Un seul des EPS dispose de ce récipient.

39,3% des formations sanitaires disposent d'un récipient en plastique contenant un sac en plastique pour jeter les déchets. 44% des structures de santé dans la région de Tambacounda en possèdent de même que deux des 3 EPS dans l'échantillon total.

71,8% des structures de santé étudiées possèdent un stéthoscope pour adulte. 81,8% des structures de la région de Sédhiou possèdent cet instrument, contre 67,7% de celles de Ziguinchor. Tous les EPS visités ainsi que 83,3% des centres de santé disposent d'un stéthoscope pour adulte.

80,9% des formations sanitaires possèdent un stéthoscope fœtal de Pinard. Tous les EPS et 94,4% des centres de santé enquêtes en disposent. Selon la région, 88,6% des structures sanitaires de la région de Sédhiou disposent de stéthoscope fœtal de Pinard, contre 76,8% à Ziguinchor. 83,7% des structures sanitaires rurales possèdent un stéthoscope fœtal de Pinard contre 75% des formations sanitaires urbaines.

77,1% des structures de santé étudiées possèdent un tensiomètre pour le service d'accouchement. Suivant la région, les formations sanitaires de la région de Sédhiou sont les plus nombreuses (81,8%) à disposer un tensiomètre, contre moins de 77% dans les autres régions. Tous les EPS ainsi que 88,9% des centres de santé disposent de tensiomètre. Curieusement les structures sanitaires en milieu rurale sont mieux dotées (81,6%) que les structures urbaines (66,7%).

Tableau 6-21 : Dotation en matériel d'accouchement (n à y) ()

	Serviettes propres	Gants stériles	Coton ou compresses stériles (pour nettoyer la bouche et le nez du bébé	Plateau stérile	Récipient en plastique contenant un sac en plastique pour jeter le plac	Récipient en plastique contenant un sac en plastique pour jeter les déc	Stéthoscope pour adulte	Stéthoscope fœtal de Pinard	Tensiomètre
KEDOUGOU	10,7	50,0	53,6	42,9	3,6	39,3	78,6	82,1	75,0
SEDHIOU	4,5	77,3	93,2	63,6	11,4	36,4	81,8	88,6	81,8
TAMBACOUNDA	11,0	42,9	69,2	57,1	12,1	44,0	69,2	81,3	75,8
ZIGUINCHOR	19,2	59,6	62,6	47,5	14,1	36,4	67,7	76,8	76,8
rural	16,3	57,9	70,8	51,7	12,9	42,1	74,2	83,7	82,0
urbain	6,0	51,2	65,5	56,0	9,5	33,3	66,7	75,0	66,7
EPS	33,3	100,0	100,0	100,0	33,3	66,7	100,0	100,0	100,0
Centre de santé	5,6	61,1	88,9	88,9	5,6	50,0	83,3	94,4	88,9
Poste de santé	13,3	54,8	67,2	49,8	12,0	38,2	70,5	79,7	75,9
Total	13,0	55,7	69,1	53,1	11,8	39,3	71,8	80,9	77,1

6.3.7.c Dotation en matériel d'accouchement (z à an)

En moyenne, 87,8% des structures de santé possèdent un bassin de lit. 93,2% des formations sanitaires de la région de Sédhiou ont un bassin de lit. Tous les EPS et centres de santé possèdent un bassin de lit. 93,3% des structures de santé en milieu rural disposent de bassin de lit contre 76,2% des formations sanitaires urbaines.

Les résultats montrent que 29,8% des formations sanitaires enquêtées possèdent une cuvette en acier. Cette proportion est de respectivement 36,4% et 35,7% pour les régions de Sédhiou et de Kédougou. 72,2% des centres de santé et 66,7% des EPS ont une cuvette en acier.

Moins du tiers (32,1%) des formations sanitaires étudiées dispose de tablier de protection et alèse plastifiée. 39,3% des structures de santé de la région de Kédougou possèdent ce matériel sanitaire. Tous les EPS ainsi que 55,6% des centres de santé possèdent un Tablier de protection et alèse plastifiée.

Seules 4,6% des structures de santé disposent de deux serviettes stériles (une pour recevoir le bébé, une pour la gestion active). 6,8% des formations sanitaires de la région de Sédhiou en possèdent. Aucun EPS ne possède de deux serviettes stériles contre 11,1% des centres de santé qui en disposent.

84,4% des formations sanitaires étudiées ont un pèse-bébé. Cette proportion est de 90,9% pour la région de Sédhiou. Tous les EPS ainsi que tous les centres de santé visités disposent de pèse-bébé.

88,2% des structures de santé possèdent une pince. C'est dans les régions de Sédhiou et Kédougou que l'on retrouve le plus grand nombre de structures de santé possédant ce matériel avec 97,7%¨et 96,4% respectivement. Dans tous les EPS et centres de santé enquêtés la pince est disponible. Les structures sanitaires en milieu rural sont les mieux lotis en pince avec 92,1% d'entre elles qui en possèdent contre 79,8% pour le milieu urbain.

Les résultats montrent que 70,2% des formations sanitaires étudiées possèdent un spéculum vaginal. 79,5% des structures de santé de la région de Sédhiou possèdent ce matériel. Le spéculum vaginal est disponible dans tous les EPS et 94,4% centre de santé enquêtes.

40,1% des structures sanitaires possèdent un aspirateur médical manuel ou à pédale. Les structures sanitaires de la région de Ziguinchor restent les mieux équipées en aspirateur médical manuel ou à pédale avec 46,5% d'entre elles qui en disposent. Tous les EPS ainsi que 88,9% des centres de santé possèdent ce matériel. 42,9% des structures sanitaires en milieu urbain disposent de ce matériel contre 38,8% pour le milieu rural.

Tableau 6-22 : Dotation en matériel d'accouchement (z à an) ()

	Bassin de lit	Cuvette en acier	Tablier de protection et alèse plastifiée	Deux serviettes stériles (une pour recevoir le bébé, une pour la gesti	Pèse-bébé	Pince	Spéculum vaginal	Aspirateur médical manuel ou à pédale
KEDOUGOU	92,9	35,7	39,3	3,6	85,7	96,4	60,7	42,9
SEDHIOU	93,2	36,4	36,4	6,8	90,9	97,7	79,5	40,9
TAMBACOUNDA	87,9	33,0	33,0	2,2	79,1	89,0	63,7	31,9
ZIGUINCHOR	83,8	22,2	27,3	6,1	85,9	80,8	74,7	46,5
rural	93,3	29,8	32,0	5,6	87,1	92,1	72,5	38,8
urbain	76,2	29,8	32,1	2,4	78,6	79,8	65,5	42,9
EPS	100,0	66,7	100,0	,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Centre de santé	100,0	72,2	55,6	11,1	100,0	100,0	94,4	88,9
Poste de santé	86,7	26,1	29,5	4,1	83,0	87,1	68,0	35,7
Total	87,8	29,8	32,1	4,6	84,4	88,2	70,2	40,1

6.3.7.d Dotation en matériel d'accouchement (ao à ax)

Moins du quart (18,3%) des structures de santé enquêtées possèdent une pompe à vide. 24,2% des formations sanitaires de la région de Ziguinchor disposent d'une pompe à vide. Deux des EPS visités sur trois et une proportion identique des centres de santé en disposent. Les structures qui disposent de ce matériel sont plus nombreuses dans les zones urbaines avec 25% contre 15,2% pour les structures de santé en milieu rural.

Très peu (3,1%) de formations sanitaires possèdent un dilatateur utérin. Cependant, c'est dans la région de Kédougou que le nombre de formations sanitaires qui disposent de dilater urbain est un peu plus important avec 7,1% des structures qui en possèdent. Deux tiers des EPS ainsi que 11,1% des centres de santé ont un dilatateur utérin. Par contre moins de deux pourcent de poste de santé sont dotés de ce matériel.

5% des structures de santé possèdent une curette utérine. Plus d'un dixième des formations sanitaires de la région de Kédougou possèdent une curette utérine. Un tiers des EPS ainsi que 27,8% des centres de santé disposent de ce matériel d'accouchement, contre 2,9% de postes de

santé. 7,1% des structures de santé urbaines possèdent une curette utérine contre 3,9% pour les formations sanitaires étudiés en milieu rural.

12,2% des formations sanitaires disposent de ballon insufflateur pour adulte. C'est dans la région de Kédougou que l'on rencontre le plus grand nombre de structures de santé disposant de ballon insufflateur pour adulte avec 17,9%. Tous les EPS enquêtés possèdent ce matériel d'accouchement, contre environ 4 centres de santé sur 10 et un peu moins d'un poste de santé sur 10.

8,8% des structures de santé étudiées possèdent une canule de Guedel, pour nouveau-né, enfant et adulte. Ce matériel a été recensé dans 14,3% des formations sanitaires de la région de Kédougou. Deux tiers des EPS et le quart des centres de santé dispose d'une canule de Guedel nouveau-né, enfant et adulte. 10,7% des formations sanitaires en milieu urbain en possèdent contre 7,9% pour les structures sanitaires en milieu rural.

Un très faible pourcentage (1,5%) des structures de santé étudiées disposent de kit pour césariennes. Aucune structure de santé de Kédougou de Ziguinchor n'en dispose alors que 6,8% des formations sanitaire de Sédhiou en possèdent. 3,6% des structures de santé urbaines disposent de kit pour césariennes contre 0,6% des formations sanitaires en milieu rural. Un seul des EPS a déclaré disposer de ce type de matériel, contre 5,6% de centres de santé et moins de 1% de postes de santé.

30,2% des structures de santé étudiées disposent de kit d'accouchement. Cette proportion est de respectivement 50% et 56% pour les régions de Kédougou et de Sédhiou, contre respectivement 18,7% et 23,2% pour celles de Tambacounda et Ziguinchor. Les deux tiers des centres de santé enquêtées ainsi que le tiers des EPS possèdent un kit d'accouchement.

Les résultats montrent également que 14,9% des formations sanitaires possèdent un kit de réanimation pour nouveau-né. La 44,4% des centres de santé ainsi que un des EPS sur trois disposent de kit de réanimation pour nouveau-né. 22,7% des structures sanitaires de la région de Sédhiou ont un kit de réanimation pour nouveau-né.

Tableau 6-23 : Dotation en matériel d'accouchement (ao à ax) ()

	Pompe à vide	Dilatateur utérin	Curette utérine	Ballon insufflateur, pour adulte	Canule de Guedel, pour nouveau-né, enfant et adulte	Kit pour césariennes	Kit d'accouchement	Kit de réanimation du nouveau-né
KEDOUGOU	17,9	7,1	10,7	17,9	14,3	,0	50,0	7,1
SEDHIOU	18,2	4,5	6,8	13,6	9,1	6,8	56,8	22,7
TAMBACOUNDA	12,1	3,3	6,6	7,7	5,5	1,1	18,7	9,9
ZIGUINCHOR	24,2	1,0	1,0	14,1	10,1	,0	23,2	18,2
rural	15,2	1,7	3,9	11,8	7,9	,6	30,9	14,0
urbain	25,0	6,0	7,1	13,1	10,7	3,6	28,6	16,7
EPS	66,7	66,7	33,3	100,0	66,7	33,3	33,3	33,3
Centre de santé	66,7	11,1	27,8	38,9	22,2	5,6	66,7	44,4
Poste de santé	14,1	1,7	2,9	9,1	7,1	,8	27,4	12,4
Total	18,3	3,1	5,0	12,2	8,8	1,5	30,2	14,9

6.3.8 Disponibilité du matériel de transport des patients

Un tiers (33,6%) des structures sanitaires étudiées possèdent un véhicule. C'est dans les régions de Kédougou et Sédhiou que l'on trouve le plus grand nombre de formations sanitaires disposant d'un véhicule avec respectivement 42,9% et 40,9% des formations sanitaires en possèdent, contre 22,8% pour la région de Tambacounda. Tous les EPS ainsi que 95% des postes de santé disposent d'un véhicule. 40% des structures de santé urbaines possèdent un véhicule contre 31,1% formations sanitaires en milieu rural.

Tableau 6-24 : Disponibilité d'un véhicule ()

	%	Effectif
KEDOUGOU	42,9	28
SEDHIOU	40,9	44
TAMBACOUNDA	22,8	92
ZIGUINCHOR	37,6	101
Rural	31,1	190
Urbain	40,0	75
EPS	100,0	3
Centre de santé	95,0	20
Poste de santé	27,7	242
Total	33,6	265

6.3.9 Disponibilité de l'eau

En ce qui concerne la disponibilité de l'eau dans les structures sanitaires, on constate 44,2% des structures disposent de l'eau courante dans le bâtiment.

Les structures de santé de la région de Tambacounda sont les mieux équipées en termes de fourniture d'eau courante. En effet, 57,6% des structures sanitaires de la région de Tambacounda disposent d'eau courante en leur sein.

Il faut noter aussi que tous les EPS disposent d'eau courante et 75%. Cependant il existe une disparité de la disponibilité de l'eau selon le milieu, en effet l'eau courante est disponible dans 64% des structures sanitaires qui se trouvent dans le milieu urbain alors qu'en milieu rural cette disponibilité n'est que de 36,3%.

Si l'eau courante dans le bâtiment, constitue la situation idéale pour uns formation sanitaires, d'autre forme d'accès l'eau potable existe, c'est le cas de l'eau courante dans la cour (3,4%) des structures, du recours à une borne fontaine ou un robinet (12,1%) et les puits protégés (16,6%).

Les autres sources d'approvisionnement sont moins potables. Il s'agit des puits non protégés qui sont quand même utilisés par 17,7% de structures sanitaires dans l'ensemble. Dans certaines régions comme Sédhiou et Ziguinchor, plus de 20% des formations sanitaire y ont recours. Il en est de même en milieu rural.

Tableau 6-25: Disponibilité en eau

	Eau courante dans le bâtiment	Canalisation d'eau dans la cour/sur le terrain	3. Robinet public/borne-fontaine	Puits protégé	Puits non protégé	6. Source protégée	Eau de pluie	Autre, spécifier:
KEDOUGOU	17,9%	7,1%	32,1%	17,9%	7,1%	10,7%	0,0%	7,1%
SEDHIOU	36,4%	2,3%	4,5%	29,5%	27,3%	0,0%	0,0%	0,0%
TAMBACOUNDA	57,6%	4,3%	13,0%	8,7%	9,8%	2,2%	0,0%	4,3%
ZIGUINCHOR	42,6%	2,0%	8,9%	17,8%	23,8%	3,0%	1,0%	1,0%
rural	36,3%	4,2%	11,1%	17,4%	22,6%	4,2%	0,5%	3,7%
urbain	64,0%	1,3%	14,7%	14,7%	5,3%	0,0%	0,0%	0,0%
EPS	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Centre de santé	75,0%	5,0%	5,0%	5,0%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Poste de santé	40,9%	3,3%	12,8%	17,8%	18,6%	3,3%	0,4%	2,9%
Total	44,2%	3,4%	12,1%	16,6%	17,7%	3,0%	0,4%	2,6%

6.3.10 partage d'eau, pénurie et fréquence des pénuries d'eau

50,9% des formations sanitaires ne partagent pas l'eau. C'est dans les régions de Ziguinchor et Tambacounda que l'on trouve le plus grand nombre de formations sanitaires qui ont leur propre système d'adduction d'eau avec respectivement 55,4% et 56,5% des structures sanitaires qui ont leur autonomie en terme d'eau. La totalité des EPS et 55% des centres de santé ont leur propre système d'adduction en eau courante. 68% des structures de santé en milieu urbain ont leur autonomie en termes d'eau contre 44,2% des formations sanitaires en milieu rural.

17,4% des formations sanitaires ont connu des perturbations en termes de fournitures d'eau au cours des 7 derniers jours. Le tiers des établissements de la région de Kédougou ont eu des coupures d'eau les sept derniers jours. Aucun des EPS n'a connu des perturbations en termes de fournitures d'eau contre 45% des centres de santé qui ont été confrontés à ce problème. Le nombre moyen d'heures de coupure d'eau au cours des sept derniers jours est de 27 heures. Ce nombre est plus important dans les régions de Ziguinchor et Sédhiou avec respectivement 39 et 31,6 heures.

Tableau 6-26 : Partage de l'eau, absence de l'eau et nombre d'heures d'absence

	ÉTABLISSEMENT UNIQUEMENT	PARTAGÉE	Total/effectif		Au cours des 7 derniers jours, y a-t-il eu des moments où l'établissement		Au cours des 7 derniers jours, pendant combien d'heures l'établissement	
				effectf	%	effecitf	moyenne	effectif
KEDOUGOU	28,6%	71,4%	100,0%	28	35,7	28	18,6	10
SEDHIOU	43,2%	56,8%	100,0%	44	22,7	44	31,6	10
TAMBACOUNDA	56,5%	43,5%	100,0%	92	15,2	92	19,2	14
ZIGUINCHOR	55,4%	44,6%	100,0%	101	11,9	101	39,0	12
rural	44,2%	55,8%	100,0%	190	17,4	190	35,2	33
urbain	68,0%	32,0%	100,0%	75	17,3	75	6,1	13
EPS	50,9%	49,1%	100,0%	265	17,4	265	26,9	46
Centre de santé	100,0%	0,0%	100,0%	3	,0	3	.	0
Poste de santé	55,0%	45,0%	100,0%	20	45,0	20	5,6	9
KEDOUGOU	50,0%	50,0%	100,0%	242	15,3	242	32,1	37
Total	50,9%	49,1%	100,0%	265	17,4	265	26,9	46

6.3.11 Disponibilité de l'électricité

On peut dire que 47,9% des structures sanitaires sont raccordées au réseau électrique et que plus 61,4% des structures de la région de Ziguinchor sont branchées au réseau électrique. Selon le milieu de résidence, trois quarts des formations de santé du milieu urbain sont raccordées, contre 37,9% des structures du milieu rural. Tous les EPS sont raccordées au réseau électrique ainsi que la plupart des centres de santé (90%), contre seulement 43,8% des postes de santé. Une proportion similaire de ces derniers utilise plutôt l'énergie solaire. L'énergie solaire reste plus utilisée par les formations sanitaires de la région de Kédougou avec 67,9% des formations sanitaires qui fonctionnent au solaire.

Il convient de souligner que près de 7% des formations sanitaires n'ont pas de source d'énergie électrique.

Tableau 6-27 : source d'l'électricité

	Réseau électrique	Groupe électrogène	Énergie solaire	Pas de source d'électricité	Autre, préciser :	Total	
KEDOUGOU	21,4%	0,0%	67,9%	7,1%	3,6%	100,0%	28
SEDHIOU	47,7%	2,3%	45,5%	2,3%	2,3%	100,0%	44
TAMBACOUNDA	41,3%	7,6%	46,7%	3,3%	1,1%	100,0%	92
ZIGUINCHOR	61,4%	1,0%	23,8%	11,9%	2,0%	100,0%	101
rural	37,9%	4,2%	45,8%	9,5%	2,6%	100,0%	190
urbain	73,3%	1,3%	25,3%	0,0%	0,0%	100,0%	75
Total	47,9%	3,4%	40,0%	6,8%	1,9%	100,0%	265
EPS	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	3
Centre de santé	90,0%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	20
Poste de santé	43,8%	2,9%	43,8%	7,4%	2,1%	100,0%	242
traitement	36,8%	5,3%	55,3%	0,0%	2,6%	100,0%	76
contrôle	40,8%	3,9%	46,1%	7,9%	1,3%	100,0%	76
ND	60,2%	1,8%	25,7%	10,6%	1,8%	100,0%	113
Total	47,9%	3,4%	40,0%	6,8%	1,9%	100,0%	265

6.3.12 Fréquence d'absence de l'électricité au cours des 7 derniers jours

47,5% des structures sanitaires ont fait l'objet de coupure d'électricité au cours des 7 derniers jours. Il faut aussi noter que la région de Sédhiou est la région la plus frappée par les délestages avec près de 68,2%, alors que celle de Tambacounda est la moins frappée avec seulement 30,4% des coupures. Les centres de santé sont les plus touchés par les délestages avec 75% d'entre eux qui sont confrontés à cette difficulté, alors que les trois EPS en ont été épargnées.

Pour ceux ayant connu le délestage, celui-ci a duré en moyenne 36heures. Il faut noter que la région de Kédougou est la région où les coupures durent le plus longtemps avec une moyenne 53heures.

Tableau 6-28 : Fréquence de coupure d'électricité au sein des FOSA

	Au cours des 7 derniers jours, y a-t-il eu des coupures de courant ?	Effectif	Au cours des 7 derniers jours, pendant combien d'heures l'établissement	Effectif
KEDOUGOU	53.6	28	53	168
SEDHIOU	68.2	44	38	168
TAMBACOUNDA	30.4	92	37	140
ZIGUINCHOR	52.5	101	29	168
rural	46.3	190	38	168
urbain	50.7	75	30	140
EPS	.0	3	.	.
Centre de santé	75.0	20	19	133
Poste de santé	45.9	242	38	168
traitement	40.8	76	39	168
contrôle	42.1	76	41	168
ND	55.8	113	31	168
Total	47.5	265	36	168

6.3.13 Financement des FOSA

Pour près de six formations sanitaires sur dix (59,6%), la première source de financement est constitué des recettes générés par les structures elles-mêmes. Le ministère de la santé et ses services décentralisés ne viennent qu'en seconde position, n'ayant été cités que par 23% des formations sanitaires. La troisième source de financement citée sont les collectivités locales (10,2%), alors que les donateurs/ONG n'ont étés mentionnés que par 4,2% des structures. Deux EPS sur trois ont cités comme principale source leurs recettes et la dernière comme principale source le ministère de la santé. Les postes de santés sont également très nombreux (62%) à compter d'abord sur leurs recettes et seulement 20,2% à compter prioritairement sur le financement de l'Etat.

Le ministère de la santé est le premier bailleur pour le financement du système sanitaire sénégalais, il participe à hauteur de 22,8 pour le financement des programmes et projets sanitaires. Ainsi, plus de la moitié des centres de santé sont financés par l'Etat du Sénégal.

C'est la région de Kédougou qui bénéficie le plus du financement de l'Etat avec 28,6 des structures sanitaires de cette région qui ont des financements étatiques.

Il y'a plus de structures sanitaires en milieu urbain bénéficiant de financement de l'Etat comparé aux formations sanitaires en milieu rural.

A peu près 24 des structures sanitaires bénéficient des financements du ministère de la santé.

Même s'il y'a la décentralisation qui confère des transferts de compétences aux collectivités locales, les collectivités locales financent à hauteur de 9,9 les structures sanitaires. Cependant la région de Tambacounda est la région dont les formations sanitaires bénéficient le plus du financement provenant des collectivités locales avec 13 d'entre elles qui sont soutenues financièrement par les collectivités locales.

11,2 des structures sanitaires du milieu rural bénéficient du soutien des collectivités locales alors que seules 6,7 des formations sanitaires urbaines en bénéficient.

Il faut cependant noter que 4,2 des structures sanitaires sont financés par des ONG, il faut dire aussi que le financement des structures sanitaires par les organisations non gouvernementales est beaucoup plus tourné vers les centres de santé avec près de 5.

Notons que la région de KEDOUGOU est la région qui bénéficie le plus du financement des ONG avec 7,1.

Tableau 6-29 : Principale source de financement ()

	MINISTÈRE DE LA SANTÉ	RECETTES DE L'HOPITAL	ORGANISMES CONFESSIONNELS	COLLECTIVITES LOCALES	DONATEUR/ ONG	ASSURANCE MALADIE/MUTUELLES	Total	
KEDOUGOU	28,6%	50,0%	3,6%	10,7%	7,1%	0,0%	0,0%	100,0%
SEDHIOU	25,0%	56,8%	2,3%	6,8%	4,5%	0,0%	4,5%	100,0%
TAMBACOUNDA	21,7%	58,7%	0,0%	13,0%	4,3%	0,0%	2,2%	100,0%
ZIGUINCHOR	21,8%	64,4%	0,0%	8,9%	3,0%	1,0%	1,0%	100,0%
rural	20,0%	60,0%	1,1%	11,6%	5,3%	0,5%	1,6%	100,0%
urbain	30,7%	58,7%	0,0%	6,7%	1,3%	0,0%	2,7%	100,0%
EPS	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Centre de santé	55,0%	30,0%	0,0%	10,0%	5,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Poste de santé	20,2%	62,0%	0,8%	10,3%	4,1%	0,4%	2,1%	100,0%
traitement	17,1%	60,5%	1,3%	14,5%	5,3%	0,0%	1,3%	100,0%
contrôle	25,0%	56,6%	1,3%	9,2%	3,9%	0,0%	3,9%	100,0%
ND	25,7%	61,1%	0,0%	8,0%	3,5%	0,9%	0,9%	100,0%
Total	23,0%	59,6%	0,8%	10,2%	4,2%	0,4%	1,9%	100,0%

CONCLUSION

Ce chapitre a montré que l'écrasante majorité des formations sanitaires dans les quatre régions sont constituées de Postes de Santé (PS, 91%), et 7% de Centres de Santé (CS), chapeautés par trois Etablissements publics de Santé (EPS). La quasi-totalité des structures enquêtées disposent des services de vaccination et de soins prénataux (dans 97% des cas) et 93% disposent des services d'accouchement et de soins postnataux. Aussi bien pour les services pré que post-nataux, la totalité des EPS et des CS en sont dotés, alors qu'une certaine proportion (entre 7% et 4%) des PS en est dépourvue. Si les services de protection maternelle et infantile existent dans la plupart des structures, seule une faible proportion (19%) des formations sanitaires disposent de laboratoire d'analyses. Mais cette absence généralisée de laboratoires est surtout due au dénuement des PS car tous les EPS et environ 94% des CS en sont équipés, contre seulement 12% des PS. Or quand on sait que la distance entre un PS et son centre de référence (CS) est d'environ 31 km, on comprend que l'absence de laboratoire dans les PS peut constituer un handicap en cas d'urgence vitale. Les structures de santé sont aussi caractérisées par une carence en ressources humaines qualifiées, puisque 60% du personnel est constitué de matrones, agents de santé communautaires et autres personnels d'appui (gardiens, agents d'entretien, etc.). Une fois de plus, cette situation s'explique par la rareté du personnel qualifié dans les PS. Au niveau de l'équipement, les structures de santé disposent pratiquement toutes du petit équipement basique (tensiomètre, stéthoscope, thermomètre, etc.) mais peu dispose de matériel élaboré (otoscope, bouteille à oxygène, incubateur, etc.). Le matériel roulant, pourtant indispensable pour référer les cas compliqués, n'est disponible que dans 28% des PS, alors que quasiment tous les CS et EPS en sont équipés. L'accès à l'eau potable n'est pas l'apanage de toutes les structures, puisque 20%, essentiellement des PS, n'en disposent pas. Une proportion également non négligeable de structures (7%) n'a pas d'électricité.

CHAPITRE 7 RESSOURCES HUMAINES DES FORMATION SANITAIRE (FOSA) : STRUCTURE, ETAT DE CONNAISSANCES, CONDITIONS DE TRAVAIL, MOTIVATIONS ET BESOINS EN RENFORCEMENT DE CAPACITES

INTRODUCTION

Dans les structures sanitaires, avoir un personnel bien formé et motivé constitue la condition *sine qua none* pour un service de qualité. L'objectif principal de ce chapitre est d'analyser les caractéristiques des personnels de santé, ainsi que leurs conditions de travail. De façon précise, il est subdivisé en sept grandes sections. La première présente les caractéristiques sociodémographiques des personnes enquêtées: leur âge et sexe et leur département d'origine. La seconde s'intéresse au "capital humain" des formations sanitaires (FOSA). Il s'agit plus précisément de mesurer leur formation initiale, le point des différentes catégories professionnelles et l'expérience professionnelle. La troisième section poursuit cette analyse du capital humain en s'intéressant à la formation continue reçue par les agents de santé et en évaluation, à travers des questions et de scénarii précis, l'aptitude du personnel en à prendre en charge les enfants et les femmes enceintes dans des circonstances données. Il s'agit de la plus importante section de ce chapitre. La quatrième section décrit les conditions de travail mesurées par le temps de travail, le salaire et les avantages extra-salariaux. Quant à la section cinq, elle complète la section précédente en mesurant le niveau et les caractéristiques de l'activité secondaire quand elle existe. La section six est consacrée à la satisfaction dans le travail, aussi bien de façon globale que selon des dizaines de dimensions détaillées. La septième et dernière section concerne l'absentéisme mesuré par des visites à l'improviste dans les FOSA. Dans la mesure du possible, les analyses sont réalisées selon la catégorie professionnelle des agents de santé, leur sexe et selon les variables géographiques (régions et milieu de résidence).

7.1 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DU PERSONNEL FOSA

Dans le cadre cette étude, uniquement les membres du personnel soignant qualifié (médecin, infirmier, techniciens, sage-femme) ont fait l'objet d'un d'entretiens individuels. Tous les membres du personnel d'appui (aides-soignants, matrones, personnel d'entretien, etc.) ne sont donc pas intégrés dans la présente analyse. Avant de s'intéresser aux caractéristiques professionnelles et les conditions de travail du personnel exerçant dans les FOSA, il est important de présenter, de prime abord, leurs caractéristiques sociodémographiques, en particulier la répartition par sexe et par âge, ainsi que leur origine géographique.

7.1.1 Répartition par sexe du personnel FOSA

Selon le Tableau 7.1, les femmes sont légèrement moins représentées dans l'ensemble des formations sanitaires que les hommes (46,8% contre 53,2%). Cette répartition varie légèrement selon la région et le milieu de résidence et de façon plus importante selon la catégorie de personnel considérée. Ainsi, selon le milieu de résidence, 41,8% du personnel de santé est constitué de femmes en milieu rural, alors qu'elles en représentent 55,2% en milieu urbain. Quant à la région, le pourcentage de femmes varie de 42,9% à Kédougou à 49,6% à Ziguinchor.

Mais c'est surtout selon la catégorie de personnel que les inégalités de genre sont les plus importantes: seulement 12% des médecins sont des femmes, alors que celles-ci constituent 100% des sages femmes, dénotant ainsi l'absence d'infirmier accoucheur homme dans les centres de santé enquêtés.

Tableau 7-1 : répartition du personnel selon le sexe (%)

	Hommes	Femmes		Total
Kédougou	57,1%	42,9%	100,0%	49
Sédhiou	50,7%	49,3%	100,0%	71
Tambacounda	56,1%	43,9%	100,0%	132
Ziguinchor	50,4%	49,6%	100,0%	135
Rural	58,2%	41,8%	100,0%	244
Urbain	44,8%	55,2%	100,0%	143
Médecin	88,0%	12,0%	100,0%	25
Infirmier d'Etat/Technicien Supérieur	61,8%	38,2%	100,0%	102
Sage-Femme	0,0%	100,0%	100,0%	99
Infirmier Breveté/Auxiliaire Sage-Femme	75,2%	24,8%	100,0%	161
Poste de Santé	54,7%	45,3%	100,0%	322
Centre de Santé	44,6%	55,4%	100,0%	56
Etablissement Public de Santé	55,6%	44,4%	100,0%	9
Total	53,2%	46,8%	100,0%	387

7.1.2 Répartition par âge du personnel FOSA

La distribution par âge du personnel FOSA fait ressortir une forte concentration dans le groupe d'âge 30-39 ans, qui cumule 57,9% du personnel de santé. Les moins de 30 ans en constituent 20,7%, les 40-49 ans 12,4% et les plus 50 ans 9,0%. Quel que soit le milieu de résidence,

les 30-39 ans représentent toujours plus de 50% du personnel, même s'ils sont plus nombreux en milieu rural (59,8% contre 54,5% en milieu urbain). Selon la région, Sédhiou se démarque significativement avec 70,4% du personnel FOSA âgé entre 30 et 39 ans. Nous ne disposons pas d'éléments explicatifs à cette forte concentration dans cette tranche d'âge dans cette région.

Selon la catégorie du personnel, ce sont surtout les médecins qui sont en grande partie âgés entre 30-39 ans (76%). Dans les autres catégories, cette tranche d'âges concentre entre 52 ,9% et 58,6% des effectifs. Comparées aux autres catégories de personnes, les sages-femmes sont plutôt relativement jeunes, puisque 33,3% ont moins de 30 ans, alors que cette classe d'âge ne représente au maximum que 18% dans d'autres catégories.

Tableau 7-2 : Répartition du personnel selon le groupe d'âge (%)

	moins de 30	30-39	40-49	50 et plus	Total	
Kédougou	38,8%	51,0%	8,2%	2,0%	100,0%	49
Sédhiou	15,5%	70,4%	7,0%	7,0%	100,0%	71
Tambacounda	20,5%	57,6%	12,1%	9,8%	100,0%	132
Ziguinchor	17,0%	54,1%	17,0%	11,9%	100,0%	135
Rural	20,1%	59,8%	11,5%	8,6%	100,0%	244
Urbain	21,7%	54,5%	14,0%	9,8%	100,0%	143
Médecin	8,0%	76,0%	16,0%	0,0%	100,0%	25
Infirmier d'Etat/Technicien Supérieur	15,7%	52,9%	14,7%	16,7%	100,0%	102
Sage-femme	33,3%	58,6%	7,1%	1,0%	100,0%	99
Infirmier Breveté/Auxiliaire Sage-Femme	18,0%	57,8%	13,7%	10,6%	100,0%	161
Hommes	13,1%	59,7%	11,2%	16,0%	100,0%	206
Femmes	29,3%	55,8%	13,8%	1,1%	100,0%	181
Poste de Santé	20,8%	58,1%	11,8%	9,3%	100,0%	322
Centre de Santé	19,6%	58,9%	14,3%	7,1%	100,0%	56
Etablissement Public de Santé	22,2%	44,4%	22,2%	11,1%	100,0%	9
Total	20,7%	57,9%	12,4%	9,0%	100,0%	387

7.1.3 Réparation du personnel FOSA selon le lieu d'origine

Le personnel des FOSA a un très faible encrage local, puisque seulement 22,5% travaillent dans leur département de naissance. Parmi les régions, Ziguinchor se distingue de façon assez remarquable, avec 41,5% des enfants du cru. Dans les autres régions, cette proportion n'atteint

jamais 15%. Selon la catégorie de personnel, les médecins sont très peu nombreux à être originaires du département dans lequel se trouve leur FOSA (4,0%), alors que 32,3% des infirmiers brevetés autochtones.

Tableau 7-3 : proportion de personnel né dans le département où ils travaillent (%)

	Effectif non pondéré	%
Kédougou	49	14,3
Sédhiou	71	11,3
Tambacounda	132	12,1
Ziguinchor	135	41,5
Rural	244	25,4
Urbain	143	17,5
Médecin	25	4,0
Infirmier d'Etat/Technicien Supérieur	102	21,6
Sage-Femme	99	12,1
Infirmier Breveté/Auxiliaire sage-Femme	161	32,3
Hommes	206	25,2
Femmes	181	19,3
Poste de Santé	322	24,8
Centre de Santé	56	10,7
Etablissement Public de Santé	9	11,1
Total	387	22,5

En conclusion, la répartition par sexe montre une légère sur-représentativité des hommes dans l'ensemble (53%), mais il existe une forte polarisation selon les catégories: les médecins sont principalement des hommes (88%) et les sages-femmes exclusivement des femmes (100%). Le personnel des FOSA est en général jeune (plus de la moitié est âgée entre 30 et 39 ans, et un cinquième a moins de 20 ans), ce qui constitue un atout pour les centres de santé, mais aussi une contrainte en termes d'absence d'expérience. Enfin, le personnel des FOSA est en général né dans d'autres départements.

7.2 FORMATION INITIALE DU PERSONNEL, STATUT PROFESSIONNEL ET EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

L'objectif de cette section est d'évaluer le capital humain du personnel des FOSA, aussi bien en termes de formation reçue que de statut professionnel et d'expériences professionnelles. Il

s'agit là de caractéristiques éminemment importantes car c'est elles qui conditionnent, en grande partie, la qualité des soins prodigués aux malades.

7.2.1 Réparation du personnel FOSA selon le niveau d'études

Le personnel médical a plutôt un niveau d'étude élevé: 47,5% ont fait des études secondaires et 50,7% des études supérieures. Selon la région, le niveau d'études semble plus élevé à Sédhiou où 56,3% du personnel médical ont fait des études supérieures. Dans les autres régions, la proportion du personnel ayant ce niveau d'étude varie entre 51,1% Ziguinchor et 42,8% à Kédougou. Comme attendu, le personnel médical des FOSA urbaines sont plus nombreuses à avoir fait des études supérieures (57,4%) que celui des FOSA rurales (46,7%). Curieusement, les femmes sont plus nombreuses à avoir fait des études supérieures comparées aux hommes (55,3% contre 46,6%).

Bien évidemment le niveau d'instruction est fortement lié à la catégorie professionnelle: l'ensemble des médecins ont fait le supérieur, alors que la majorité des infirmiers breveté sont arrêtés au secondaire (65,2%). Entre ces deux extrêmes, les autres catégories professionnelles occupent des positions intermédiaires. Ainsi, 64,6% des sages-femmes ont fait des études supérieures, contre 56,8% des infirmiers d'Etat et techniciens supérieurs.

Tableau 7-4 : Niveau d'étude du personnel FOSA

	Primaire	Secondaire	supérieur	Autre	Total	Effectif
Kédougou	0,00%	57,10%	42,80%	0,00%	100,00%	49
Sédhiou	1,40%	42,30%	56,30%	0,00%	100,00%	71
Tambacounda	0,80%	47,00%	50,00%	2,30%	100,00%	132
Ziguinchor	1,50%	47,40%	51,10%	0,00%	100,00%	135
Rural	1,20%	52,00%	46,70%	0,00%	100,00%	244
Urbain	0,70%	39,90%	57,40%	2,10%	100,00%	143
Médecin	0,00%	0,00%	88,00%	12,00%	100,00%	25
Infirmier d'Etat/Technicien Supérieur	0,00%	43,10%	56,80%	0,00%	100,00%	102
Sage-Femme	0,00%	35,40%	64,60%	0,00%	100,00%	99
Infirmier Breveté/Auxiliaire sage-Femme	2,50%	65,20%	32,30%	0,00%	100,00%	161
Hommes	1,50%	50,50%	46,60%	1,50%	100,00%	206
Femmes	0,60%	44,20%	55,30%	0,00%	100,00%	181
Poste de Santé	0,90%	53,10%	46,00%	0,00%	100,00%	322
Centre de Santé	1,80%	21,40%	73,30%	3,60%	100,00%	56
Etablissement Public de Santé	0,00%	11,10%	77,80%	11,10%	100,00%	9
Total	1,00%	47,50%	50,70%	0,80%	100,00%	387

7.2.2 Réparation du personnel FOSA selon le statut professionnel

Comme nous l'avons déjà souligné en début de cette partie, seuls les membres du personnel ayant au moins le grade d'infirmier on fait l'objet de l'enquête individuelle. C'est donc cette catégorie d'agents que nous analysons ici.

Parmi les différents statuts professionnels (Médecin, infirmier d'Etat/Technicien supérieur, sage-femme, infirmier breveté/sage-femme auxiliaire,), les infirmiers brevetés sont les plus représentés (41,6%), suivis de loin par les infirmiers d'Etat et techniciens supérieurs (26,4%) et les sages-femmes (25,6%). Les médecins ne font que 6,5%.

Selon la région, la proportion des médecins varie de 5,2% à Ziguinchor à 7,6% à Tambacounda. Les médecins sont quasiment inexistants en milieu rural (1,2%), alors qu'ils comptent pour 15,4% du personnel en milieu urbain. Par contre les infirmiers brevetés et sages-femmes auxiliaires représentent jusqu'à 51,2% du personnel soignant en milieu rural contre 25,2% en milieu urbain. Les catégories professionnelles intermédiaires (infirmiers d'Etat, sage- femmes) ont des poids plus comparables en milieux urbain (respectivement 29,4% et 30,1%) et rural (respectivement 24,6% et 23,0%).

Tableau 7-5 : Répartition du personnel selon la catégorie professionnelle (%)

	médecin	infirmier d'Etat/Technicien supérieur	Sage-femme	infirmier breveté/auxiliaire Sage-femme	Total	
Kédougou	6,1%	30,6%	32,7%	30,6%	100,0%	49
Sédhiou	7,0%	19,7%	35,2%	38,0%	100,0%	71
Tambacounda	7,6%	25,8%	22,7%	43,9%	100,0%	132
Ziguinchor	5,2%	28,9%	20,7%	45,2%	100,0%	135
Hommes	10,7%	30,6%	0,0%	58,7%	100,0%	206
Femmes	1,7%	21,5%	54,7%	22,1%	100,0%	181
rural	1,2%	24,6%	23,0%	51,2%	100,0%	244
urbain	15,4%	29,4%	30,1%	25,2%	100,0%	143
Poste de Santé	0,6%	27,3%	23,6%	48,4%	100,0%	322
Centre de Santé	30,4%	25,0%	35,7%	8,9%	100,0%	56
Etablissement Public de Santé	66,7%	0,0%	33,3%	0,0%	100,0%	9
Total	6,5%	26,4%	25,6%	41,6%	100,0%	387

7.2.3 Réparation du personnel FOSA selon l'expérience professionnelle générale et l'expérience spécifique dans la structure

Un des facteurs déterminants dans la pratique professionnelle est l'expérience professionnelle. Dans cette enquête, on a collecté l'information sur deux types d'expérience professionnelle: l'expérience professionnelle dans le métier et l'expérience spécifique dans le centre de santé.

En moyenne, les personnels des centres de santé ont une expérience de 7 années dans le métier. Mais cette moyenne varie selon les caractéristiques considérées. Ainsi, selon la région, elle est de 5 années à Kédougou et 6 années à Sédhiou mais s'élève à 7 et 9 ans respectivement à Tambacounda et Ziguinchor. Le personnel du milieu rural est doté du même nombre d'années d'expérience professionnelle que celui du milieu urbain. Selon la catégorie professionnelle, les médecins et les sages- femmes ont le moins d'expérience dans le métier: 5 et 4 ans respectivement, alors que infirmiers d'Etat/techniciens et infirmiers brevetés/sages-femmes auxiliaires sont dotés de 9 années d'expérience. Les hommes sont en général de quatre ans plus expérimentés que les femmes.

Si l'expérience professionnelle totale est en moyenne de 8 ans pour l'ensemble des FOSA, l'ancienneté dans la structure de santé au moment de l'enquête n'est que de 4 ans, ce qui laisse suggérer que la structure de santé actuelle est rarement le premier poste. En général l'expérience spécifique dans la FOSA varie dans le même sens que l'expérience totale quelle que soit la caractéristique considérée, avec bien évidemment des niveaux plus faibles.

Tableau 7-6 : Expérience professionnelle totale et ancienneté dans l'établissement

		expérience professionnelle totale	**Ancienneté dans l'établissement**
	Effectif non pondéré	Moyenne	Moyenne
Kédougou	49	5	2
Sédhiou	71	6	2
Tambacounda	132	7	4
Ziguinchor	135	9	4
Rural	244	7	4
Urbain	143	7	4
Médecin	25	5	2
Infirmier d'Etat/Technicien Supérieur	102	9	5
Sage-Femme	99	4	2
Infirmier Breveté/Auxiliaire sage-Femme	161	9	4
Hommes	206	9	5
Femmes	181	5	3
Poste de Santé	322	7	4
Centre de Santé	56	6	4
Etablissement Public de Santé	9	8	7
Total	387	7	4

7.2.4 Réparation du personnel FOSA selon les activités assurées au cours des trois derniers mois

Il a été demandé à chacun des membres du personnel interrogé les services qu'ils avaient assurés au cours des trois derniers mois, avec une liste de près de 20 activités médicales qu'une structure de santé peut, en théorie, assurer. Il s'agit des activités suivantes: Supervision d'agents de santé communautaires; Supervision d'accoucheuses traditionnelles; Consultation pédiatrique; Consultation adultes; Consultation de planification familiale; Consultation prénatale; Consultation postnatale; Accouchement en milieu médical; Accouchement à domicile; Diagnostic/traitement de la tuberculose; Vaccinations; Suivi de la croissance / conseils nutritionnels; Traitement du paludisme; Formation d'agents de santé communautaires; Formation d'accoucheuses traditionnelles; Prise en charge de handicaps et de maladies chroniques; Traitement de troubles mentaux; Conseil et dépistage du VIH/sida ; Traitement du VIH/sida (traitement antirétroviral,); Circoncision.

Bien évidemment, les activités de consultation pédiatrique (87,6%) de consultation prénatale (81,7%), postnatale (79,1%) et de vaccination (80,9%) font partie des activités fréquemment cités, même si l'activité la plus courante reste la consultation des adultes (96,6%). Curieusement les activités de planification familiale sont loin d'être négligeables (près de 80% du personnel y consacre du temps) alors même que l'enquête ménage montre que peu de femmes utilisent une méthode contraceptive (environ 13% uniquement). Les activités les moins citées sont toutes celles qui ont trait aux accoucheuses traditionnelles (13% du personnel médical a déclaré les avoir supervisés et 6,7% les avoir formés) et à l'accouchement à domicile (4,4%). Le tableau 7-7 donne uniquement une vue synthétique des activités assurées par le personnel. Pour avoir le détail selon les différentes caractéristiques géographiques, socio-démographiques et le type de centre de santé, l'on pourra se référer au tableau A7-1 en annexe.

Tableau 7-7 : Réparation du personnel FOSA selon les activités assurées au cours des trois derniers mois

Activité	Pourcentage	Activité	pourcentage
Consultation adultes	96,6	Supervision d'agents de santé communautaires	72,4
Conseil et dépistage du VIH/sida	93	Formation d'agents de santé communautaires	60,2
Consultation pédiatrique	87,6	Diagnostic/traitement de la tuberculose	51,7
Suivi de la croissance / conseils nutritionnels	83,7	Prise en charge de handicaps et de maladies chroniques	43,4
Consultation prénatale	81,7	Traitement du VIH/sida (traitement antirétroviral, ART)	38,5
Traitement du paludisme	81,7	Circoncision	31
Vaccinations	80,9	Autre, spécifier:	14,8
Consultation de planification familiale	79,6	Traitement de troubles mentaux	13,4
Consultation postnatale	79,1	Supervision d'accoucheuses traditionnelles	12,9
Accouchement en milieu médical	77,8	Formation d'accoucheuses traditionnelles	6,7
		Accouchement à domicile	4,4

En conclusion, le personnel des FOSA a plutôt un niveau d'études correct (la moitié a fait le secondaire, et l'autre moitié le supérieur, bien évidemment, ce niveau varie suivant la catégorie professionnelle, avec par exemple l'ensemble des médecins qui a fait l'enseignement supérieur et les infirmiers brevetés dont seul un tiers a fait des études supérieures. L'expérience dans le métier s'élève à 8 ans en moyenne mais est plus faible chez les médecins et les sages-femmes (5 et 4 ans respectivement) et plus élevée dans les autres catégories (9 ans en moyenne). L'ancienneté dans la structure de santé enquêtée est moitié moins importante que l'expérience professionnelle totale. Les activités pédiatriques et de consultation des adultes sont les activités les plus courantes.

7.3 FORMATION CONTINUE ET EVALUATION CONNAISSANCES DES PERSONNELS DE SANTE

Afin d'exercer en toute sécurité leur métier, le personnel FOSA devrait disposer des connaissances à jour sur les différentes facettes de leur métier. Il s'agit, dans cette partie d'inventorier les formations dont les membres du personnel ont déjà eu à bénéficier mais aussi d'évaluer leurs connaissances sur la prise en charge de cas bien déterminés.

7.3.1 Formation continue reçue par le personnel à un moment quelconque

La formation continue dans les domaines suivants a été enregistrée: prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME); Paludisme; Diagnostic et traitement de la tuberculose; Santé procréative / planification familiale; Soins prénatals; Travail et accouchement; Soins obstétricaux et néonatals d'urgence; Soins néonatals; Soins postnatals / post-partum; Allaitement maternel, y compris allaitement écologique; Santé mentale; Nutrition et suivi de ;la croissance; Conseil et dépistage du VIH/sida; Traitement et suivi du VIH/sida (traitement antirétroviral, ARV); Prévention de la transmission du VIH/sida de la mère à l'enfant (PTME); Prise en charge des maladies sexuellement transmissibles (MST); Vaccination; Soins curatifs de l'adulte; Gestion et administration; Santé communautaire / interventions sur le terrain. La question était subdivisée en formation il y a moins d'un an et en formation il y a plus d'un an. Dans le cadre de cette étude descriptive, nous avons regroupé les deux modalités, l'essentiel étant d'avoir reçu une formation quel qu'en soit le moment.

Dans la plupart des domaines, plus de la moitié du personnel a déjà reçu une formation sauf en ce qui concerne, la santé mentale (9,3%), les soins curatifs pour les adultes (26,1%) la gestion/administration (30,2%) et la santé communautaire (24%). Les domaines plus souvent cités

comme ayant fait l'objet d'une formation sont: paludisme (83,5%), dépistage du VIH (76,7%); nutrition et suivi de croissance (76%), prévention de transmission du SIDA de la mère à l'enfant (72,9%), la vaccination (73,6%); planification familiale/santé de la reproduction (72,4%). Pour avoir le détail selon les différentes caractéristiques géographiques, sociodémographiques et le type de centre de santé, l'on pourra se référer au tableau A7-2 en annexe.

Tableau 7-8 : Formation continue reçue par le personnel

Formation	pourcentage	Formation	pourcentage
Paludisme	83,5	Diagnostic et traitement de la tuberculose	53,5
Conseil et dépistage du VIH/sida	76,7	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)	52,7
Nutrition et suivi de la croissance	76	Soins postnatals / post-partum	52,5
Vaccination	73,6	Travail et accouchement	52,2
Prévention de la transmission du VIH/sida de la mère à l'enfant (PTME)	72,9	Prise en charge des maladies sexuellement transmissibles (MST)	51,9
Santé de la reproduction (SR) / planification familiale	72,4	Allaitement maternel, y compris allaitement écologique	45,7
Soins néonatals	68,7	Gestion et administration	30,2
Soins prénatals	68	Soins curatifs de l'adulte	26,1
Traitement et suivi du VIH/sida (traitement antirétroviral, ARV)	60,2	Santé communautaire / interventions sur le terrain	24
Soins obstétricaux et néonatals d'urgence	56,6	Santé mentale	9,3

7.3.2 Besoin en formation continue exprimé par le personnel

Etant donné qu'en général le personnel a déclaré dans une très large majorité avoir bénéficié d'une formation dans différents domaines, rares sont les besoins exprimés de façon massive. Ainsi, le domaine où le plus grand nombre de personnes souhaiteraient bénéficier d'une formation, en l'occurrence la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), plafonne à 30,5%. Il est suivi par les besoins dans le domaine de la gestion administrative (27,4%) et des Soins obstétricaux et néonatals d'urgence (23,3%). Les domaines les moins cités concernent le traitement du paludisme, la nutrition et le suivi de la croissance et la vaccination. En général, ces domaines ont été mentionnés par moins de 10% du personnel. Il convient de relever l'importance de la modalité « autre » qui regroupe un ensemble de domaines hétéroclites et a été cité par 50% des enquêtés.

Une ventilation détaillée des besoins en formation selon les caractéristiques sociodémographiques du personnel est disponible au tableau A7-3 en annexe.

Tableau 7-9: Besoin en formation continue exprimé par le personnel

Activité	pourcentage	activité	pourcentage
Autre	50,4	TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT	18,1
Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (pcime)	30,5	Traitement et suivi du vih/sida (traitement antirétroviral, arv)	16
Gestion et administration	27,4	Santé procréative / planification familiale	15,8
Soins obstétricaux et néonatals d'urgence	23,3	Prévention de la transmission du vih/sida de la mère à l'enfant (ptme)	14,5
Santé communautaire / interventions sur le terrain	21,2	Soins prénatals	13,7
Diagnostic et traitement de la tuberculose	19,6	Allaitement maternel, y compris allaitement écologique	13,7
Soins postnatals / post-partum	19,6	Conseil et dépistage du vih/sida	10,9
Soins curatifs de l'adulte	19,6	Soins néonatals	10,1
Santé mentale	19,4	Nutrition et suivi de la croissance	8,3
[02,03_p] PRISE EN CHARGE DES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (MST)	18,9	PALUDISME	8
		VACCINATION	7,8

7.3.3 Evaluation des connaissances objectives du personnel en matière de vaccination des enfants.

Afin de mesurer objectivement les aptitudes du personnel soignant, il leur a été demandé d'indiquer les âges auxquels les enfants pouvaient recevoir les principaux vaccins: BCG ; Première injection du DCT; Première injection du vaccin contre l'hépatite B; Première injection du vaccin antirougeoleux. Normalement le BCG s'administre à la naissance, la première injection du DTC à environ 6 Semaines, soit un mois et demi; idem pour la première injection du vaccin contre l'hépatite B, alors que le vaccin anti-rougeoleux s'administre à 9 mois..

Si près de 80% du personnel interrogé a indiqué le bon âge (à savoir 0 mois) auquel le BCG devait être administré, une proportion non négligeable (20%) ne connait pas la date précise. Encore plus grave, 14% pense qu'il faut administrer le vaccin à 3 mois. Selon la catégorie de personnel, les

médecins sont plus nombreux (87,5%) à savoir qu'il faut administrer le BCG avant un mois, suivi des sages-femmes (83%) et des infirmiers breveté (80,5%). Curieusement, les infirmiers d'Etat sont ceux ayant le plus faible taux de bonne réponse (72,5%).

En ce qui concerne la première injection du DCT, 93,1% du personnel interrogé ont donné la bonne réponse, à savoir qu'il fallait l'administrer au environ d'un mois et demi (mais à cause des imprécisions dans les dates nous avons pris entre un et 2 mois). L'ensemble des médecins ont donné la bonne réponse, ainsi que près de 96% des infirmiers d'Etat et 94% des infirmiers brevetés. Seulement 86,7% des sages-femmes connaissent à peu près la date de la première injection du DCT.

Quant à l'âge du vaccin contre l'Hépatite B (HepB), seulement 62,3% des personnes interrogées savent qu'il s'administre à environ un mois et demi, et 30% pensent qu'il peut s'administrer à la naissance ou au cours du premier mois. Les médecins (83,3%) ont une meilleure connaissance du calendrier de ce vaccin, loin devant d'autres catégories de personnel. En effet, les sages- femmes, qui viennent en seconde position, ne sont que 72,5% à connaître la date approximative du (HepB). Les infirmiers d'Etat et Brevetés ferment la marche avec respectivement 57,8% et 55,5% de bonnes réponses.

Le personnel médical a une bonne connaissance de l'âge d'administration du vaccin contre la rougeole puisque 92,6% ont indiqué qu'il était administré à 9 mois. L'ensemble des médecins ont indiqué la bonne réponse alors que seulement 90% des sages-femmes et autant d'infirmiers d'Etat l'ont fait. Curieusement, avec près de 95% de bonnes réponses, les infirmiers brevetés occupent le second rang en terme de connaissance du calendrier du vaccin contre la rougeole.

Tableau 7-10a : Connaissance par le personnel de l'âge approprié pour les différents vaccins (%)

	connait âge BCG	Connait âge DCT	connais âge hépatite	connait age rouge	Effectifs
Kédougou	79,20	93,80	68,80	97,90	48
Sédhiou	78,90	93,00	69,00	95,80	71
Tambacounda	81,60	92,80	58,40	86,40	125
Ziguinchor	77,80	93,30	60,00	94,80	135
Rural	75,30	95,00	61,10	92,50	239
Urbain	86,40	90,00	64,30	92,90	140
Médecin	87,50	100,00	83,30	100,00	24
Infirmier d'Etat/Technicien Supérieur	72,50	96,10	57,80	90,20	102
Sage-Femme	82,70	86,70	72,50	89,80	98
Infirmier Breveté/Auxiliaire sage-Femme	80,60	94,20	55,50	94,80	155
Hommes	76,50	95,00	60,50	95,00	200
Femmes	82,70	91,00	64,20	89,90	179
Poste de Santé	77,50	94,00	61,70	93,00	316
Centre de Santé	88,90	88,90	63,00	88,90	54
Etablissement Public de Santé	88,90	88,90	77,80	100,00	9
Total	79,40	93,10	62,30	92,60	379

Il a aussi été demandé au personnel médical si un enfant, présentant le scénario suivant, pouvait être vacciné: "*Imaginons qu'une mère amène son bébé de 9 mois pour le faire vacciner. Vous constatez que l'enfant a de la fièvre, la gorge rouge et le nez qui coule, mais pas d'autres signes de maladie. Allez-vous le vacciner ?"*

Dans ces circonstances, près de 78% des individus ont répondu par la négative, alors que l'enfant devrait être vacciné. Cela montre donc une très faible maîtrise des situations atypiques par le personnel soignant. Curieusement, ce sont les médecins (83,3%) et les sages-femmes (84,7%) qui se sont le plus trompés sur cette question.

Selon la région, on note qu'à Sédhiou, seulement 8,5% du personnel soignant sait qu'il faut malgré tout vacciner le bébé, alors que cette proportion est de 31,1% à Ziguinchor et 21,6 et 16,7 respectivement à Tambacounda et Kédougou. Le personnel exerçant un milieu rural est légèrement mieux informés (22,6%) que celui exerçant en milieu urbain (20,7%). Quant au genre, les hommes ont légèrement une bonne connaissance (23,5) que les femmes (20,1).

Tableau 7-11b : ***Vaccination d'un enfant qui a de la fièvre, la gorge rouge et le nez qui coule, mais pas d'autres signes de maladie. Allez-vous le vacciner ?***

	NON	OUI	Total	
Kédougou	83,3%	16,7%	100,0%	48
Sédhiou	91,5%	8,5%	100,0%	71
Tambacounda	78,4%	21,6%	100,0%	125
Ziguinchor	68,9%	31,1%	100,0%	135
Rural	77,4%	22,6%	100,0%	239
Urbain	79,3%	20,7%	100,0%	140
Médecin	83,3%	16,7%	100,0%	24
Infirmier d'Etat/Technicien Supérieur	75,5%	24,5%	100,0%	102
Sage-Femme	84,7%	15,3%	100,0%	98
Infirmier Breveté/Auxiliaire sage-Femme	74,8%	25,2%	100,0%	155
Hommes	76,5%	23,5%	100,0%	200
Femmes	79,9%	20,1%	100,0%	179
Poste de Santé	76,6%	23,4%	100,0%	316
Centre de Santé	87,0%	13,0%	100,0%	54
Etablissement Public de Santé	77,8%	22,2%	100,0%	9
Total	78,1%	21,9%	100,0%	379

7.3.4 Evaluation des connaissances en matière de soins pour un enfant de 25 mois léthargique, fiévreux, faisant la diarrhée et au nez chargé.

Le cas imaginaire suivant a été soumis l'appréciation du personnel de santé:

"Une petite fille de 25 mois, pesant 10,5 kg, est amenée en consultation car elle dort depuis le matin et est très difficile à réveiller. Elle n'a rien mangé ni bu depuis la veille. Lorsqu'on l'interroge, la mère dit que sa fille n'a pas vomi et n'a pas eu de convulsions, mais qu'elle a de la diarrhée depuis environ 6 jours. Elle a aussi de la fièvre depuis 3 jours et le nez qui coule. L'agent de santé a examiné l'enfant et confirmé qu'elle était léthargique. L'agent de santé lui a aussi fait un pincement de peau, et la peau est revenue très lentement. Aucun autre signe clinique anormal n'a été décelé. La famille vit dans une zone à faible risque paludéen, et n'a pas voyagé récemment. Il n'y a pas de choléra ni d'Ebola actuellement dans la région."

"À supposer que tous les médicaments nécessaires soient en stock dans l'établissement et qu'il existe un hôpital à moins d'une heure de route où les patients peuvent être envoyés, quelles sont TOUTES les mesures que vous prendriez pour dispenser à cet enfant les soins les plus appropriés ?".

La personne interrogée devait alors citer toutes les actions appropriées qu'elle prendrait pour cet enfant. Mais en réalité seulement 3 actions étaient justes:

- recommander d'envoyer l'enfant d'urgence à l'hôpital ;
- administrer du ringer lactate ou du sérum physiologique en intraveineuse ;
- administrer du liquide par sonde naso-gastrique

Il s'agit donc ici de voir dans quelles proportions ces différentes actions justes ont été mentionnées par les membres du personnel de santé interrogés (le cas n'a été soumis qu'à l'appréciation des médecins, infirmiers d'Etat et breveté). En ce qui concerne le fait de référer l'enfant à l'hôpital, seulement 56,1% des personnes interrogées ont cité cette action, dont 61,1% d'infirmier brevetés et 57,8% des infirmiers d'Etat. Curieusement, seulement 10% des médecins ont indiqué cette réponse. Kédougou est la région où cette action est la moins citée (46,9%), contre au moins 8 à 13 points de pourcentage plus élevés dans les trois autres régions. On note également que les personnels des centres de santé du milieu rural font davantage allusion au fait de référer dans un hôpital que ceux du milieu urbain (61,5% contre 45,7%).

Quant à la seconde action, à savoir l'administration du RINGER lactate ou du sérum physiologique en intraveineuse, elle a été mentionnée par 59,8% des personnes interrogées. Quatre cinquième (80%) des médecins l'ont mentionné, contre 60,8% des infirmiers d'Etat et 56,4% des infirmiers brevetés. Selon la région, c'est à Tambacounda qu'on compte le moins de personnes ayant préconisé cette solution (51,7%), alors que dans les autres régions, cette proportion se situe entre 60 et 66%. Les personnels de santé du milieu rural sont légèrement plus nombreux à citer cette réponse (60,9%) que ceux du milieu urbain (57,6%).

Très peu de personnel soignant semble être au courant de la troisième possibilité, i.e. "administrer du liquide par sonde naso-gastrique" puisque seulement 4,4% des personnes interrogées ont évoqué cette possibilité. Les médecins sont relativement les plus nombreux (15,0%) à l'avoir évoqué alors que partout ailleurs, cette option concerne moins de 10% des personnes interrogées.

Tableau 7-12 : Evaluation des connaissances en matière de soins pour un enfant de 25 mois léthargique, fiévreux, faisant la diarrhée et au Nez chargé (a à g) (%)

	Recommande d'envoyer l'enfant d'urgence à l'hôpital	Administre du Ringer lactate ou du sérum physiologique en intraveineuse	Administre du liquide par sonde naso-gastrique	
Kédougou	46.9	65.6	3.1	32
Sédhiou	55.6	60.0	.0	45
Tambacounda	55.1	51.7	6.7	89
Ziguinchor	60.0	64.8	4.8	105
Rural	61.5	60.9	5.0	179
Urbain	45.7	57.6	3.3	92
Médecin	10.0	80.0	15.0	20
Infirmier d'Etat/Technicien Supérieur	57.8	60.8	3.9	102
Sage-Femme	.	.	.	0
Infirmier Breveté/Auxiliaire sage-Femme	61.1	56.4	3.4	149
Hommes	57.0	61.1	4.1	193
Femmes	53.8	56.4	5.1	78
Poste de Santé	61.1	58.5	3.8	234
Centre de Santé	26.5	64.7	5.9	34
Etablissement Public de Santé	.0	100.0	33.3	3
Total	56.1	59.8	4.4	271

7.3.5 Evaluation des connaissances en matière de soins pour un enfant de 29 mois fiévreux, avec écoulement d'oreille, et à jour de ses vaccins vivant dans une zone non paludéen.

Dans cette partie, il s'agit d'"*un père amène son fils de 29 mois car il a de la fièvre depuis environ 3 jours et un écoulement d'oreille depuis la semaine précédente. L'enfant n'a pas d'autres symptômes et vit dans une région à faible risque paludéen. L'agent de santé a constaté que l'enfant avait 38,2°C de température, et noté un écoulement de l'oreille droite. L'agent de santé a aussi observé que l'enfant avait la nuque raide et une zone molle au-dessus de l'oreille droite. L'enfant est de poids normal et à jour de ses vaccins. Il n'y a pas d'autres signes cliniques anormaux*".

"En supposant que tous les médicaments nécessaires sont en stock dans l'établissement de santé, et qu'un hôpital de référence se trouve à une heure d'ici, quelles sont les actions que vous mèneriez et/ou prescriptions que vous donneriez afin de fournir le traitement le plus approprié à cet enfant?"

Comme précédemment, la personne interrogée devrait citer tout ce qui lui semble être une action appropriée, sachant que les actions justes sont les suivantes:

- envoie d'urgence à l'hôpital ;
- fait une piqûre d'antibiotique ;
- prescrit un antibiotique injectable pour 5 jours ;
- donne une dose de paracétamol.

Il s'agit donc ici d'analyser le taux de bonnes réponses et sa variation selon les variables géographiques et sociodémographiques.

Environ 6 agents de santé sur dix (55,4%) ont préconisé l'envoi d'urgence à l'hôpital. soit quasiment le même taux que dans le cas précédent. Selon la catégorie professionnelle, les infirmiers brevetés (62,4%) sont les plus nombreux à recommander cette mesure, contre 54,9% pour les infirmiers d'Etat et curieusement seulement 5,0% de médecins. C'est dans la région de Sédhiou qu'on note le plus faible taux de recommandation d'envoyer l'enfant dans un hôpital (46,7%), alors que les taux les plus élevés s'observent à Kédougou et Ziguinchor (59.4% et 60.0%). Les personnels des FOSA rurales sont en général plus nombreux (60.9%) à préconiser cette action appropriée comparés à ceux du milieu urbain (44,6%). Les hommes (57,0%) préconisent plus souvent de référer que les femmes (51,3%).

Quant à l'administration d'une piqûre d'antibiotique, seulement 31,4% du personnel l'a préconisée. Cette solution est plus souvent citée par les médecins (65,0%) que par les agents d'autres catégories (26,5% chez les infirmiers d'Etat et 20,2% chez les infirmiers brevetés). Selon la région, Kédougou se démarque de façon significative, en étant la région où quasiment la moitié des agents propose la piqûre d'antibiotique (46,9%), alors dans les autres régions, cette action a les faveurs de moins d'un tiers des personnes interrogées. Le personnel des FOSA en milieu urbain est 35,9% à proposer une piqûre d'antibiotique contre 29,1% pour les FOSA rurales. Selon le genre, les femmes sont légèrement plus nombreuses (34,6%) à proposer cette solution comparée aux hommes (30,1%)

En ce qui concerne l'administration d'une dose de paracétamol, près des deux tiers (66,8%) des personnes interrogées ont évoqué cette solution. Avec 80% des cas, les médecins sont la catégorie professionnelle qui prendrait le plus souvent cette action, devant les infirmiers d'Etat (74,5%) et les infirmiers breveté (59,7%). Au niveau des régions, Sédhiou se démarque avec 60% de personnes qui prescriraient du paracétamol, contre 67 à 69% ailleurs. En milieu urbain, 71,7% du personnel ont déclaré prescrire ce traitement alors que ce pourcentage n'est que 64,2% en milieu rural. Quant au genre, les femmes sont nettement plus nombreuses (74,4%) que les hommes (63,7%) à préconiser du paracétamol pour ce cas.

Une des mesures à prendre, à savoir la prescription d'un antibiotique injectable pour 5 jours n'a été citée (2,2%) que par une infime partie du personnel soignant. Selon les différentes catégories de personnel, seul les médecins sont un peu plus nombreux (un sur dix) à avoir cité cette mesure.

Tableau 7-13 : Evaluation des connaissances en matière de soins pour un enfant de 29 mois fiévreux, avec écoulements d'oreille, et à jour de ses vaccins vivant dans une zone non paludéen

	Envoie d'urgence à l'hôpital	Fait une piqûre d'antibiotique	Prescrit un antibiotique injectable pour 5 jours	Donne une dose de paracétamol	
Kédougou	59.4	46.9	.0	68.8	32
Sédhiou	46.7	31.1	2.2	60.0	45
Tambacounda	52.8	29.2	2.2	67.4	89
Ziguinchor	60.0	28.6	2.9	68.6	105
Rural	60.9	29.1	2.2	64.2	179
Urbain	44.6	35.9	2.2	71.7	92
Médecin	5.0	65.0	10.0	80.0	20
Infirmier d'Etat/Technicien Supérieur	54.9	26.5	1.0	74.5	102
Sage-Femme	.	.	.	.	0
Infirmier Breveté/Auxiliaire sage-Femme	62.4	30.2	2.0	59.7	149
Hommes	57.0	30.1	3.1	63.7	193
Femmes	51.3	34.6	.0	74.4	78
Poste de Santé	62.0	27.8	1.7	65.4	234
Centre de Santé	14.7	50.0	2.9	73.5	34
Etablissement Public de Santé	.0	100.0	33.3	100.0	3
Total	55.4	31.4	2.2	66.8	271

7.3.6 Evaluation des connaissances en matière soins obstétricaux pour un bébé dont le travail a été long, en souffrance fœtale, et sorti à la ventouse avec difficultés respiratoires

Le cas présenté ici était le suivant: *"Mme FATOU vient d'accoucher. Le deuxième stade du travail a été long et son bébé, en souffrance fœtale, a été sorti à la ventouse. Le bébé est faible et ne respire pas spontanément à la naissance". "Décrivez toutes les mesures que vous prendriez pour ranimer le bébé qui ne respire pas"*

Dans une situation pareille, le personnel de santé est censé citer toutes les réponses comprises dans le tableau 7-14 ci-dessous.

Tableau 7-14 : Evaluation des connaissances en matière de soins pour un bébé dont le travail a été long, en souffrance fœtale, a été sorti à la ventouse avec difficultés respiratoires

Action	Médecin	Sage-femme	Sage femme Auxilaire	Total
Aspire la bouche puis le nez	100	76,5	60,0	76,4
Maintient le bébé au chaud	100	67,3	60,0	67,9
Ventile le bébé	100	66,3	60,0	67
Liber les voies respiratoires	100	63,3	100,0	66
Clampe et coupe le cordon si nécessaire	66,7	45,9	20,0	45,3
Recommence l'aspiration si nécessaire	33,3	37,8	20,0	36,8
Transfère le bébé sur une surface sèche, propre et chaude	33,3	35,7	20,0	34,9
Maintient le bébé enveloppé (et si possible sous un radiateur rayonnant)	66,7	32,7	20,0	33
Place le masque de manière à couvrir le menton, la bouche et le nez	100	26,5	60,0	30,2
Presse le ballon au rythme de 40 fois par minute (jusqu'à 20 minutes)	33,3	25,5	60,0	27,4
Vérifie la position de la tête et la repositionne si nécessaire	33,3	14,3	20,0	15,1
Place la tête de manière à ce qu'elle soit légèrement en extension	66,7	13,3	0,0	14,2
Presse le ballon 2 ou 3 fois et regarder si la poitrine se gonfle	100	12,2	0,0	14,2
Vérifie l'absence de fuites autour du masque et le repositionne si nécessaire	0	12,2	20,0	12,3
Informe la mère que le bébé à du mal à respirer et que vous allez la débrancher	0	8,2	0,0	7,5
Effectif	3	98	5	106

Les réponses les plus citées concernent les gestes de premiers secours et ont été mentionnées par entre trois quarts et deux tiers du personnel médical interrogé: Aspirer la bouche puis le nez (76,4%); maintenir le bébé au chaud (67,9%); libérer les voies respiratoires (66%); ventiler le bébé (67%).

Le second groupe de réponses, mentionnées par environ le tiers du personnel soignant, a trait soit aux actions additionnelles d'aide à la respiration: Recommencer l'aspiration si nécessaire

(36,8%); placer le masque de manière à couvrir le menton, la bouche et le nez (30,2%), soit au maintien de la température : transférer le bébé sur une surface sèche, propre et chaude (34,9%); maintenir le bébé enveloppé (33%). Finalement, très peu d'agent interrogés ont cité l'information de la mère (7%).

En général, la quasi-totalité des médecins ont tous cité les gestes de premier secours: Aspirer la bouche puis le nez (100%); maintenir le bébé au chaud (100%); libérer les voies respiratoires (100%); ventiler le bébé (100%). Chez les sages- femmes, ces mêmes gestes sont cités par environ deux tiers seulement d'entre elles sauf celui consistant à libérer les voies respiratoires qui a été indiqué par les trois quarts. Enfin les sages-femmes auxiliaires/assistantes ont quasiment le même niveau de connaissance que les sages-femmes des gestes de premier secours.

La ventilation des réponses selon les différentes selon d'autres caractéristiques (sexe, région, milieu de résidence, type de formation sanitaire) se trouve au tableau A7-4 en annexe.

7.3.7 Evaluation des connaissances en matière de protocole CPN pour une femme enceinte qui se présente pour la première fois

Ici, le cas soumis à l'analyse des gynécologues et sages- femmes était le suivant:

Mme FAYE, 26 ans, mariée, a emménagé récemment dans le secteur et vient vous voir pour la première fois. Elle est manifestement enceinte et indique ne pas avoir encore eu de consultation prénatale pour cette grossesse. Pourriez-vous me dire quelles questions vous poseriez à Mme FAYE, et quelles mesures vous prendriez ?

Normalement le protocole en matière de première CPN préconise de poser un certain nombre de questions sur les grossesses précédentes, sur la grossesse actuelle et sur les antécédents médicaux. Un certain nombre d'examens doivent être prescrits ou réalisés. En outre le personnel soignant devrait prescrire un certain nombre de médicaments et prodiguer des conseils, y compris sur le lieu de l'accouchement. Il s'agit donc de mesurer la connaissance par les médecins et sages - femmes de ce protocole.

7.3.7.a Questions à poser sur les grossesses précédentes

Sur l'ensemble des huit questions à poser sur les grossesses précédentes, seulement trois ont été mentionnées par plus de la moitié des personnes interrogées. Il s'agit du nombre de grossesses précédentes (75,5%), du nombre de naissances vivantes (67,9%) et du nombre de fausses couches (55,7). Le mode du dernier accouchement (césarienne ou voie normale) est mentionné par près d'un tiers des enquêtés (32,1%). Seulement 28,3% des personnes mentionneraient les anomalies des antécédents génétiques. D'autres questions importantes hémorragies lors des précédentes grossesses, le poids à la naissance du dernier enfant et la

vaccination contre le tétanos, seraient abordées par moins de 15% du personnel interrogé. En règle générale, les médecins sont plus nombreux à poser les sur les antécédents de la femme que les sages -femmes.

Tableau 7-15 : Quelles questions poseriez-vous à Mme FAYE sur ses précédentes grossesses (a à h)

	NOMBRE DE GROSSESSES PRÉCÉDENTES	NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES	NOMBRE DE FAUSSES COUCHES / ENFANTS MORTS-NÉS / AVORTEMENTS	HÉMORRAGIES PENDANT LES ACCOUCHEMENTS PRÉCÉDENTS ?	COMMENT EST NÉ LE DERNIER ENFANT (ACCOUCHEMENT NATUREL ? CÉSARIENNE ?	POIDS À LA NAISSANCE DU DERNIER ENFANT	ANTÉCÉDENTS D'ANOMALIES GÉNÉTIQUES	VACCINATIONS CONTRE LE TÉTANOS ?	Effectif
KEDOUGOU	73.3	86.7	80.0	20.0	46.7	13.3	26.7	20.0	15
SEDHIOU	69.2	57.7	46.2	19.2	26.9	3.8	23.1	7.7	26
TAMBACOUNDA	77.8	63.9	58.3	13.9	30.6	22.2	22.2	19.4	36
ZIGUINCHOR	79.3	72.4	48.3	10.3	31.0	6.9	41.4	13.8	29
rural	74.6	74.6	57.6	10.2	32.2	11.9	30.5	15.3	59
urbain	76.6	59.6	53.2	21.3	31.9	12.8	25.5	14.9	47
médecin	100.0	100.0	66.7	100.0	66.7	.0	.0	.0	3
infirmier d'Etat/Technicien supérieur	.	.	.	.	.	.	.	.	0
Sage femme	73.5	66.3	55.1	13.3	30.6	11.2	29.6	14.3	98
infirmier breveté/auxiliaire sage femme	100.0	80.0	60.0	.0	40.0	40.0	20.0	40.0	5
Hommes	100.0	100.0	80.0	60.0	80.0	20.0	.0	20.0	5
Femmes	74.3	66.3	54.5	12.9	29.7	11.9	29.7	14.9	101
PS	76.5	69.1	56.8	11.1	29.6	13.6	28.4	17.3	81
CS	68.4	52.6	47.4	10.5	26.3	10.5	26.3	10.5	19
EPS	83.3	100.0	66.7	83.3	83.3	.0	33.3	.0	6
Total	75.5	67.9	55.7	15.1	32.1	12.3	28.3	15.1	106

7.3.7.b Questions sur la grossesse actuelle.

Sur la grossesse actuelle, il est recommandé de poser les questions suivantes: date des dernières règles; problèmes de santé actuels ? Contractions ? Saignements vaginaux et/ou écoulements? Perte / gain de poids ? Nausées ou vomissements ? Médicaments pris en ce moment ? Vaccinations contre le tétanos ?

Les analyses montrent que seule la première question, à savoir la date des dernières règles serait posée par la quasi-totalité des praticiens (93,4%), suivi de très loin par celle sur les problèmes de santé actuels (51,9%). Le reste des questions pourtant tout aussi importantes ne seraient mentionnées que dans des faibles proportions variant de 31,1% pour les vomissements nausées à 6,6% pour les problèmes liés au poids.

Curieusement, les questions portant sur les contractions; les saignements vaginaux et/ou écoulements; la perte / gain de poids, nausées/vomissement, vaccination contre le tétanos ne seraient posées par aucun médecin.

Tableau 7-16 : Quelles questions poseriez-vous à Mme FAYE sur sa grossesse actuelle ? (a à h) (%)

	Date des dernières règles	Problèmes de santé actuels ?	Contractions ?	Saignements vaginaux et/ou écoulements?	Perte / gain de poids ?	Nausées ou vomissements ?	Médicaments pris en ce moment ?	Vaccinations contre le tétanos ?
Kédougou	100.0	60.0	.0	6.7	.0	20.0	6.7	20.0
Sédhiou	80.8	42.3	11.5	15.4	3.8	26.9	11.5	26.9
Tambacounda	94.4	61.1	5.6	22.2	13.9	33.3	22.2	44.4
Ziguinchor	100.0	44.8	10.3	10.3	3.4	37.9	10.3	13.8
Rural	93.2	55.9	8.5	16.9	5.1	30.5	10.2	27.1
Urbain	93.6	46.8	6.4	12.8	8.5	31.9	19.1	29.8
Médecin	100.0	100.0	.0	.0	.0	.0	33.3	.0
Infirmier d'Etat/Technicien Supérieur	.	.	.	.	.	.	.	.
Sage-Femme	92.9	51.0	8.2	15.3	6.1	31.6	12.2	29.6
Infirmier Breveté/Auxiliaire sage-Femme	100.0	40.0	.0	20.0	20.0	40.0	40.0	20.0
Hommes	100.0	80.0	.0	.0	20.0	.0	40.0	.0
Femmes	93.1	50.5	7.9	15.8	5.9	32.7	12.9	29.7
Poste de Santé	95.1	49.4	8.6	16.0	4.9	33.3	11.1	29.6
Centre de Santé	84.2	52.6	5.3	10.5	10.5	31.6	26.3	26.3
Etablissement Public de Santé	100.0	83.3	.0	16.7	16.7	.0	16.7	16.7
Total	93.4	51.9	7.5	15.1	6.6	31.1	14.2	28.3

7.3.7.c Questions sur les antécédents médicaux

Les antécédents médicaux font partie des points qu'un praticien doit aborder avec une femme lors de sa première CPN: antécédents d'hypertension ?; antécédents de diabète ?; MST contractées, y compris VIH ?; utilisation d'un stérilet ou de contraceptifs ?; frottis cervicaux ?; maladies du cœur, du foie, paludisme, goitre ?; antécédents familiaux de maladies héréditaires ; allergies à des médicaments ?; fumeuse ou ancienne fumeuse ?; antécédents de consommation d'alcool ?; antécédents de consommation de substances illicites ? ; groupe sanguin et compatibilité.

Sur l'ensemble de ces questions importantes, seules deux ont été abordées par plus de 50% des praticiens interrogés. Il s'agit des antécédents en matière de d'hypertension (68,9%) et matière de diabète (59,4%); seulement 34,9% discutent des maladies héréditaires dans la famille et environ un praticien sur cinq t des MST ou du groupe sanguin. Les maladies du cœur, du foie, etc., n'ont été abordés que par environ 16% des enquêtés et les cinq autres thèmes restant discutés par entre 7 et 1% des praticiens.

Tableau 7-17 : Quelles questions poseriez-vous à Mme FAYE sur sa grossesse actuelle ? (i à t) (%)

	Antécédents d'hypertension	Antécédents de diabète	Mst contractées, y compris vih	Utilisation d'un stérilet ou de contraceptifs	Frottis cervicaux	Maladies du cœur, du foie, paludisme, goître	Antécédents familiaux de maladies héréditaires	Allergies à des médicaments	Fumeuse ou ancienne fumeuse	Antécédents de consommation d'alcool ?	Antécédents de consommation de substances illicites	Groupe sanguin et compatibilité
Kédougou	73.3	66.7	20.0	.0	.0	6.7	20.0	.0	.0	.0	.0	20.0
Sédhiou	76.9	57.7	19.2	3.8	3.8	15.4	50.0	7.7	.0	.0	.0	19.2
Tambacounda	44.4	36.1	25.0	8.3	11.1	22.2	16.7	11.1	.0	.0	.0	25.0
Ziguinchor	89.7	86.2	20.7	6.9	.0	13.8	51.7	3.4	3.4	3.4	3.4	17.2
Rural	64.4	54.2	22.0	5.1	5.1	15.3	27.1	6.8	.0	.0	.0	25.4
Urbain	74.5	66.0	21.3	6.4	4.3	17.0	44.7	6.4	2.1	2.1	2.1	14.9
Médecin	100.0	66.7	33.3	66.7	.0	66.7	66.7	33.3	.0	.0	.0	.0
Infirmier d'Etat/Technicien Supérieur	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Sage-Femme	70.4	61.2	19.4	4.1	3.1	13.3	35.7	4.1	1.0	1.0	1.0	21.4
Infirmier Breveté/Auxiliaire sage-Femme	20.0	20.0	60.0	.0	40.0	40.0	.0	40.0	.0	.0	.0	20.0
Hommes	60.0	40.0	60.0	40.0	20.0	60.0	40.0	60.0	.0	.0	.0	20.0
Femmes	69.3	60.4	19.8	4.0	4.0	13.9	34.7	4.0	1.0	1.0	1.0	20.8
Poste de Santé	66.7	59.3	22.2	3.7	4.9	13.6	32.1	6.2	1.2	1.2	.0	23.5
Centre de Santé	68.4	52.6	15.8	5.3	.0	15.8	31.6	.0	.0	.0	5.3	10.5
Etablissement Public de Santé	100.0	83.3	33.3	33.3	16.7	50.0	83.3	33.3	.0	.0	.0	16.7
Total	68.9	59.4	21.7	5.7	4.7	16.0	34.9	6.6	.9	.9	.9	20.8

7.3.7.d Examens à réaliser ou actes à pratiquer.

Lors de la première CPN, un certain nombre d'examens et d'actes doivent en principe être réalisés par les praticiens sur la femme : taille; poids; tension artérielle; température; rythme respiratoire; palper l'abdomen; écouter les battements cardiaques du fœtus; examen pelvien; rechercher des œdèmes / enflures; mesurer la taille de l'utérus; vacciner contre le tétanos.

Contrairement aux aspects traités précédemment, les praticiens ont plutôt massivement déclaré qu'ils pratiqueraient les examens et actes médicaux considérés. Ainsi, sur les 11 points, 6 sont cités par au moins les quatre cinquièmes du personnel interrogé. Il s'agit des mesures de la taille, du poids, de la tension artérielle, palpation de l'abdomen, examen pelvien; recherche des œdèmes /enflures. Les autres examens sont aussi cités par au moins la moitié des praticiens sauf examiner le rythme respiratoire (34.0%) et vacciner contre le tétanos (41,5%).

Tableau 7-18 : Quels examens physiques ou acte pratiqueriez-vous sur Mme FAYE (%)

	Taille	[poids	Tension artérielle	Température	Respiratoire	Palper l'abdomen	Écouter les battements cardiaques du fœtus	Examen pelvien	Rechercher des oedèmes / enflures	Mesurer la taille de l'utérus	[vacciner contre le tétanos
Kédougou	93.3	93.3	93.3	93.3	40.0	93.3	53.3	93.3	93.3	73.3	46.7
Sédhiou	76.9	80.8	80.8	76.9	42.3	76.9	34.6	80.8	76.9	57.7	38.5
Tambacounda	91.7	91.7	91.7	75.0	38.9	80.6	55.6	77.8	69.4	66.7	47.2
Ziguinchor	79.3	79.3	79.3	58.6	17.2	89.7	51.7	93.1	86.2	75.9	34.5
Rural	84.7	84.7	84.7	71.2	39.0	83.1	52.5	84.7	76.3	69.5	39.0
Urbain	85.1	87.2	87.2	76.6	27.7	85.1	44.7	85.1	83.0	66.0	44.7
Médecin	66.7	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	66.7	100.0	100.0	100.0	33.3
Infirmier d'Etat/Technicien Supérieur	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Sage-Femme	84.7	84.7	84.7	71.4	31.6	83.7	46.9	84.7	78.6	65.3	41.8
Infirmier Breveté/Auxiliaire sage-Femme	100.0	100.0	100.0	100.0	40.0	80.0	80.0	80.0	80.0	100.0	40.0
Hommes	80.0	100.0	100.0	100.0	80.0	100.0	80.0	80.0	100.0	100.0	40.0
Femmes	85.1	85.1	85.1	72.3	31.7	83.2	47.5	85.1	78.2	66.3	41.6
Poste de Santé	86.4	86.4	86.4	72.8	35.8	81.5	49.4	82.7	77.8	69.1	40.7
Centre de Santé	84.2	84.2	84.2	78.9	15.8	89.5	47.4	89.5	78.9	52.6	47.4
Etablissement Public de Santé	66.7	83.3	83.3	66.7	66.7	100.0	50.0	100.0	100.0	100.0	33.3
Total	84.9	85.8	85.8	73.6	34.0	84.0	49.1	84.9	79.2	67.9	41.5

7.3.7.e Examens de laboratoire

En plus des examens physiques, un certain nombre d'examens de laboratoire sont nécessaires lors de la première consultation prénatale: test de grossesse; dosage de l'hémoglobine; test urinaire de dépistage du diabète; albuminurie; échographie; dosage des plaquettes; enzymes hépatiques; urée (sérum) et créatinine; sérologie du vih; sérologie des mst - syphilis et/ou gonorrhée; recherche d'anticorps antirubéoleux; groupe sanguin et compatibilité.

Sur les 12 examens normalement nécessaires, trois seraient prescrits par au moins 60 % des praticiens. Il s'agit, par ordre d'importance, du groupe sanguin et du test de compatibilité (79,2%), du test du VIH (68,9%), du dosage de l'hémoglobine (64,2%). Quatre autres seraient prescrits à hauteur d'environ 50%: sérologie des MST (Syphilis, Gonorrhée 54,7%), échographie (50%) , test urinaire (dépistage du diabète et test de l'albumine (50% chacun). Cinq examens seraient prescrits par moins de la moitié des praticiens, dans des proportions variant de 33% pour la recherche de l'hépatite à 10,4% pour la recherche de l'Urée/créatine et la recherche d'anticorps antirubéoleux.

Selon la catégorie de personnel, les médecins sont en général plus nombreux à prescrire les examens de laboratoire que les sages-femmes, à l'exception des trois examens suivants: dosage de l'hémoglobine, diabète et test de compatibilité du groupe sanguin où ce sont les sages-femmes qui sont plus nombreuses à avoir indiqué qu'elles prescriraient ces examens.

Tableau 7-19 : Quels examens physiques ou acte pratiqueriez-vous sur Mme FAYE (%)

	Test de grossesse	Dosage de l'hémoglobine	Test urinaire de dépistage du diabète	Albuminurie	Échographie	Dosage des plaquettes	Enzymes hépatiques	Urée (sérum) et créatinine	Sérologie du vih	Sérologie des mst - syphilis et/ou gonorrhée	Recherche d'anticorps antirubéoleux	Groupe sanguin et compatibilité
Kédougou	46.7	80.0	60.0	40.0	40.0	60.0	20.0	13.3	80.0	53.3	6.7	86.7
Sédhiou	23.1	61.5	42.3	38.5	46.2	34.6	34.6	.0	65.4	57.7	7.7	80.8
Tambacounda	52.8	52.8	38.9	50.0	63.9	33.3	19.4	19.4	69.4	38.9	5.6	69.4
Ziguinchor	27.6	72.4	65.5	65.5	41.4	41.4	55.2	6.9	65.5	72.4	20.7	86.2
Rural	44.1	64.4	47.5	45.8	49.2	45.8	27.1	11.9	66.1	55.9	5.1	79.7
Urbain	29.8	63.8	53.2	55.3	51.1	31.9	40.4	8.5	72.3	53.2	17.0	78.7
Médecin	66.7	33.3	33.3	66.7	66.7	66.7	66.7	66.7	100.0	66.7	66.7	66.7
Infirmier d'Etat/Technicien Supérieur	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Sage-Femme	34.7	66.3	48.0	49.0	50.0	39.8	32.7	7.1	69.4	54.1	9.2	80.6
Infirmier Breveté/Auxiliaire sage-Femme	80.0	40.0	100.0	60.0	40.0	20.0	20.0	40.0	40.0	60.0	.0	60.0
Hommes	80.0	20.0	60.0	40.0	40.0	40.0	40.0	80.0	60.0	60.0	40.0	60.0
Femmes	35.6	66.3	49.5	50.5	50.5	39.6	32.7	6.9	69.3	54.5	8.9	80.2
Poste de Santé	40.7	66.7	53.1	51.9	49.4	39.5	29.6	9.9	65.4	53.1	9.9	79.0
Centre de Santé	21.1	52.6	42.1	42.1	47.4	36.8	31.6	.0	73.7	57.9	.0	78.9
Etablissement Public de Santé	50.0	66.7	33.3	50.0	66.7	50.0	83.3	50.0	100.0	66.7	50.0	83.3
Total	37.7	64.2	50.0	50.0	50.0	39.6	33.0	10.4	68.9	54.7	10.4	79.2

7.3.7.f Prescription de la protection contre le paludisme et prescription du fer.

A la première CPN en plus des consultations, les praticiens devraient systématiquement prescrire un traitement contre le paludisme, une protection contre les moustiques et du fer.

L'analyse des données montre que si la prescription du fer est quasi systématique (94,1%), la protection contre le paludisme l'est nettement moins, aussi en ce qui concerne les moustiquaires qu'en ce qui concerne le traitement préventif intermittent. Dans les deux cas, seuls environ 56% du personnel de santé penseraient à les prescrire ou donner. Selon la catégorie professionnelle, 100% des médecins recommandent une moustiquaire imprégnée et le fer, mais seulement 50% le traitement intermittent. 94% des sages-femmes prescriraient le fer, alors qu'elles seraient largement moins nombreuses à prescrire la moustiquaire (53,6%) ou le TIP (56%). Selon la région, très peu de moustiquaires seraient prescrites à Sédhiou (31,3%), alors que Ziguinchor enregistrerait le plus faible taux de TIP(47,8,4%). Selon le milieu de résidence, les moustiquaires imprégnées seraient plus prescrites en milieu rural (58,8%) qu'en milieu urbain (53,8%). Il en est de même du fer (96,5% contre 91,1%). Quant au traitement intermittent, c'est la situation inverse qui est observé (52,1% en milieu rural, contre 60% en milieu urbain).

Tableau 7-20 : Que prescririez-vous ou donneriez-vous à Mme FAYE ? (%)

	Moustiquaire Imprégnée D'insecticide	Fer Et Acide Folique	Traitement Préventif Intermittent Contre Le Paludisme
Kédougou	57.1	93.3	57.1
Sédhiou	31.3	95.7	60.0
Tambacounda	56.3	94.3	58.1
Ziguinchor	71.4	93.1	47.8
Rural	58.8	96.5	52.1
Urbain	53.8	91.1	60.0
Médecin	100.0	100.0	50.0
Infirmier d'Etat/Technicien Supérieur	.	.	.
Sage-Femme	53.6	93.6	56.1
Infirmier Breveté/Auxiliaire sage-Femme	100.0	100.0	50.0
Hommes	100.0	100.0	50.0
Femmes	54.7	93.8	56.0
Poste de Santé	55.9	96.2	55.2
Centre de Santé	57.9	83.3	55.6
Etablissement Public de Santé	66.7	100.0	66.7
Total	56.7	94.1	55.7

On peut retenir de cette section que la très large majorité du personnel a déjà bénéficié d'une formation continue dans les domaines stratégiques de la médecine (plus de quatre cinquièmes ont reçu une formation dans le traitement du paludisme, trois quarts dans le dépistage du VIH et dans la vaccination, etc.). C'est surtout dans celui de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) que les besoins en formation se font ressentir (environ un tiers), suivi de la gestion (près d'un quart).

Quant à la maîtrise de certains aspects de leur métier, il ressort des analyses qu'une proportion significative (près de quatre sur 10) des agents ne connaît pas l'âge d'administration du vaccin de l'hépatite B. sur les autres vaccins, les calendriers sont plutôt bien connu (par au moins 80% du personnel).

Sur les actions à entreprendre face à certaines circonstances, les praticiens ne maîtrisent pas toujours correctement le protocole. Par exemple, moins de 20% savent qu'il faut malgré tout vacciner "un enfant qui a de la fièvre, la gorge rouge et le nez qui coule mais sans autres symptômes".

7.4 CONDITIONS DE TRAVAIL DU PERSONNEL FOSA

L'objectif de cette partie est d'analyser les conditions de travail dans les formations sanitaires en termes de nature du contrat de travail, de temps de travail et de niveau de rémunération notamment.

7.4.1 Réparation du personnel FOSA selon le type de contrat

Dans l'ensemble, seulement la moitié des employés ont un contrat de travail à durée indéterminée(CDI) et peuvent donc être considérés comme employés permanents des structures sanitaires. 27,4% ont un contrat à durée déterminée de plus de 6 mois et environ 5% ont un contrat de moins de 6 mois. Environ un agent de santé sur 10 (12,1%) n'a pas de contrat et 3,1% sont des bénévoles.

Selon la région de résidence, c'est à Ziguinchor qu'on enregistre la plus forte proportion de personnes avec CDI (54,8%) suivi de très près de Tambacounda (53,8%), alors que Kédougou et Sédhiou en comptent moins de 50%. Les travailleurs du milieu urbain sont légèrement mieux protégés que ceux du milieu rural, avec 55,9% de CDI contre 49,6%. Quant à la catégorie professionnelle, les médecins sont de loin la catégorie professionnelle souvent en CDI (80%). Les infirmiers d'Etat occupent la seconde position avec 56,9% de permanents alors que 50,5% des

sages-femmes sont dans cette situation. Quant aux infirmiers brevetés, moins de la moitié (45,3%) sont en CDI. Les hommes sont nettement plus en CDI que les femmes (56,3% contre 48,1%).

Tableau 7-21 : Réparation du personnel FOSA selon le type contrat

	Contrat à durée indéterminée	Contrat à durée déterminée de courte durée (< 6 mois)	Contrat à durée déterminée de longue durée (= 6 mois)	Pas de contrat	Bénévole	Autre, spécifié:	Row N %	Effectif
Kédougou	46,9	6,1	32,7	12,2	2,0	0,0	100,0%	49
Sédhiou	46,5	5,6	32,4	14,1	1,4	0,0	100,0%	71
Tambacounda	53,8	6,8	25,8	12,9	0,0	0,8	100,0%	132
Ziguinchor	54,8	2,2	24,4	10,4	7,4	0,7	100,0%	135
Rural	49,6	4,5	30,7	11,9	2,5	0,8	100,0%	244
Urbain	55,9	5,6	21,7	12,6	4,2	0,0	100,0%	143
Médecin	80,0	8,0	12,0	0,0	0,0	0,0	100,0%	25
Infirmier d'Etat/Technicien Supérieur	56,9	3,9	19,6	14,7	4,9	0,0	100,0%	102
Sage-Femme	50,5	4,0	37,4	7,1	1,0	0,0	100,0%	99
Infirmier Breveté/Auxiliaire sage-Femme	45,3	5,6	28,6	15,5	3,7	1,2	100,0%	161
Hommes	55,3	5,3	23,3	13,1	2,4	0,5	100,0%	206
Femmes	48,1	4,4	32,0	11,0	3,9	0,6	100,0%	181
Poste de Santé	47,2	5,0	30,4	13,7	3,1	0,6	100,0%	322
Centre de Santé	76,8	3,6	10,7	5,4	3,6	0,0	100,0%	56
Etablissement Public de Santé	66,7	11,1	22,2	0,0	0,0	0,0	100,0%	9
Total	51,9	4,9	27,4	12,1	3,1	0,5	100,0%	387

7.4.2 Nombre d'heures de travail théoriques par semaine

Il s'agit ici de mesurer le nombre d'heures théoriques que les agents de santé sont censés prester en temps normal. Il ressort des analyses qu'en moyenne le personnel de santé est censé faire

40 heures par semaine, soit une moyenne de 8 heure par jour sur 5 jours. La médiane est également 40 heures par semaine. Malgré cette égalité entre la médiane et la moyenne, on note que le nombre maximal d'heures est de 168, soit 24heures/24 7 jours/7. Il est possible que certains agents de santé aient inclus leurs heures d'astreinte.

Le nombre moyen d'heures de travail varie selon la catégorie de personnel, de 37 heures par semaine chez les médecins à 42 heures chez les sages-femmes. Suivant la région, la moyenne d'heures varie de 48 heures par semaine à Sédhiou à 36 heures seulement à Ziguinchor.

Si la moyenne varie en fonction des différentes caractéristiques, la médiane reste stable à 40 heures par semaine pour quasiment l'ensemble des catégories.

Tableau 7-22 : Nombre d'heures de travail théoriques par semaine

	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum	Effectif
Kédougou	0	46	40	168	47
Sédhiou	0	48	40	168	71
Tambacounda	0	38	40	168	131
Ziguinchor	0	36	40	84	135
Rural	0	41	40	168	243
Urbain	0	38	40	168	141
Médecin	5	37	40	70	25
Infirmier d'Etat/Technicien Supérieur	0	40	40	140	102
Sage-Femme	0	42	40	168	97
Infirmier Breveté/Auxiliaire sage-Femme	0	39	40	168	160
Hommes	0	40	40	168	205
Femmes	0	40	40	168	179
Poste de Santé	0	40	40	168	321
Centre de Santé	5	42	40	168	54
Etablissement Public de Santé	40	43	40	56	9
Total	0	40	40	168	384

7.4.3 Nombre d'heures de travail au cours de la dernière semaine

Si le nombre moyen d'heures de travail théoriques est de 40 heures hebdomadaires, les agents de santé ont, dans l'ensemble, travaillé en moyenne pendant 53 heures. La médiane est de 45 heures et le maximum de 140 heures.

Comme précédemment, les médecins, avec seulement 43 heures de travail au cours de la semaine précédant l'enquête, constituent la catégorie du personnel la moins chargée. Celles qui ont le temps de travail le plus élevé sont les sages-femmes qui prestent 57 heures par semaine. La région de Ziguinchor est celle où le personnel de santé a le moins travaillé au cours de la semaine de référence, avec seulement 43 heures, contre de 56à 59 heures dans les autres régions.

Tableau 7-23 : Nombre d'heures de travail presté au cours de la dernière semaine

	Au cours des 7 derniers jours, combien d'heures avez-vous travaillé dans				
	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum	Effectif
Kédougou	0	56	48	140	48
Sédhiou	0	59	52	140	71
Tambacounda	0	58	48	140	132
Ziguinchor	0	43	40	140	135
Rural	0	53	45	140	244
Urbain	0	52	47	140	142
Médecin	0	43	47	70	25
Infirmier d'Etat/Technicien Supérieur	0	54	45	140	102
Sage-Femme	0	57	48	140	98
Infirmier Breveté/Auxiliaire sage-Femme	0	51	45	140	161
Hommes	0	52	45	140	206
Femmes	0	54	42	140	180
Poste de Santé	0	52	42	140	322
Centre de Santé	0	57	50	140	55
Etablissement Public de Santé	40	50	48	70	9
Total	0	53	45	140	386

7.4.4 Evolution de la charge de travail au cours des 12 derniers mois

Les deux tiers (67,9%) du personnel de santé ont déclaré une augmentation de la charge de travail au cours des 12 derniers mois, 14,5% ont relevé une baisse et 17,6% ont déclaré n'avoir pas eu de variation dans leur charge de travail. Parmi les différentes catégories d'agents, les médecins sont ceux qui ont le plus souvent déclaré une augmentation de leur charge de travail (84,0%), suivis des infirmiers diplômés d'Etat (68,6%)et brevetés (70,2%). Les sages-femmes sont les moins nombreuses (59,2%) à avoir déclaré une augmentation de la charge de travail.

Les différences régionales et par milieu sont également importantes à souligner: alors qu'à Kédougou seulement 62,5% des personnels de santé ont déclaré une augmentation d'activité, cette proportion s'élève 64,4% à Tambacounda, 69,6% à Ziguinchor, et atteint près de 75% à Seydiou. Selon le milieu, la proportion du personnel ayant déclaré une augmentation de la charge du travail est plus importante en milieu urbain (74%) qu'en milieu rural (64,6%). Les hommes (71,8%) semblent avoir été plus touchés que les femmes (63,3%).

Tableau 7-24 : Evolution de la charge de travail au cours des 12 derniers mois (%)

	Par rapport à il y a 12 mois, diriez-vous que votre charge de travail a:				
	Augmenté	Diminué	Resté le même	Total	
Kédougou	62,5	22,9	14,6	100,0	48
Sédhiou	74,6	8,5	16,9	100,0	71
Tambacounda	64,4	17,4	18,2	100,0	132
Ziguinchor	69,6	11,9	18,5	100,0	135
Rural	64,3	17,6	18,0	100,0	244
Urbain	73,9	9,2	16,9	100,0	142
Médecin	84,0	0,0	16,0	100,0	25
Infirmier d'Etat/Technicien Supérieur	68,6	13,7	17,6	100,0	102
Sage-Femme	59,2	18,4	22,4	100,0	98
Infirmier Breveté/Auxiliaire sage-Femme	70,2	14,9	14,9	100,0	161
Hommes	71,8	14,1	14,1	100,0	206
Femmes	63,3	15,0	21,7	100,0	180
Poste de Santé	67,7	15,2	17,1	100,0	322
Centre de Santé	70,9	12,7	16,4	100,0	55
Etablissement Public de Santé	55,6	0,0	44,4	100,0	9
Total	67,9	14,5	17,6	100,0	386

7.4.5 Niveau de rémunération mensuelle du personnel dans l'activité principale.

La distribution du niveau de rémunération par classe de revenu montre une certaine densité des revenus dans la classe 150000 à 200000 FCFA, qui concentre 35,5% des cas, suivie par la tranche 200000 à 250000, avec 15,3% des cas. A la droite de la distribution, la tranche de plus de 250000 qui concernent 13,2% des salariés. Au final, environ deux tiers des salariés gagnent au moins 150000 FCFA, et l'autre tiers moins. Dans ce dernier cas, les salaires sont répartis principalement dans les classes 25-50 mille (12,2%) et 50-100 mille (14,2%).

Il existe d'importantes variations selon la catégorie de personnel. Ainsi les médecins gagnent quasiment tous plus de 250000FCFA (à 96%). Suivent dans la hiérarchie salariale par les sages-femmes et les infirmiers d'Etat dont plus des deux tiers gagnent au moins 150000. Bien évidemment

les infirmiers brevetés ont en général les revenus les faibles, près la moitié gagnant moins de 150000FCFA. Il ne semble pas exister de différence de revenu salarial entre hommes et femmes.

Tableau 7-25 : Niveau de rémunération mensuel du personnel dans l'activité principale(*)

	1. < 25 000	2. [25 000 – 50 000]	3. [50 000 – 100 000]	4. [100 000 – 150 000]	5. [150 000 – 200 000]	6. [200 000 – 250 000]	7. > 250 000
Kédougou	2,1	12,5	2,1	2,1	37,5	18,8	25,0
Sédhiou	0,0	8,5	16,9	9,9	32,4	21,1	11,3
Tambacounda	0,8	9,8	22,0	6,1	32,6	17,4	11,4
Ziguinchor	5,9	16,3	9,6	8,1	39,3	8,9	11,9
Rural	3,3	12,3	14,8	7,0	39,3	14,3	9,0
Urbain	1,4	12,0	13,4	7,0	28,9	16,9	20,4
Médecin	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	0,0	96,0
Infirmier d'Etat/Technicien Supérieur	3,9	6,9	9,8	9,8	39,2	23,5	6,9
Sage-Femme	0,0	8,2	15,3	3,1	26,5	28,6	18,4
Infirmier Breveté/Auxiliaire sage-Femme	3,7	19,9	18,6	8,7	43,5	4,3	1,2
Hommes	2,4	12,6	14,1	6,8	38,3	12,1	13,6
Femmes	2,8	11,7	14,4	7,2	32,2	18,9	12,8
Poste de Santé	3,1	13,4	15,8	7,5	35,4	16,1	8,7
Centre de Santé	0,0	7,3	7,3	5,5	40,0	9,1	30,9
Etablissement Public de Santé	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1	22,2	66,7
Total	2,6	12,2	14,2	7,0	35,5	15,3	13,2

(*) N.B: les % sont en ligne. Donc la somme de chaque ligne fait 100%. Les effectifs base de calcul des % sont les mêmes que ceux du tableau précédent

7.4.6 Régularité dans le versement du salaire

Dans l'ensemble, environ trois quarts des salariés (76,9%) ont déclaré que leurs salaires étaient versés de façon régulière. Ce niveau varie selon la catégorie professionnelle: alors que plus de 4 cinquièmes de médecins, infirmiers d'Etats et sages-femmes touchent régulièrement leur salaire, cette proportion baisse à trois quart chez les infirmiers brevetés. Selon la région, c'est à Kédougou (68,8%) qu'on enregistre le plus faible taux de régularité. Les taux les plus élevés se trouvent à Tambacounda et Ziguinchor. Selon le milieu de résidence, les agents exerçant en milieu urbain ont des salaires plus réguliers que ceux qui sont en milieu rural (83,1% contre 73,4%). Quant au genre, les femmes déclarent un taux de régularité supérieur aux hommes (79,4% contre 73,8%).

Tableau 7-26 : Régularité dans le versement du salaire (%)

	%	Effectif
Kédougou	68.8	48
Sédhiou	71.8	71
Tambacounda	81.1	132
Ziguinchor	78.5	135
Rural	73.4	244
Urbain	83.1	142
Médecin	84.0	25
Infirmier d'Etat/Technicien Supérieur	80.4	102
Sage-Femme	82.7	98
Infirmier Breveté/Auxiliaire sage-Femme	70.2	161
Hommes	74.3	206
Femmes	80.0	180
Poste de Santé	74.8	322
Centre de Santé	87.3	55
Etablissement Public de Santé	88.9	9
Total	76.9	386

7.4.7 Avantages en nature dans l'emploi principal

En plus du salaire, les membres du personnel médical, comme tout employé, peuvent bénéficier des avantages en nature qui constituent ainsi des compléments salariaux. Parmi l'ensemble des avantages en nature listés (Logement gratuit ou subventionné, Couverture de santé et/ou médicaments; Repas/nourriture gratuits au travail; vêtements de travail; Chaussures de travail; Transport entre le domicile et le travail; Scolarité gratuite ou subventionnée pour les enfants) seul le logement et la couverture santé concernent une part significative des salariés. Le logement est l'avantage le plus souvent cité (71,2% des employés en bénéficient), suivi de très loin par la couverture santé (38,1%). Les autres avantages concernent en général moins de 7% des employés.

Selon la catégorie professionnelle, les médecins sont de très loin ceux qui bénéficient le plus des avantages en logement (92%) et en couverture santé (64%). En dehors des médecins, les autres catégories de personnels bénéficient de ces avantages de façon à peu près équivalente quelle que soit la fonction: entre 68 et 71% pour ce qui est du logement et entre 34 et 38% pour ce qui est de la couverture santé.

Des disparités existent aussi entre régions. Ainsi à Sédhiou, 84,5% des salariés ont un logement gratuit ou subventionné. Cette proportion n'est que 54,8% à Ziguinchor. Cette dernière présente également le taux le plus faible de couverture santé (28,9%), alors que ce taux est compris entre 38% à Sédhiou et 46,2% à Tambacounda. Suivant le milieu de résidence, le milieu rural (80%) offre nettement plus le logement comme avantage en nature que le milieu urbain (57%). Par contre

dans ce dernier, près de la moitié (47,2%) du personnel est couverte par une assurance, contre un tiers (32,8%) en milieu rural. Les hommes ont plus souvent un logement de fonction que les femmes (77,7% contre 64%).

Tableau 7-27 : Avantages en nature dans l'emploi principal (M2_05_01_a à M2_05_01_g°) (%)*(*)*

	Logement gratuit ou subventionné	Couverture de santé et/ou médicaments	Repas/nourriture gratuits au travail	Vêtements de travail	Chaussures de travail	Transport entre le domicile et le travail	Scolarité gratuite ou subventionnée pour les enfants
Kédougou	75.0	41.7	8.3	6.3	.0	6.3	2.1
Sédhiou	84.5	38.0	9.9	7.0	.0	7.0	1.4
Tambacounda	79.5	46.2	7.6	8.3	2.3	8.3	1.5
Ziguinchor	54.8	28.9	.7	1.5	.0	6.7	1.5
Rural	79.5	32.8	4.5	5.3	.8	7.4	2.0
Urbain	57.0	47.2	7.7	5.6	.7	7.0	.7
Médecin	92.0	64.0	.0	4.0	.0	16.0	.0
Infirmier d'Etat/Technicien Supérieur	68.6	38.2	4.9	5.9	1.0	8.8	1.0
Sage-Femme	68.4	33.7	5.1	2.0	.0	3.1	.0
Infirmier Breveté/Auxiliaire sage-Femme	71.4	36.6	7.5	7.5	1.2	7.5	3.1
Hommes	77.7	36.9	4.9	7.8	1.5	9.7	1.9
Femmes	63.9	39.4	6.7	2.8	.0	4.4	1.1
Poste de Santé	74.5	35.7	4.7	5.3	.9	7.1	1.6
Centre de Santé	50.9	54.5	12.7	7.3	.0	5.5	1.8
Etablissement Public de Santé	77.8	22.2	.0	.0	.0	22.2	.0
Total	71.2	38.1	5.7	5.4	.8	7.3	1.6

(*)NB: les effectifs bases de calcul sont les mêmes que dans les tableaux précédents.

En conclusion les agents de santé travaillent dans des conditions qui sont loin d'être reluisantes. Ainsi, dans l'ensemble, seulement la moitié des employés ont contrat de travail à durée indéterminée(CDI) et peuvent donc être considérés comme employés permanents des structures sanitaires. Si le nombre moyen d'heures de travail théoriques est de 40 heures hebdomadaires, les agents de santé ont, dans l'ensemble, travaillé en moyenne pendant 53 heures. Environ deux tiers des salariés gagnent au moins 150000 FCFA, et l'autre tiers moins. Dans l'ensemble, les trois quarts des salariés ont déclaré que leurs salaires étaient versés de façon régulière et donc l'autre quart fait face à une certaine irrégularité salariale. 71% des employés bénéficient d'un logement gratuit ou

subventionné et 38% d'une couverture santé. Sur tous ces éléments, il existe de fortes disparités selon la catégorie professionnelle.

7.5 EXERCICE D'UNE ACTIVITE SECONDAIRE PAR LE PERSONNEL FOSA

Il arrive parfois que les personnels de santé, en plus de leur emploi principal, exercent une activité secondaire dans une autre structure de santé ou à domicile, ou bien travaillent dans un autre secteur sans lien avec la santé. Il s'agit, dans cette partie, de mesurer l'importance de l'activité secondaire et les revenus procurés.

7.5.1 Fréquence d'exercice d'une activité secondaire

Environ un employé sur dix exerce un emploi secondaire. Mais cette proportion varie considérablement selon la catégorie professionnelle du travailleur. Il est ainsi de seulement 4,1% chez les sages-femmes, contre 8% chez les médecins et 10,8% et 11,8% chez les infirmiers d'Etat et chez les infirmiers brevetés. Selon la région, c'est à Tambacounda (12,9%) et dans une certaine mesure Ziguinchor (8,9%) qu'on observe les taux les plus importants. Dans les deux autres, seulement environ 6% des employés ont une activité secondaire. Quand on compare le milieu rural au milieu urbain, il en ressort que c'est dans ce dernier que l'exercice d'une activité secondaire est le plus fréquent (12,0%), contre 7,8% en milieu rural. Selon le genre, le taux de cumul d'une activité secondaire est de 13,1% chez les hommes, contre uniquement 5% chez les femmes.

Tableau 7-28 : Exercice d'une activité secondaire (%)

	Effectif non pondéré	%
Kédougou	49	6.3
Sédhiou	71	5.6
Tambacounda	132	12.9
Ziguinchor	135	8.9
Rural	244	7.8
Urbain	143	12.0
Médecin	25	8.0
Infirmier d'Etat/Technicien Supérieur	102	10.8
Sage-Femme	99	4.1
Infirmier Breveté/Auxiliaire sage-Femme	161	11.8
Hommes	206	13.1
Femmes	181	5.0
Poste de Santé	322	9.6
Centre de Santé	56	7.3
Etablissement Public de Santé	9	11.1
Total	387	9.3

7.5.2 Temps de travail et revenu de l'activité secondaire

En moyenne, ceux qui ont une activité secondaire y passe environ 5 heures par semaine. Selon la catégorie de personnel, ce sont les infirmiers brevetés qui y passent le plus de temps (7 heures par semaine), suivi des médecins (5 heures) et des sages-femmes (4 heures). Les infirmiers d'Etat ne consacrent qu'en moyenne une heure à leur activité secondaire. L'analyse par région montre que c'est à Ziguinchor que le personnel ayant une activité secondaire y passe le plus de temps (8 heures), contre 4 heures à Tambacounda et Kédougou, alors que le temps consacrée à l'activité secondaire n'est que d'une heure à Sédhiou. Selon le milieu de résidence, ce temps varie du simple au double, quand on passe du milieu urbain (3 heures) au milieu rural (6 heures).

Pour ceux qui en ont, le revenu médian tiré de l'activité secondaire est loin d'être négligeable. Il s'élève dans l'ensemble de l'échantillon à 35000FCFA et varie énormément suivant les caractéristiques géographiques et personnelles des agents. Il atteint ainsi 125000FCFA par mois chez les médecins, contre seulement 20000 pour les infirmiers brevetés. Les femmes gagnent moitié moins que les hommes (25000FCFA contre 50000FCFA). Selon la région, les salaires les plus faibles s'observent à Ziguinchor (16000FCFA) et les plus élevés à Tambacounda (50000FCFA) Sédhiou et Kédougou occupent une position intermédiaire (31250 et 30000 respectivement).

Curieusement le salaire médian est légèrement plus élevé en milieu rural (36000FCFA) qu'en milieu urbain (35000FCFA).

Tableau 7-29 : Nombre d'heure de travail et rémunération

	Nombre moyen d'heures	Revenu médiane	Effectif
Kédougou	4	30000	3
Sédhiou	1	31250	4
Tambacounda	4	50000	17
Ziguinchor	8	16250	12
Rural	6	36000	19
Urbain	3	35000	17
Médecin	5	125000	2
Infirmier d'Etat/Technicien Supérieur	1	37500	11
Sage-Femme	4	30000	4
Infirmier Breveté/Auxiliaire sage-Femme	7	20000	19
Hommes	5	50000	27
Femmes	5	25000	9
Poste de Santé	5	36000	31
Centre de Santé	6	35000	4
Etablissement Public de Santé	0	35000	1
Total	5	35500	36

En conclusion, environ un employé sur dix exerce un emploi secondaire, avec des variations considérables selon la catégorie professionnelle du travailleur. En moyenne, ceux qui ont une activité secondaire y passe environ 5 heures par semaine. Pour ceux qui une activité secondaire, le revenu médian tiré de l'activité secondaire est loin d'être négligeable. Il s'élève dans l'ensemble de l'échantillon à 35000FCFA.

7.6 SATISFACTION ET MOTIVATION DU PERSONNEL

Si les conditions objectives du travail (charge de travail, rémunérations, avantages, etc.) sont des facteurs importants de la performance des travailleurs, les conditions subjectives en termes de satisfaction et de motivation peuvent aussi jouer un rôle très important. Il s'agit donc ici d'analyser ces éléments subjectifs.

7.6.1 Satisfaction globale

La satisfaction du personnel a été saisie sur 19 dimensions (18 plus la satisfaction globale dans l'emploi).

Le protocole de collecte de cette partie consistait à *lire une série d'affirmations sur votre niveau de satisfaction concernant différents aspects de votre emploi actuel*. Pour chacun de ces aspects, l'enquêté devait dire s'il en est *satisfait(e), ni satisfait(e) ni insatisfait(e), c'est-à-dire indifférent(e), ou insatisfait(e)*. Des fiches correspondant à ces trois états étaient alors montrées à l'enquêté et celui-ci indiquaient celui correspondant à son ressenti par rapport à l'item.

Dans les analyses qui suivent, avons considéré uniquement les réponses positives, c'est à dire ceux qui se sont dit satisfaits. Nous commençons par analyser la satisfaction au travail saisie globalement, avant d'examiner le degré de satisfaction selon différentes dimensions spécifiques.

Le premier résultat important est que près de deux tiers employés (62,3%) ont déclaré être globalement satisfaits de leur emploi. Selon la catégorie de personnel, les médecins sont, de loin, les plus insatisfaits. En effet seulement 44% des médecins sont satisfaits de leur emploi, alors que cette proportion atteint 70,7% chez les sages-femmes et est à hauteur de 60,9% chez les infirmiers brevetés et les infirmiers d'Etat.

Au niveau des régions, une, en l'occurrence Kédougou, se détache clairement avec un taux de satisfaction globale de 42,9% alors que dans les trois autres, il s'élève à 62,1% Tambacounda, 63,4% à Sédhiou et atteint 68,9% à Ziguinchor. Il n'existe pas de grande différence entre le milieu urbain (60,8%) et le milieu rural (63,1%). Enfin, les femmes sont relativement plus satisfaites (68%) que les hommes (57,3%).

Tableau 7-30 : Satisfaction globale au travail(*)

	Globalement, êtes-vous satisfait(e) de votre emploi ?	Effectif
Kédougou	42.9	48
Sédhiou	63.4	71
Tambacounda	62.1	132
Ziguinchor	68.9	135
Rural	63.1	244
Urbain	60.8	142
Médecin	44.0	25
Infirmier d'Etat/Technicien Supérieur	60.8	102
Sage-Femme	70.7	98
Infirmier Breveté/Auxiliaire sage-Femme	60.9	161
Hommes	57.3	206
Femmes	68.0	180
Poste de Santé	64.6	322
Centre de Santé	53.6	55
Etablissement Public de Santé	33.3	9
Total	62.3	386

(*) *NB. Comme expliqué en début de cette section, il s'agit de ceux qui ont répondu qu'ils étaient satisfaits de leurs conditions de travail. Pour chaque statistique, le complément à 100 est constitué de ceux qui sont soit indifférents, soit insatisfaits.*

7.6.2 Satisfaction sur des dimensions spécifiques

Les agents de santé ont été interrogés spécifiquement sur les 18 différentes dimensions listées ci-dessous sur la qualité de leur travail. Ce qui ressort avant tout, c'est que le degré de satisfaction est très élevé pour tout ce qui touche aux relations humaines au niveau de l'environnement de travail immédiat: niveau de respect au sein de la communauté (91,2%); relations de travail avec le personnel de l'établissement (89,9%); reconnaissance du travail par le supérieur direct (84,8%); possibilité de discuter travail avec le superviseur direct (84,2%). Par contre, peu d'agents sont satisfaits la rétribution de leur travail : seulement 13,4% sont satisfait de leur salaire; 14,7% des avantages en nature concernant leur logement et 21,7% des possibilités de récompense financière ou matérielle pour avoir beaucoup travaillé. L'infrastructure, les outils de travail et la disponibilité des produits sont aussi loin d'être satisfaisants, de l'avis des agents de santé. En effet, seulement entre 38 et 39% sont satisfaits de la disponibilité des fournitures dans l'établissement, de l'état physique du matériel de l'établissement et de la quantité des médicaments disponibles. Les détails selon les caractéristiques agents et des établissements se trouvent au tableau A7.7 en annexe.

Tableau 7-31 : Satisfaction au travail sur des conditions spécifiques

Thème	Pourcentage
Votre niveau de respect au sein de la communauté	91,2
Les relations de travail avec le personnel de l'établissement	89,9
La reconnaissance par votre superviseur direct de votre bon travail	84,8
Vos possibilités d'utiliser vos compétences dans votre travail	84,2
Vos possibilités de discuter des questions de travail avec votre superviseur	82,4
La qualité des médicaments disponibles dans l'établissement	80,6
Les relations de travail avec le personnel des services du district ou département	71,3
La qualité de la gestion de l'établissement par l'équipe de direction de la structure	63,3
Vos possibilités d'augmenter votre niveau de qualification et vos connaissances	51,4
La qualité et l'état physique du matériel de l'établissement	39,8
La disponibilité des fournitures dans l'établissement (compresses, etc,)	39,5
La quantité de médicaments disponibles dans l'établissement	39,3
Les conditions de logement	32,8
Vos possibilités de promotion	32,6
Vos possibilités d'être récompensé(e) d'avoir beaucoup travaillé, financièrement	20,7
Vos avantages (logement, indemnité de déplacement, primes, notamment prime financière)	14,7
Votre salaire	13,7

En résumé la satisfaction subjective est un élément important des conditions de travail. Près de deux tiers employés ont déclaré être globalement satisfaits de leur emploi. Selon la catégorie de personnel, les médecins sont, de loin, les plus insatisfaits (cf. Tableau A7.7 en annexe). Les agents de santé ont été interrogés spécifiquement sur les 18 différentes dimensions liées à l'environnement de leur travail. Ce qui ressort avant tout, c'est que le degré de satisfaction est très élevé pour tout ce qui touche aux relations humaines au niveau de l'environnement de travail immédiat: niveau de respect au sein de la communauté; relations de travail avec le personnel de l'établissement; reconnaissance du travail par le supérieur direct; possibilité de discuter travail avec le superviseur direct. Sur tous ces aspects, au moins quatre cinquièmes personnes interrogées sont

satisfaites. Par contre, peu d'agents sont satisfaits la rétribution de leur travail, aussi bien en terme de revenu que d'avantages en nature.

7.6.3 motivation du personnel

La motivation du personnel a été saisie sur une série de 25 items sur lesquels les membres du personnel de santé devaient donner une note comprise entre 1 et cinq et correspondant aux modalité suivantes

1=la plupart du temps

2= plus de la moitié du temps

3=moins de la moitié du temps

4=seulement rarement

5= jamais

Dans cette étude, nous laissons les réponses telles quelles afin de pouvoir évaluer l'importance relative de chacun des modalités. L'analyse montre que sur la plupart des thèmes, les agents de santé ont plutôt exprimé un degré de motivation très élevé. Ainsi, sur les 25 items, 17 ont au moins 80% des agents qui ont choisi l'adhésion la plus forte (i.e. ont donné pour réponse "la plupart du temps"). A l'opposé, les réponses "4" et "5" dépassent rarement 10%, sauf sur les questions véhiculant des valeurs négatives comme l'item n° 09.04 "*Les collègues passent leur temps à bavarder de choses qui n'ont rien à voir avec le travail*" ou la 09.13 "*Je préférerais travailler ailleurs que dans cet établissement*". Dans le tableau ci-dessous et par souci de lisibilité, nous n'avons conservé que les distributions pour l'ensemble de l'échantillon. Le tableau désagrégeant les réponses selon la région, le milieu de résidence, la catégorie et le sexe des agents de santé, ainsi que le type de structure est en annexe (cf. Tableaux A7.8)

Tableau 7-32 : Motivations personnelles pour le travail

Item		%	Item		%	Item		%
Les collègues sont toujours prêts à faire bénéficier les autres membres	(1)Plu-part	85,8%	Je me sens bien dans mon travail.	(1)Plu-part	81,3%	Mon établissement est très formel et structuré. Les politiques et les pr	(1)Plu-part	67,4%
	(2)	4,7%		(2)	7,5%		(2)	12,2%
	(3)	5,7%		(3)	6,0%		(3)	10,6%
	(4)	2,6%		(4)	4,4%		(4)	7,3%
	(5)Jam-ais	1,3%		(5)Jam-ais	,8%		(5)Jam-ais	2,6%
	Total	100,0%		Total	100,0%		Total	100,0%
En cas de désaccord entre collègues, ils	(1)Plu-part	86,8%	Je suis fier/fière du travail	(1)Plu-part	94,3%	Dans mon établissement , nous nous efforçons	(1)Plu-part	72,0%
	(2)	3,6%		(2)	3,6%		(2)	7,8%
	(3)	1,3%		(3)	1,0%		(3)	5,2%

Item		%	Item		%	Item		%
essayent de s'entendre pour rés	(4)	6,0%	que je fais dans cet établissement.	(4)	,8%	d'abord d'atteindre nos obje	(4)	8,5%
	(5)Jam-ais	2,3%		(5)Jam-ais	,3%		(5)Jam-ais	6,5%
	Total	100,0%		Total	100,0%		Total	100,0%
Les collègues se parlent entre eux avant d'entreprendre quelque chose qu	(1)Plu-part	85,8%	Je suis fier/fière de travailler dans cet établissement de santé.	(1)Plu-part	80,6%	Le responsable de mon établissement est une personne remarquable qui est	(1)Plu-part	84,2%
	(2)	5,2%		(2)	6,2%		(2)	3,9%
	(3)	2,3%		(3)	7,0%		(3)	5,4%
	(4)	4,1%		(4)	3,9%		(4)	4,4%
	(5)Jam-ais	2,6%		(5)Jam-ais	2,3%		(5)Jam-ais	2,1%
	Total	100,0%		Total	100,0%		Total	100,0%
Les collègues passent leur temps à bavarder de choses qui n'ont rien à v	(1)Plu-part	8,5%	Je préférerais travailler ailleurs que dans cet établissement.	(1)Plu-part	43,5%	Le responsable de mon établissement est trop attaché aux politiques et a	(1)Plu-part	81,1%
	(2)	5,7%		(2)	8,0%		(2)	6,0%
	(3)	7,0%		(3)	11,4%		(3)	3,4%
	(4)	35,2%		(4)	15,0%		(4)	4,4%
	(5)Jam-ais	43,5%		(5)Jam-ais	22,0%		(5)Jam-ais	5,2%
	Total	100,0%		Total	100,0%		Total	100,0%
Dans mon poste, je suis libre d'organiser mon travail et de choisir les	(1)Plu-part	69,9%	Je suis très travailleur/euse.	(1)Plu-part	96,4%	Le responsable de mon établissement motive le personnel pour atteindre l	(1)Plu-part	63,7%
	(2)	7,3%		(2)	2,1%		(2)	6,7%
	(3)	4,9%		(3)	1,6%		(3)	7,8%
	(4)	6,2%		(4)	0,0%		(4)	9,6%
	(5)Jam-ais	11,7%		(5)Jam-ais	0,0%		(5)Jam-ais	12,2%
	Total	100,0%		Total	100,0%		Total	100,0%
Mes supérieurs hiérarchiques me laissent suffisamment de pouvoirs pour b	(1)Plu-part	84,5%	J'arrive à l'heure à mon travail.	(1)Plu-part	89,6%	La fidélité et la tradition sont très importantes dans mon établissement	(1)Plu-part	89,1%
	(2)	5,4%		(2)	8,5%		(2)	6,0%
	(3)	3,6%		(3)	1,0%		(3)	2,6%
	(4)	3,9%		(4)	,8%		(4)	2,1%
	(5)Jam-ais	2,6%		(5)Jam-ais	0,0%		(5)Jam-ais	,3%
	Total	100,0%		Total	100,0%		Total	100,0%
Il est important pour moi que la communauté reconnaisse mon travail en t	(1)Plu-part	90,7%	En ce moment, je me sens motivé(e) pour faire le maximum dans mon travai	(1)Plu-part	65,5%	L'innovation et la volonté d'être les premiers à essayer quelque chose s	(1)Plu-part	86,0%
	(2)	4,7%		(2)	9,1%		(2)	7,0%
	(3)	1,6%		(3)	9,1%		(3)	3,6%
	(4)	3,1%		(4)	8,3%		(4)	2,3%
	(5)Jam-ais	0,0%		(5)Jam-ais	8,0%		(5)Jam-ais	1,0%
	Total	100,0%		Total	100,0%		Total	100,0%
Il est important pour moi que mes pairs reconnaissent	(1)Plu-part	93,3%	Mon établissement est très dynamique. Il y a	(1)Plu-part	72,0%	Obtenir des résultats et être perfomant est très important	(1)Plu-part	95,3%
	(2)	3,4%		(2)	8,8%		(2)	2,8%
	(3)	1,0%		(3)	9,6%		(3)	1,6%
	(4)	1,8%		(4)	5,7%		(4)	,3%

Item		%	Item		%	Item		%
mon travail en tan	(5)Jam-ais	,5%	beaucoup d'innovations. Les	(5)Jam-ais	3,9%	dans mon étab	(5)Jam-ais	0,0%
	Total	100,0%		Total	100,0%		Total	100,0%
Les changements donnent l'occasion d'apporter des améliorations dans l'é	(1)Plu-part	81,3%						
	(2)	10,1%						
	(3)	4,4%						
	(4)	3,4%						
	(5)Jam-ais	0,8%						
	Total	100,0%						

7.7 ANALYSE DE L'ABSENTEISME RAPPORTE PAR LE PERSONNEL CONCERNE ET A TRAVERS DES VISITES IMPROMPTUES

7.7.1 Absentéisme du personnel par catégorie rapporté par le personnel concerné

Le bon fonctionnement d'une structure de santé repose non seulement sur la compétence de son personnel, mais également sur leur présence effective sur leur lieu de travail. Il est donc important d'évaluer le nombre de jours d'absence.

Les analyses montrent qu'en général, un agent s'est absenté en moyenne 4 jours au cours du mois précédant l'enquête, soit moins d'une journée par semaine. Mais on note de forte disparité selon la catégorie socioprofessionnelle. Ainsi, les médecins accusent en moyenne 5 jours d'absences par mois, contre quatre jours pour les infirmiers d'Etat, les sages-femmes et infirmiers brevetés..

Le nombre de jours d'absence varie également selon la région, d'un maximum de 7 jours à Kédougou à un minimum de 3 jours à Ziguinchor. Sédhiou et Tambacounda occupent des positions intermédiaires avec respectivement une moyenne de 5 et 4 jours en moyenne. Il n'y a pas de différence entre le nombre moyen de jours d'absence selon le sexe.

Tableau 7-33 : Nombre moyen de jour d'absence au cours des 30 derniers jours

	Nous comprenons bien que les agents de santé ne peuvent pas toujours ass				
	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum	Effectif
Kédougou	0	6	5	30	48
Sédhiou	0	5	4	17	70
Tambacounda	0	4	3	30	131
Ziguinchor	0	3	2	30	135
Rural	0	5	4	30	242
Urbain	0	4	1	30	142
Médecin	0	5	0	30	25
Infirmier d'Etat/Technicien Supérieur	0	4	3	30	101
Sage-Femme	0	4	3	30	98
Infirmier Breveté/Auxiliaire sage-Femme	0	4	3	29	160
Hommes	0	4	3	30	205
Femmes	0	4	3	30	179
Poste de Santé	0	4	3	30	320
Centre de Santé	0	4	1	30	55
Etablissement Public de Santé	0	2	0	10	9
Total	0	4	3	30	384

7.7.2 Taux d'absences à travers des visites impromptues

Au point 7.7.1 ci-dessus, nous avons mesuré le nombre de jours d'absence par mois, mais avec une question posée aux employés eux-mêmes. Cette approche peut introduire bien évidemment des biais car la personne interrogée peut avoir tendance à minorer ses absences. Afin d'avoir une mesure plus objective de l'absentéisme dans les formations sanitaires, un dispositif "d'observation directe" a été mis en place. Cette observation avait lieu après l'enquête principale de la structure sanitaire qui permettait de disposer de la liste de l'ensemble des membres du personnel. Muni de cette liste, un enquêteur effectuait une seconde visite à l'improviste de la structure sanitaire, dressait la liste des agents présents et comparait cette liste à celle de l'ensemble du personnel. Il interrogeait le responsable de la formation sanitaire ou le responsable du personnel sur les motifs d'absence de chaque agent absent.

Il ressort des analyses que le taux d'absence observée est de 24,6% par jour de travail, soit plus d'une journée par semaine (24,6%X40h/semaine). Cette durée est plus élevée que celle que nous avions obtenu une précédemment, quand les informations sur les absences étaient quand les

informations étaient rapportées de façon rétrospective. Ceci montre bien qu'il est important de mesurer de façon directe l'absentéisme.

Le taux d'absence varie de façon significative par catégorie de personnel. Il est ainsi de 30,5% chez les médecins et les infirmiers d'Etat et atteint même 33% chez les sages-femmes. Il est le plus faible chez les infirmiers brevetés (18,3%).

C'est dans la région de Sédhiou qu'on enregistre le taux d'absence le plus élevé (34,6%), suivi de Kédougou (29,7%) Tambacounda (27,4%) et enfin Ziguinchor (29,9%%),. Selon le milieu de résidence, les agents de santé sont plus souvent absents en milieu urbain (31,2%) qu'en milieu rural (22,1%). Il n'existe pas de différence importante entre hommes et femmes en matière d'absence.

Tableau 7-34 : Taux d'absence constaté lors des visites surprises(%)

	Taux d'absence	
	%	Effectif
Kédougou	29.7	64
Sédhiou	34.6	78
Tambacounda	27.4	146
Ziguinchor	23.9	163
Rural	22.1	172
Urbain	31.2	279
Médecin	30.5	59
Infirmier d'Etat/Technicien Supérieur	30.5	128
Sage-Femme	33.1	133
Infirmier Breveté/Auxiliaire sage-Femme	18.3	131
Hommes	27.6	203
Femmes	27.8	248
Poste de Santé	33.3	39
Centre de Santé	35.4	206
Etablissement Public de Santé	18.9	206
Total	27.7	451

7.7.3 Motifs d'absences

Quand un agent était constaté absent; le motif était demander au directeur de la structure ou au responsable des ressources humaines selon le cas. Parmi l'ensemble des raisons avancées, la modalité "autres raison valables" est de loin la plus souvent cité (près de 50%). Dans les faits, les raisons avancées sont multiples, dont essentiellement, mais pas uniquement, celles liées à la

participation à la vie sociale (assistance au décès, naissance, etc.). Mais on soupçonne que l'importance des "autres" reflète les tentatives des supérieurs de couvrir leurs collègues.

Parmi les raisons connues, la plus importante est "sur autorisation de l'administration" (23,2%) suivie du fait d'être en formation (12,8%). Mais dans le premier, cas, on ne sait pas la véritable raison.

Tableau 7-35 : Motifs d'absence (%)

	Il est en formation.	Il s'est absenté(e) sur autorisation de l'administration.	Il est malade.	Il est en réunion en dehors du centre.	Il est en mission en dehors du centre.	Il est en voyage officiel.	Autre(s) raison(s) valable(s).
Kédougou	36.8	36.8	5.3	.0	5.3	.0	57.9
Sédhiou	.0	25.9	.0	.0	25.9	.0	40.7
Tambacounda	17.5	22.5	7.5	.0	5.0	5.0	52.5
Ziguinchor	5.1	15.4	5.1	10.3	.0	20.5	48.7
Rural	23.7	15.8	2.6	.0	.0	7.9	47.4
Urbain	8.0	26.4	5.7	4.6	11.5	8.0	50.6
Médecin	11.1	11.1	5.6	5.6	16.7	22.2	22.2
Infirmier d'Etat/Technicien Supérieur	15.4	23.1	.0	5.1	7.7	7.7	43.6
Sage-Femme	9.1	31.8	9.1	2.3	6.8	2.3	63.6
Infirmier Breveté/Auxiliaire sage-Femme	16.7	16.7	4.2	.0	4.2	8.3	54.2
Hommes	17.9	17.9	1.8	5.4	12.5	8.9	35.7
Femmes	8.7	27.5	7.2	1.4	4.3	7.2	60.9
Poste de Santé	7.7	15.4	23.1	.0	.0	23.1	23.1
Centre de Santé	6.8	19.2	2.7	5.5	12.3	5.5	61.6
Etablissement Public de Santé	25.6	33.3	2.6	.0	2.6	7.7	35.9
Total	12.8	23.2	4.8	3.2	8.0	8.0	49.6

(*)NB: les effectifs bases de calcul sont les mêmes que dans celui dans le tableau ci-dessous. les réponses sont à choix multiple donc les réponses peuvent dépasser 100%

7.7.4 Taux d'absences non justifiées

En général, 95% des absences sont justifiées, et seulement 5% sont sans justifications. Mais comme nous l'avons souligné ci-dessus, il se peut bien ce taux soit largement sous-estimé par le fait que les supérieurs ont préféré couvrir leur employés. Selon la catégorie de personnel, c'est chez les infirmiers d'Etat et Techniciens supérieurs que le taux de justification est le plus faible (92%). A l'inverse, il est le plus élevé chez les sages-femmes (près de 98%). Selon le sexe, les hommes sont plus souvent en absence non justifié (7%) que les femmes (3%). Selon la région, on note d'importantes disparités: alors qu'à Kédougou et Tambacounda 100% des absences sont justifiées, ce taux est d'à peu près 11% ailleurs à Sédhiou et 8% Ziguinchor.

Tableau 7-36 : Taux d'absence justifiée selon la catégorie socio-professionnelle (%)

	Taux d'absence non justifié	
	Effectif	%
Kédougou	19	100.0
Sédhiou	27	88.9
Tambacounda	40	100.0
Ziguinchor	39	92.3
Rural	38	92.1
Urbain	87	96.6
Médecin	18	94.4
infirmier d'Etat/Technicien supérieur	39	92.3
Sage-femme	44	97.7
infirmier breveté/auxiliaire Sage-femme	24	95.8
1. HOMMES	56	92.9
2. FEMMES	69	97.1
1. EPS	13	92.3
2. Centre de santé	73	98.6
3. Poste de santé	39	89.7
Total	125	95.2

CONCLUSION ET SYNTHESE DES RESULTATS

L'objectif principal de ce chapitre est d'analyser les caractéristiques des personnels de santé, leur qualification, expérience et connaissance du métier ainsi que les conditions objectives et subjectives d'exercice du travail.

L'examen des caractéristiques sociodémographiques montre que selon le sexe, il existe une légère sur-représentativité des hommes dans l'ensemble, avec une forte spécialisation selon la profession: les médecins sont principalement des hommes (88%) et les sages-femmes exclusivement des ... femmes (100%). Le personnel des FOSA est en général jeune (plus de la moitié est âgée entre 30 et 39 ans, et un cinquième a moins de 20 ans), ce qui constitue un atout pour les centres de santé, mais aussi une contrainte en termes d'absence d'expérience.

La répartition du personnel des FOSA selon le niveau d'étude met en évidence un niveau d'étude correct (la moitié a fait le secondaire, et l'autre moitié le supérieur, bien évidemment, ce niveau varie suivant la catégorie professionnelle, avec par exemple l'ensemble des médecins qui a fait l'enseignement supérieur et les infirmiers brevetés dont seul un tiers a fait des études supérieures. L'expérience dans le métier s'élève à 7 ans en moyenne mais est plus faible chez les médecins et les sages-femmes (5 et 4 ans respectivement) et plus élevée dans les autres catégories (9 ans en moyenne). L'ancienneté dans la structure de santé enquêtée est moitié moins importante que l'expérience professionnelle totale.

La très large majorité du personnel a déjà bénéficié d'une formation continue dans les domaines stratégique de la médecine (plus de quatre cinquièmes ont reçu une formation dans le traitement du paludisme, trois quarts dans le dépistage du VIH et une proportion à peu près similaire dans la vaccination, etc.). C'est surtout dans celui de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et en gestion que les besoins en formation se font ressentir (un peu moins d'un tiers du personnel en est demandeur).

Quant à la maîtrise de certains aspects de leur métier, il ressort des analyses qu'une proportion significative (un peu plus du tiers) des agents ne connaît pas l'âge d'administration du vaccin de l'hépatite B. Sur les autres vaccins, les calendriers sont plutôt bien connus (par au moins 80% du personnel).

Sur les actions à entreprendre face à certaines circonstances, les praticiens ne maîtrisent pas toujours correctement le protocole. Par exemple, moins d'un quart savent qu'il faut malgré tout vacciner "un enfant qui a de la fièvre, la gorge rouge et le nez qui coule mais sans autres symptômes".

Au niveau des conditions de travail, les agents de santé travaillent dans des conditions qui sont loin d'être reluisantes. Ainsi, dans l'ensemble, seulement la moitié des employés ont contrat de travail à durée indéterminée(CDI) et peuvent donc être considérés comme employés permanents des structures sanitaires. Si le nombre moyen d'heures dans théorique est de 40 heures hebdomadaires, les agents de santé ont, dans l'ensemble, travaillé en moyenne pendant 53 heures. Environ deux tiers des salariés gagnent au moins 150000 FCFA, et l'autre tiers moins. Dans l'ensemble, les trois quarts des salariés ont déclaré que leurs salaires étaient versés de façon régulière et donc l'autre quart fait face à une certaine irrégularité salariale. Plus de deux tiers des employés bénéficient d'un logement gratuit ou subventionné et près de quatre dixièmes d'une couverture santé. Sur tous ces éléments, il existe de fortes disparités selon la catégorie professionnelle.

Quant aux conditions subjectives, près de deux tiers employés ont déclaré être globalement satisfaits de leur emploi. Selon la catégorie de personnel, les médecins sont, de loin, les plus insatisfaits. Les agents de santé ont été interrogés spécifiquement sur les 18 différentes dimensions liées à l'environnement de leur travail. Ce qui ressort avant tout, c'est que le degré de satisfaction est très élevé pour tout ce qui touche aux relations humaines au niveau de l'environnement de travail immédiat: niveau de respect au sein de la communauté relations de travail avec le personnel de l'établissement; reconnaissance du travail par le supérieur direct; possibilité de discuter travail avec le superviseur direct (82,3%). Sur ces différents aspects, au moins les quatre cinquièmes des agents sont satisfaits. Par contre, peu d'agents sont satisfaits la rétribution de leur travail, aussi bien en terme de revenus que d'avantages en nature. Enfin, le taux d'absence reste élevé (près de 30%), même si en général (dans 95% des cas) il s'agit d'absences justifiées.

ANNEXES CHAPITRE 7

Tableau A7.1. Réparation du personnel FOSA selon les activités assurées au cours des trois derniers mois (a à e) (%)

	[01.16_a] Supervision d'agents de santé communautaires	[01.16_b] Supervision d'accoucheuses traditionnelles	[01.16_c] Consultation pédiatrique	[01.16_d] Consultation adultes	[01.16_e] Consultation de planification familiale
1. KEDOUGOU	75.5	10.2	89.8	98.0	83.7
2. SEDHIOU	78.9	16.9	91.5	100.0	81.7
3. TAMBACOUNDA	66.7	6.1	87.1	95.5	82.6
4. ZIGUINCHOR	73.3	18.5	85.2	95.6	74.1
Rural	76.2	14.3	92.6	98.0	88.9
Urbain	65.7	10.5	79.0	94.4	63.6
Médecin	60.0	4.0	88.0	92.0	12.0
infirmier d'Etat/Technicien supérieur	79.4	10.8	94.1	98.0	63.7
Sage-femme	56.6	17.2	65.7	94.9	100.0
infirmier breveté/auxiliaire Sage-femme	79.5	13.0	96.9	97.5	87.6
1. Hommes	82.0	12.1	95.6	98.1	74.8
2. Femmes	61.3	13.8	78.5	95.0	85.1
POSTE DE SANTÉ	76.7	13.4	91.3	97.2	87.9
CENTRE DE SANTÉ	55.4	7.1	71.4	96.4	37.5
ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ	22.2	33.3	55.6	77.8	44.4
Total	72.4	12.9	87.6	96.6	2,99.6

Tableau A7.1 Réparation du personnel FOSA selon les activités assurées au cours des trois derniers mois (f à k) (%)

	[01.16_f] Consultation prénatale	[01.16_g] Consultation postnatale	[01.16_h] Accouchement en milieu médical	[01.16_i] Accouchement à domicile	[01.16_j] Diagnostic/traitement de la tuberculose	[01.16_k] Vaccinations
1. KEDOUGOU	83.7	81.6	75.5	10.2	44.9	79.6
2. SEDHIOU	83.1	84.5	85.9	5.6	66.2	80.3
3. TAMBACOUNDA	83.3	80.3	82.6	4.5	42.4	81.1
4. ZIGUINCHOR	78.5	74.1	69.6	1.5	55.6	81.5
Rural	89.3	88.5	88.9	4.5	49.6	90.6
Urbain	68.5	62.9	58.7	4.2	55.2	64.3
Médecin	24.0	32.0	24.0	.0	80.0	16.0
infirmier d'Etat/Technicien supérieur	72.5	65.7	65.7	2.9	59.8	90.2
Sage-femme	100.0	99.0	94.9	6.1	16.2	63.6
infirmier breveté/auxiliaire Sage-femme	85.1	82.6	83.2	5.0	64.0	95.7
1. Hommes	73.3	72.8	72.8	4.4	65.5	86.9
2. Femmes	91.2	86.2	83.4	4.4	35.9	74.0
POSTE DE SANTÉ	89.4	86.0	86.3	5.0	51.6	90.1
CENTRE DE SANTÉ	39.3	39.3	32.1	1.8	55.4	37.5
ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ	66.7	77.8	55.6	.0	33.3	22.2
Total	81.7	79.1	77.8	4.4	51.7	80.9

Tableau A7.1. Réparation du personnel FOSA selon les activités assurées au cours des trois derniers mois (l à q) (%)

	[01.16_l] Suivi de la croissance / conseils nutritionnels	[01.16_m] Traitement du paludisme	[01.16_n] Formation d'agents de santé communautaires	[01.16_o] Formation d'accoucheuses traditionnelles	[01.16_p] Prise en charge de handicaps et de maladies chroniques	[01.16_q] Traitement de troubles mentaux
1. KEDOUGOU	83.7	93.9	71.4	2.0	36.7	4.1
2. SEDHIOU	80.3	76.1	67.6	8.5	50.7	18.3
3. TAMBACOUNDA	84.1	87.1	59.1	8.3	41.7	17.4
4. ZIGUINCHOR	85.2	74.8	53.3	5.9	43.7	10.4
Rural	90.6	83.2	62.3	7.8	41.4	11.9
Urbain	72.0	79.0	56.6	4.9	46.9	16.1
Médecin	44.0	76.0	56.0	.0	92.0	48.0
infirmier d'Etat/Technicien supérieur	91.2	89.2	70.6	6.9	42.2	12.7
Sage-femme	65.7	71.7	43.4	9.1	28.3	3.0
infirmier breveté/auxiliaire Sage-femme	96.3	83.9	64.6	6.2	46.0	14.9
1. Hommes	89.8	87.4	70.9	5.3	54.9	19.9
2. Femmes	76.8	75.1	48.1	8.3	30.4	6.1
POSTE DE SANTÉ	90.7	82.9	61.8	7.5	39.8	12.1
CENTRE DE SANTÉ	55.4	78.6	57.1	1.8	64.3	19.6
ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ	11.1	55.6	22.2	11.1	44.4	22.2
Total	83.7	81.7	60.2	6.7	43.4	13.4

Tableau A7.1. Réparation du personnel FOSA selon les activités assurées au cours des trois derniers mois (r à u) (%)

	[01.16_r] Conseil et dépistage du VIH/sida	[01.16_s] Traitement du VIH/sida (traitement antirétroviral, ART)	[01.16_t] Circoncision	[01.16_u] Autre, spécifier:
1. KEDOUGOU	93.9	53.1	42.9	20.4
2. SEDHIOU	97.2	63.4	36.6	15.5
3. TAMBACOUNDA	87.1	34.8	31.8	20.8
4. ZIGUINCHOR	96.3	23.7	23.0	6.7
Rural	94.3	38.5	34.8	12.4
Urbain	90.9	38.5	24.5	18.9
Médecin	88.0	92.0	8.0	36.0
infirmier d'Etat/Technicien supérieur	88.2	35.3	41.2	15.8
Sage-femme	99.0	38.4	4.0	15.2
infirmier breveté/auxiliaire Sage-femme	93.2	32.3	44.7	10.6
1. Hommes	91.7	40.8	51.9	17.1
2. Femmes	94.5	35.9	7.2	12.2
POSTE DE SANTÉ	94.4	34.8	34.8	13.8
CENTRE DE SANTÉ	87.5	55.4	14.3	21.4
ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ	77.8	66.7	.0	11.1
Total	93.0	38.5	31.0	14.8

Tableau A7.2 Formation continue reçue par le personnel (a à h) (%)

	[02,01_a] Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)	[02,01_b] Paludisme	[02,01_c] Diagnostic et traitement de la tuberculose	[02,01_d] Santé de la reproduction (SR) / planification familiale	[02,01_e] Soins prénatals	[02,01_f] Travail et accouchement	[02,01_g] Soins obstétricaux et néonatals d'urgence	[02,01_h] Soins néonatals
1, KEDOUGOU	61,2	81,6	51,0	77,6	71,4	49,0	28,6	57,1
2, SEDHIOU	33,8	81,7	40,8	87,3	83,1	67,6	73,2	80,3
3, TAMBACOUNDA	56,8	87,1	61,4	59,1	52,3	40,9	54,5	63,6
4, ZIGUINCHOR	55,6	81,5	53,3	75,6	74,1	56,3	60,0	71,9
Rural	52,9	82,8	57,0	76,2	71,3	52,5	59,0	72,5
Urbain	52,4	84,6	47,6	65,7	62,2	51,7	52,4	62,2
Médecin	32,0	72,0	52,0	44,0	48,0	32,0	44,0	40,0
infirmier d'Etat/Technicien supérieur	67,6	87,3	66,7	59,8	63,7	44,1	58,8	65,7
Sage-femme	24,2	74,7	12,1	88,9	71,7	51,5	52,5	76,8
infirmier breveté/auxiliaire Sage-femme	64,0	88,2	70,8	74,5	71,4	60,9	59,6	70,2
1, Hommes	66,0	88,3	70,4	70,4	68,9	58,3	59,7	67,5
2, Femmes	37,6	77,9	34,3	74,6	66,9	45,3	53,0	70,2
POSTE DE SANTÉ	54,3	83,9	55,3	75,8	71,4	54,3	57,8	71,1
CENTRE DE SANTÉ	48,2	85,7	50,0	55,4	48,2	39,3	50,0	57,1
ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ	22,2	55,6	11,1	55,6	66,7	55,6	55,6	55,6
Total	52,7	83,5	53,5	72,4	68,0	52,2	56,6	68,7

Tableau A7.2 Formation continue reçue par le personnel (i à p) (%)

	[02,01_i] Soins postnatals / post-partum	[02,01_j] Allaitement maternel, y compris allaitement écologique	[02,01_k] Santé mentale	[02,01_l] Nutrition et suivi de la croissance	[02,01_m] Conseil et dépistage du VIH/sida	[02,01_n] Traitement et suivi du VIH/sida (traitement antirétroviral, ARV)	[02,01_o] Prévention de la transmission du VIH/sida de la mère à l'enfant (PTME)	[02,01_p] Prise en charge des maladies sexuellement transmissibles (MST)
1, KEDOUGOU	46,9	51,0	4,1	69,4	85,7	81,6	87,8	46,9
2, SEDHIOU	67,6	54,9	4,2	71,8	83,1	74,6	71,8	53,5
3, TAMBACOUNDA	37,1	31,1	3,0	77,3	74,2	62,1	73,5	47,7
4, ZIGUINCHOR	61,5	53,3	20,0	79,3	72,6	43,0	67,4	57,0
rural	55,3	48,0	8,6	79,9	76,2	63,1	74,6	50,0
urbain	47,6	42,0	10,5	69,2	77,6	55,2	69,9	55,2
médecin	24,0	16,0	12,0	64,0	80,0	84,0	80,0	44,0
infirmier d'Etat/Technicien supérieur	48,0	50,0	12,7	81,4	70,6	53,9	67,6	55,9
Sage-femme	52,5	39,4	3,0	52,5	81,8	68,7	77,8	36,4
infirmier breveté/auxiliaire Sage-femme	59,6	51,6	10,6	88,8	77,0	55,3	72,0	60,2
1, Hommes	56,8	51,5	13,6	86,4	76,7	63,6	75,2	61,7
2, Femmes	47,5	39,2	4,4	64,1	76,8	56,4	70,2	40,9
POSTE DE SANTÉ	55,3	49,1	9,3	79,8	76,7	59,3	73,3	51,9
CENTRE DE SANTÉ	39,3	30,4	10,7	62,5	80,4	67,9	73,2	55,4
ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ	33,3	22,2	,0	22,2	55,6	44,4	55,6	33,3
Total	52,5	45,7	9,3	76,0	76,7	60,2	72,9	51,9

Tableau A7.2 Formation continue reçue par le personnel (q à w) (%)

	[02,01_q] Vaccination	[02,01_r] Soins curatifs de l'adulte	[02,01_s] Gestion et administration	[02,01_t] Santé communautaire / interventions sur le terrain	[02,01_u] Autre, spécifié:	[02,01_v] Autre, spécifié:	[02,01_w] Autre, spécifié:
1, KEDOUGOU	85,7	28,6	28,6	30,6	53,1	34,7	30,6
2, SEDHIOU	62,0	29,6	28,2	28,2	57,7	46,5	43,7
3, TAMBACOUNDA	77,3	22,0	32,6	25,0	56,8	44,7	43,9
4, ZIGUINCHOR	71,9	27,4	29,6	18,5	43,7	37,8	35,6
rural	78,7	24,2	31,1	24,2	49,6	38,9	37,3
urbain	65,0	29,4	28,7	23,8	55,9	45,5	42,7
médecin	48,0	32,0	28,0	28,0	48,0	36,0	32,0
infirmier d'Etat/Technicien supérieur	85,3	29,4	32,4	21,6	51,0	37,3	37,3
Sage-femme	44,4	8,1	13,1	9,1	54,5	44,4	40,4
infirmier breveté/auxiliaire Sage-femme	88,2	34,2	39,8	34,2	51,6	42,9	41,0
1, Hommes	85,4	35,0	40,3	32,0	53,4	41,7	40,3
2, Femmes	60,2	16,0	18,8	14,9	50,3	40,9	38,1
POSTE DE SANTÉ	78,3	25,2	33,2	24,5	51,9	40,7	38,8
CENTRE DE SANTÉ	55,4	32,1	17,9	25,0	58,9	50,0	46,4
ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ	22,2	22,2	,0	,0	11,1	11,1	11,1
Total	73,6	26,1	30,2	24,0	51,9	41,3	39,3

Tableau A7.3 Besoin en formation continue exprimé par le personnel (a à g) (%)

	[02,03_a] PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANT (PCIME)	[02,03_b] PALUDISME	[02,03_c] DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE	[02,03_d] SANTÉ PROCRÉATIVE / PLANIFICATION FAMILIALE	[02,03_e] SOINS PRÉNATALS	[02,03_f] TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT	[02,03_g] SOINS OBSTÉTRICAUX ET NÉONATALS D'URGENCE
1, KEDOUGOU	20,4	6,1	22,4	4,1	4,1	6,1	40,8
2, SEDHIOU	49,3	8,5	29,6	5,6	4,2	12,7	9,9
3, TAMBACOUNDA	22,7	6,8	15,9	23,5	18,2	21,2	27,3
4, ZIGUINCHOR	31,9	9,6	17,0	17,8	17,8	22,2	20,0
rural	33,6	8,2	18,9	16,4	13,9	20,9	26,2
urbain	25,2	7,7	21,0	14,7	13,3	13,3	18,2
médecin	28,0	16,0	20,0	16,0	16,0	16,0	20,0
infirmier d'Etat/Technicien supérieur	23,5	3,9	16,7	18,6	15,7	21,6	22,5
Sage-femme	39,4	10,1	29,3	8,1	11,1	11,1	28,3
infirmier breveté/auxiliaire Sage-femme	29,8	8,1	15,5	18,6	13,7	20,5	21,1
1, Hommes	23,3	7,3	13,6	16,5	12,6	17,0	20,9
2, Femmes	38,7	8,8	26,5	14,9	14,9	19,3	26,0
POSTE DE SANTÉ	31,4	7,8	17,7	16,5	14,3	19,9	23,9
CENTRE DE SANTÉ	26,8	8,9	30,4	14,3	12,5	10,7	23,2
ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ	22,2	11,1	22,2	,0	,0	,0	,0
Total	30,5	8,0	19,6	15,8	13,7	18,1	23,3

Tableau A7.3 Besoin en formation continue exprimé par le personnel (m à n) (%)

	[02,03_h] SOINS NÉONATALS	[02,03_i] SOINS POSTNATALS / POST-PARTUM	[02,03_j] ALLAITEMENT MATERNEL, Y COMPRIS ALLAITEMENT ÉCOLOGIQUE	[02,03_k] SANTÉ MENTALE	[02,03_l] NUTRITION ET SUIVI DE LA CROISSANCE	[02,03_m] CONSEIL ET DÉPISTAGE DU VIH/SIDA	[02,03_n] Traitement et suivi du VIH/sida (traitement antirétroviral, ARV)
1, KEDOUGOU	12,2	22,4	10,2	20,4	8,2	2,0	8,2
2, SEDHIOU	2,8	11,3	8,5	15,5	5,6	7,0	9,9
3, TAMBACOUNDA	12,1	25,0	20,5	22,0	8,3	11,4	15,9
4, ZIGUINCHOR	11,1	17,8	11,1	18,5	9,6	15,6	22,2
rural	10,2	20,9	14,3	21,3	7,8	12,3	16,8
urbain	9,8	17,5	12,6	16,1	9,1	8,4	14,7
médecin	8,0	12,0	4,0	8,0	,0	4,0	8,0
infirmier d'Etat/Technicien supérieur	14,7	22,5	18,6	22,5	7,8	13,7	17,6
Sage-femme	5,1	23,2	13,1	17,2	14,1	8,1	18,2
infirmier breveté/auxiliaire Sage-femme	10,6	16,8	12,4	20,5	6,2	11,8	14,9
1, Hommes	11,2	15,0	12,1	20,9	4,4	9,7	13,6
2, Femmes	8,8	24,9	15,5	17,7	12,7	12,2	18,8
POSTE DE SANTÉ	10,2	20,5	14,0	19,9	8,1	10,9	15,8
CENTRE DE SANTÉ	10,7	17,9	14,3	19,6	10,7	12,5	14,3
ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ	,0	,0	,0	,0	,0	,0	33,3
Total	10,1	19,6	13,7	19,4	8,3	10,9	16,0

	[02,03_o] PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA DE LA MÈRE À L'ENFANT (PTME)	[02,03_p] PRISE EN CHARGE DES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (MST)	[02,03_q] VACCINATION	[02,03_r] SOINS CURATIFS DE L'ADULTE	[02,03_s] GESTION ET ADMINISTRATION	[02,03_t] SANTÉ COMMUNAUTAIRE / INTERVENTIONS SUR LE TERRAIN	[02,03_u] AUTRE, SPÉCIFIER:
1, KEDOUGOU	2,0	12,2	2,0	18,4	28,6	16,3	49,0
2, SEDHIOU	14,1	18,3	8,5	14,1	23,9	12,7	60,6
3, TAMBACOUNDA	15,9	25,0	6,1	22,0	23,5	22,0	53,8
4, ZIGUINCHOR	17,8	15,6	11,1	20,7	32,6	26,7	42,2
rural	15,2	19,7	5,7	19,7	26,2	21,3	48,0
urbain	13,3	17,5	11,2	19,6	29,4	21,0	54,5
médecin	4,0	12,0	8,0	8,0	20,0	8,0	76,0
infirmier d'Etat/Technicien supérieur	18,6	18,6	5,9	23,5	38,2	29,4	45,1
Sage-femme	15,2	25,3	13,1	20,2	24,2	21,2	56,6
infirmier breveté/auxiliaire Sage-femme	13,0	16,1	5,6	18,6	23,6	18,0	46,0
1, Hommes	12,1	15,5	4,4	17,5	28,6	18,9	52,9
2, Femmes	17,1	22,7	11,6	22,1	26,0	23,8	47,5
POSTE DE SANTÉ	14,6	18,6	5,9	19,9	25,5	21,1	49,1
CENTRE DE SANTÉ	16,1	23,2	19,6	21,4	41,1	25,0	57,1
ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ	,0	,0	,0	,0	11,1	,0	55,6
Total	14,5	18,9	7,8	19,6	27,4	21,2	50,4

Tableau A7.4. âges (en mois) où il est approprié de vacciner un enfant au BCG et au DCT

	BCG								DCT									
	,00	1,00	2,00	3,00	4,00	6,00	8,00	Total	,00	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	14,00	15,00	46,00	Total
1. KEDOUGOU	79,2%	6,3%	0,0%	14,6%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	4,2%	91,7%	2,1%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
2. SEDHIOU	78,9%	5,6%	0,0%	15,5%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	1,4%	84,5%	8,5%	2,8%	1,4%	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%	100,0%
3. TAMBACOUNDA	81,6%	3,2%	0,0%	13,6%	0,8%	0,8%	0,0%	100,0%	1,6%	81,6%	11,2%	1,6%	1,6%	0,8%	0,0%	0,8%	0,8%	100,0%
4. ZIGUINCHOR	77,8%	5,2%	1,5%	14,8%	0,0%	0,0%	0,7%	100,0%	2,2%	88,9%	4,4%	2,2%	1,5%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
rural	75,3%	5,0%	0,4%	18,4%	0,0%	0,4%	0,4%	100,0%	1,3%	87,9%	7,1%	1,7%	0,8%	0,4%	0,4%	0,0%	0,4%	100,0%
urbain	86,4%	4,3%	0,7%	7,9%	0,7%	0,0%	0,0%	100,0%	3,6%	82,9%	7,1%	2,9%	2,1%	0,7%	0,0%	0,7%	0,0%	100,0%
médecin	87,5%	4,2%	0,0%	4,2%	4,2%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
infirmier d'Etat/Technicien supérieur	72,5%	6,9%	0,0%	20,6%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	1,0%	92,2%	3,9%	1,0%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	100,0%
Sage-femme	82,7%	8,2%	1,0%	7,1%	0,0%	1,0%	0,0%	100,0%	5,1%	76,5%	10,2%	3,1%	2,0%	1,0%	1,0%	1,0%	0,0%	100,0%
infirmier breveté/auxiliaire Sage-femme	80,6%	1,3%	0,6%	16,8%	0,0%	0,0%	0,6%	100,0%	1,3%	85,8%	8,4%	2,6%	1,3%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
1. Hommes	76,5%	3,0%	0,5%	19,5%	0,0%	0,0%	0,5%	100,0%	1,0%	89,5%	5,5%	2,5%	1,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
2. Femmes	82,7%	6,7%	0,6%	8,9%	0,6%	0,6%	0,0%	100,0%	3,4%	82,1%	8,9%	1,7%	1,7%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	100,0%
POSTE DE SANTÉ	77,5%	4,7%	0,6%	16,5%	0,0%	0,3%	0,3%	100,0%	2,2%	86,7%	7,3%	1,6%	0,9%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	100,0%
CENTRE DE SANTÉ	88,9%	3,7%	0,0%	5,6%	1,9%	0,0%	0,0%	100,0%	1,9%	81,5%	7,4%	3,7%	3,7%	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ	88,9%	11,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	88,9%	0,0%	11,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	79,4%	4,7%	0,5%	14,5%	0,3%	0,3%	0,3%	100,0%	2,1%	86,0%	7,1%	2,1%	1,3%	0,5%	0,3%	0,3%	0,3%	100,0%

Tableau A7. 5 âges (en mois) où il est approprié de vacciner un enfant contre l'hépatite et au la rougeole

	HEPATITE												ROUGEOLE						
	,00	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00	9,00	14,00	15,00	46,00	Total	,00	1,00	8,00	9,00	11,00	17,00	Total
	N ligne	N ligne	N ligne	N ligne	N ligne	N ligne	N ligne	N ligne	N ligne	N ligne	N ligne	N ligne	N ligne	N ligne	N ligne	N ligne	N ligne	N ligne	N ligne
1. KEDOUGOU	27,1	64,6	4,2	2,1	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	2,1	0,0	97,9	0,0	0,0	100,0
2. SEDHIOU	23,9	66,2	2,8	2,8	0,0	0,0	0,0	1,4	1,4	1,4	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	95,8	0,0	4,2	100,0
3. TAMBACOUNDA	32,8	47,2	11,2	4,0	0,8	1,6	0,8	0,8	0,0	0,0	0,8	100,0	0,8	0,8	0,8	86,4	0,8	10,4	100,0
4. ZIGUINCHOR	34,1	54,8	5,2	3,7	0,7	0,7	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1,5	1,5	0,0	94,8	0,0	2,2	100,0
rural	34,3	54,4	6,7	1,7	0,0	0,8	0,4	0,8	0,4	0,0	0,4	100,0	0,4	1,3	0,4	92,5	0,0	5,4	100,0
urbain	25,0	57,9	6,4	6,4	1,4	0,7	1,4	0,0	0,0	0,7	0,0	100,0	1,4	0,7	0,0	92,9	0,7	4,3	100,0
médecin	12,5	83,3	0,0	4,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
infirmier d'Etat/Technicien supérieur	35,3	53,9	3,9	2,9	1,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	100,0	2,0	2,0	1,0	90,2	0,0	4,9	100,0
Sage-femme	19,4	59,2	13,3	4,1	0,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	0,0	100,0	1,0	1,0	0,0	89,8	1,0	7,1	100,0
infirmier breveté/auxiliaire Sage-femme	38,1	50,3	5,2	3,2	0,6	1,3	0,6	0,6	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,6	0,0	94,8	0,0	4,5	100,0
1. Hommes	32,5	56,5	4,0	4,0	0,5	1,0	1,0	0,5	0,0	0,0	0,0	100,0	0,5	0,5	0,5	95,0	0,0	3,5	100,0
2. Femmes	29,1	54,7	9,5	2,8	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	100,0	1,1	1,7	0,0	89,9	0,6	6,7	100,0
POSTE DE SANTÉ	32,9	55,1	6,6	2,5	0,3	0,6	0,3	0,6	0,3	0,3	0,3	100,0	0,6	0,9	0,3	93,0	0,0	5,1	100,0
CENTRE DE SANTÉ	24,1	55,6	7,4	7,4	1,9	1,9	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1,9	1,9	0,0	88,9	1,9	5,6	100,0
ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ	0,0	77,8	0,0	11,1	0,0	0,0	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Total	30,9	55,7	6,6	3,4	0,5	0,8	0,8	0,5	0,3	0,3	0,3	100,0	0,8	1,1	0,3	92,6	0,3	5,0	100,0

Tableau A7. 6 Evaluation des connaissances en matière de soins pour un bébé dont le travail a été long, en souffrance fœtale, a été sorti à la ventouse avec difficultés respiratoires (a à g) (%)

	[10.07_a] MAINTIENT LE BÉBÉ AU CHAUD	[10.07_b] CLAMPE ET COUPE LE CORDON SI NÉCESSAIRE	[10.07_c] TRANSFÈRE LE BÉBÉ SUR UNE SURFACE SÈCHE, PROPRE ET CHAUDE	[10.07_d] INFORME LA MÈRE QUE LE BÉBÉ À DU MAL À RESPIRER ET QUE VOUS ALLEZ L'AI	[10.07_e] MAINTIENT LE BÉBÉ ENVELOPPÉ (ET SI POSSIBLE SOUS UN RADIATEUR RAYONNAN	[10.07_f] LIBERE LES VOIES RESPIRATOIRES	[10.07_g] PLACE LA TÊTE DE MANIÈRE À CE QU'ELLE SOIT LÉGÈREMENT EN EXTENSION
1. KEDOUGOU	73.3	26.7	20.0	.0	26.7	60.0	.0
2. SEDHIOU	65.4	53.8	42.3	7.7	30.8	42.3	23.1
3. TAMBACOUNDA	75.0	47.2	36.1	8.3	38.9	77.8	5.6
4. ZIGUINCHOR	58.6	44.8	34.5	10.3	31.0	75.9	24.1
Rural	69.5	42.4	35.6	6.8	30.5	67.8	16.9
Urbain	66.0	48.9	34.0	8.5	36.2	63.8	10.6
Médecin	100.0	66.7	33.3	.0	66.7	100.0	66.7
infirmier d'Etat/Technicien supérieur	.	.	.	.	.	.	.
Sage-femme	67.3	45.9	35.7	8.2	32.7	63.3	13.3
infirmier breveté/auxiliaire Sage-femme	60.0	20.0	20.0	.0	20.0	100.0	.0
1. Hommes	80.0	40.0	40.0	.0	60.0	100.0	40.0
2. Femmes	67.3	45.5	34.7	7.9	31.7	64.4	12.9
POSTE DE SANTÉ	69.1	42.0	32.1	4.9	30.9	69.1	13.6
CENTRE DE SANTÉ	57.9	52.6	42.1	21.1	36.8	52.6	10.5
ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ	83.3	66.7	50.0	.0	50.0	66.7	33.3
Total	67.9	45.3	34.9	7.5	33.0	66.0	14.2

Tableau A7. 6 Evaluation des connaissances en matière de soins pour un bébé dont le travail a été long, en souffrance fœtale, a été sorti à la ventouse avec difficultés respiratoires (M2_10_07XX) (h à o) (%)

	[10.07_h] ASPIRE LA BOUCHE PUIS LE NEZ		[10.07_i] RECOMMENCE L'ASPIRATION SI NÉCESSAIRE	[10.07_j] VENTILE LE BÉBÉ	[10.07_k] PLACE LE MASQUE DE MANIÈRE À COUVRIR LE MENTON, LA BOUCHE ET LE NEZ (P	[10.07_l] PRESSE LE BALLON 2 OU 3 FOIS ET REGARDER SI LA POITRINE SE GONFLE	[10.07_m] VÉRIFIE LA POSITION DE LA TÊTE ET LA REPOSITIONNE SI NÉCESSAIRE	[10.07_n] VÉRIFIE L'ABSENCE DE FUITES AUTOUR DU MASQUE ET LE REPOSITIONNE SI NÉC	[10.07_o] PRESSE LE BALLON AU RYTHME DE 40 FOIS PAR MINUTE (JUSQU'À 20 MINUTES)
1. KEDOUGOU	49	53.3	33.3	73.3	26.7	6.7	20.0	.0	13.3
2. SEDHIOU	71	80.8	50.0	61.5	38.5	3.8	11.5	11.5	19.2
3. TAMBACOUNDA	132	75.0	41.7	63.9	30.6	19.4	19.4	22.2	44.4
4. ZIGUINCHOR	135	86.2	20.7	72.4	24.1	20.7	10.3	6.9	20.7
rural	244	74.6	37.3	71.2	35.6	13.6	20.3	15.3	28.8
urbain	143	78.7	36.2	61.7	23.4	14.9	8.5	8.5	25.5
médecin	25	100.0	33.3	100.0	100.0	100.0	33.3	.0	33.3
infirmier d'Etat/Technicien supérieur	102	.	.	.	.	.	.	.	.
Sage-femme	99	76.5	37.8	66.3	26.5	12.2	14.3	12.2	25.5
infirmier breveté/auxiliaire Sage-femme	161	60.0	20.0	60.0	60.0	.0	20.0	20.0	60.0
1. Hommes	206	80.0	40.0	80.0	100.0	60.0	40.0	20.0	60.0
2. Femmes	181	76.2	36.6	66.3	26.7	11.9	13.9	11.9	25.7
POSTE DE SANTÉ	322	79.0	37.0	66.7	33.3	14.8	17.3	12.3	30.9
CENTRE DE SANTÉ	56	63.2	31.6	63.2	10.5	.0	5.3	10.5	10.5
ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ	9	83.3	50.0	83.3	50.0	50.0	16.7	16.7	33.3
Total	387	76.4	36.8	67.0	30.2	14.2	15.1	12.3	27.4

Tableau A7-7 Satisfaction sur différentes dimensions du personnel (M2_08_01 à (M2_08_10) (%)

	[08.01] Les relations de travail avec le personnel de l'établissement	[08.02] Les relations de travail avec le personnel des services du district ou d	[08.03] La qualité de la gestion de l'établissement par l'équipe de direction de	[08.04] La quantité de médicaments disponibles dans l'établissement	[08.05] La qualité des médicaments disponibles dans l'établissement	[08.06] La qualité et l'état physique du matériel de l'établissement	[08.07] La disponibilité des fournitures dans l'établissement (compresses, etc.,	[08.09] Votre niveau de respect au sein de la communauté	[08.10] Vos possibilités d'augmenter votre niveau de qualification et vos connai
1. KEDOUGOU	91.8	59.2	57.1	36.7	73.5	38.8	34.7	91.8	46.9
2. SEDHIOU	91.5	69.0	54.9	28.2	80.3	31.0	33.8	93.0	59.2
3. TAMBACOUNDA	90.2	72.0	62.1	51.5	79.5	39.4	43.9	92.4	46.2
4. ZIGUINCHOR	88.1	76.3	71.1	34.1	84.4	45.2	40.0	88.9	54.1
rural	91.0	74.2	64.8	43.9	82.0	42.6	40.6	93.9	51.2
urbain	88.1	66.4	60.8	31.5	78.3	35.0	37.8	86.7	51.7
médecin	76.0	44.0	56.0	28.0	80.0	28.0	36.0	72.0	36.0
infirmier d'Etat/Technicien supérieur	93.1	71.6	67.6	42.2	77.5	49.0	37.3	93.1	52.0
Sage-femme	84.8	69.7	50.5	33.3	78.8	38.4	40.4	89.9	52.5
infirmier breveté/auxiliaire Sage-femme	93.2	76.4	69.6	42.9	83.9	36.6	41.0	93.8	52.8
1. Hommes	90.3	72.8	67.5	35.9	81.6	38.3	36.4	92.7	50.0
2. Femmes	89.5	69.6	58.6	43.1	79.6	41.4	43.1	89.5	53.0
PS	91.3	73.9	66.5	40.1	80.7	40.7	41.0	92.9	52.8
CS	83.9	60.7	55.4	37.5	85.7	39.3	33.9	83.9	50.0
EPS	77.8	44.4	.0	22.2	44.4	11.1	22.2	77.8	11.1
Total	89.9	71.3	63.3	39.3	80.6	39.8	39.5	91.2	51.4

Tableau A7-7 Satisfaction sur différentes dimensions du personnel (M2_08_11 à (M2_08_19) (%)

	[08.11] Vos possibilités de discuter des questions de travail avec votre supervi	[08.12] La reconnaissance par votre superviseur direct de votre bon travail	[08.13] Vos possibilités d'être récompensé(e) d'avoir beaucoup travaillé, financ	[08.14] Vos possibilités d'utiliser vos compétences dans votre travail	[08.15] Votre salaire	[08.16] Vos avantages (logement, indemnité de déplacement, primes, notamment pri	[08.17] Vos possibilités de promotion	[08.18] Les conditions de logement	[08.19] Globalement, êtes-vous satisfait(e) de votre emploi ?
1. KEDOUGOU	79.6	79.6	12.2	77.6	20.4	12.2	30.6	32.7	42.9
2. SEDHIOU	84.5	85.9	19.7	84.5	9.9	19.7	36.6	32.4	63.4
3. TAMBACOUNDA	82.6	83.3	18.9	86.4	8.3	22.0	34.8	36.4	62.1
4. ZIGUINCHOR	82.2	87.4	25.9	84.4	18.5	5.9	28.9	29.6	68.9
rural	83.2	86.5	19.7	84.4	13.5	15.6	29.5	34.4	63.1
urbain	81.1	81.8	22.4	83.9	14.0	13.3	37.8	30.1	60.8
médecin	60.0	72.0	24.0	64.0	8.0	24.0	16.0	36.0	44.0
infirmier d'Etat/Technicien supérieur	85.3	85.3	21.6	88.2	11.8	13.7	37.3	39.2	60.8
Sage-femme	80.8	80.8	24.2	84.8	23.2	18.2	28.3	31.3	70.7
infirmier breveté/auxiliaire Sage-femme	85.1	88.8	17.4	84.5	9.9	11.8	34.8	29.2	60.9
1. Hommes	82.0	86.9	17.5	83.0	8.3	12.6	34.0	32.0	57.3
2. Femmes	82.9	82.3	24.3	85.6	19.9	17.1	30.9	33.7	68.0
PS	83.9	87.3	21.4	84.8	15.2	15.2	33.5	35.4	64.6
CS	80.4	71.4	17.9	82.1	7.1	10.7	32.1	19.6	53.6
EPS	44.4	77.8	11.1	77.8	.0	22.2	.0	22.2	33.3
Total	82.4	84.8	20.7	84.2	13.7	14.7	32.6	32.8	62.3

Tableau A7-8. Motivation du personnel

	[09.01] Les collègues sont toujours prêts à faire bénéficier les autres membres					[09.02] En cas de désaccord entre collègues, ils essayent de s'entendre pour rés					[09.03] Les collègues se parlent entre eux avant d'entreprendre quelque chose qu					[09.04] Les collègues passent leur temps à bavarder de choses qui n'ont rien à v					[09.05] Dans mon poste, je suis libre d'organiser mon travail et de choisir les				
	im	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais
	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
1. KEDOUGOU	89,6%	6,3%	2,1%	2,1%	0,0%	87,5%	4,2%	4,2%	4,2%	0,0%	89,6%	6,3%	0,0%	2,1%	2,1%	10,4%	8,3%	6,3%	31,3%	43,8%	70,8%	12,5%	4,2%	2,1%	10,4%
2. SEDHIOU	90,1%	2,8%	2,8%	1,4%	2,8%	84,5%	7,0%	0,0%	7,0%	1,4%	90,1%	4,2%	2,8%	2,8%	0,0%	9,9%	12,7%	8,5%	22,5%	46,5%	70,4%	4,2%	4,2%	5,6%	15,5%
3. TAMBACOUNDA	81,8%	6,8%	7,6%	3,8%	0,0%	83,3%	3,0%	2,3%	6,1%	5,3%	82,6%	6,8%	2,3%	5,3%	3,0%	7,6%	1,5%	6,1%	43,9%	40,9%	75,8%	5,3%	4,5%	4,5%	9,8%
4. ZIGUINCHOR	85,9%	3,0%	6,7%	2,2%	2,2%	91,1%	2,2%	0,0%	5,9%	,7%	85,2%	3,7%	3,0%	4,4%	3,7%	8,1%	5,2%	7,4%	34,8%	44,4%	63,7%	8,9%	5,9%	9,6%	11,9%
rural	87,3%	4,9%	4,5%	1,6%	1,6%	89,8%	2,5%	,8%	4,1%	2,9%	90,2%	2,5%	2,0%	2,9%	2,5%	7,4%	5,7%	7,0%	30,7%	49,2%	71,7%	7,4%	5,7%	5,7%	9,4%
urbain	83,1%	4,2%	7,7%	4,2%	,7%	81,7%	5,6%	2,1%	9,2%	1,4%	78,2%	9,9%	2,8%	6,3%	2,8%	10,6%	5,6%	7,0%	43,0%	33,8%	66,9%	7,0%	3,5%	7,0%	15,5%
médecin	76,0%	8,0%	16,0%	0,0%	0,0%	84,0%	12,0%	0,0%	4,0%	0,0%	64,0%	20,0%	12,0%	4,0%	0,0%	12,0%	0,0%	0,0%	56,0%	32,0%	64,0%	12,0%	8,0%	12,0%	4,0%
infirmier d'Etat/Technicien supérieur	84,3%	6,9%	5,9%	2,0%	1,0%	86,3%	3,9%	2,0%	4,9%	2,9%	90,2%	6,9%	1,0%	2,0%	0,0%	5,9%	2,0%	9,8%	39,2%	43,1%	81,4%	6,9%	2,9%	5,9%	2,9%
Sage femme	84,7%	3,1%	4,1%	5,1%	3,1%	84,7%	4,1%	3,1%	6,1%	2,0%	84,7%	3,1%	3,1%	7,1%	2,0%	9,2%	8,2%	9,2%	33,7%	39,8%	57,1%	8,2%	9,2%	6,1%	19,4%
infirmier breveté/auxiliaire sage femme	88,8%	3,7%	5,0%	1,9%	,6%	88,8%	1,9%	0,0%	6,8%	2,5%	87,0%	3,1%	1,2%	3,7%	5,0%	9,3%	7,5%	5,0%	30,4%	47,8%	71,4%	6,2%	3,1%	5,6%	13,7%
aide soignant/communautaire	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

	[09.01] Les collègues sont toujours prêts à faire bénéficier les autres membres					[09.02] En cas de désaccord entre collègues, ils essayent de s'entendre pour rés					[09.03] Les collègues se parlent entre eux avant d'entreprendre quelque chose qu					[09.04] Les collègues passent leur temps à bavarder de choses qui n'ont rien à v					[09.05] Dans mon poste, je suis libre d'organiser mon travail et de choisir les				
	im	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais
	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
matrone	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
autre	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
1. Hommes	86,4%	6,3%	4,9%	1,5%	1,0%	87,9%	3,9%	1,0%	4,9%	2,4%	88,3%	4,4%	1,9%	2,9%	2,4%	8,7%	4,9%	5,8%	35,9%	44,7%	76,7%	6,3%	3,4%	4,9%	8,7%
2. Femmes	85,0%	2,8%	6,7%	3,9%	1,7%	85,6%	3,3%	1,7%	7,2%	2,2%	82,8%	6,1%	2,8%	5,6%	2,8%	8,3%	6,7%	8,3%	34,4%	42,2%	62,2%	8,3%	6,7%	7,8%	15,0%
PS	86,6%	5,3%	4,7%	2,2%	1,2%	88,8%	2,8%	,9%	5,3%	2,2%	88,8%	3,7%	1,6%	2,8%	3,1%	8,4%	5,9%	7,8%	32,0%	46,0%	72,0%	7,5%	4,7%	5,9%	9,9%
CS	80,0%	1,8%	10,9%	5,5%	1,8%	80,0%	7,3%	3,6%	5,5%	3,6%	72,7%	10,9%	3,6%	12,7%	0,0%	10,9%	3,6%	3,6%	52,7%	29,1%	61,8%	5,5%	7,3%	9,1%	16,4%
EPS	88,9%	0,0%	11,1%	0,0%	0,0%	55,6%	11,1%	0,0%	33,3%	0,0%	55,6%	22,2%	22,2%	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%	0,0%	44,4%	44,4%	44,4%	11,1%	0,0%	0,0%	44,4%
Total	85,8%	4,7%	5,7%	2,6%	1,3%	86,8%	3,6%	1,3%	6,0%	2,3%	85,8%	5,2%	2,3%	4,1%	2,6%	8,5%	5,7%	7,0%	35,2%	43,5%	69,9%	7,3%	4,9%	6,2%	11,7%

Tableau A7-8. Motivation du personnel

	[09.06] Mes supérieurs hiérarchiques me laissent suffisamment de pouvoirs pour b					[09.07] Il est important pour moi que la communauté reconnaisse mon travail en t					[09.08] Il est important pour moi que mes pairs reconnaissent mon travail en tan					[09.09] Les changements donnent l'occasion d'apporter des améliorations dans l'é					[09.10] Je me sens bien dans mon travail.				
	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais
	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
1. KEDOUGOU	77,1%	10,4%	6,3%	2,1%	4,2%	87,5%	8,3%	2,1%	2,1%	0,0%	89,6%	8,3%	2,1%	0,0%	0,0%	75,0%	8,3%	8,3%	6,3%	2,1%	72,9%	10,4%	10,4%	4,2%	2,1%
2. SEDHIOU	80,3%	7,0%	4,2%	5,6%	2,8%	91,5%	7,0%	0,0%	1,4%	0,0%	93,0%	4,2%	1,4%	1,4%	0,0%	88,7%	5,6%	2,8%	1,4%	1,4%	73,2%	11,3%	4,2%	9,9%	1,4%
3. TAMBACOUNDA	88,6%	3,8%	3,0%	2,3%	2,3%	90,2%	3,0%	2,3%	4,5%	0,0%	95,5%	1,5%	1,5%	0,0%	1,5%	78,0%	13,6%	3,8%	4,5%	0,0%	79,5%	8,3%	7,6%	3,8%	,8%
4. ZIGUINCHOR	85,2%	4,4%	3,0%	5,2%	2,2%	91,9%	3,7%	1,5%	3,0%	0,0%	92,6%	3,0%	0,0%	4,4%	0,0%	83,0%	9,6%	4,4%	2,2%	,7%	90,4%	3,7%	3,7%	2,2%	0,0%
rural	84,8%	4,1%	4,5%	3,7%	2,9%	92,2%	4,5%	1,2%	2,0%	0,0%	91,8%	4,1%	,8%	2,5%	,8%	79,5%	11,9%	4,5%	3,3%	,8%	84,4%	6,1%	4,5%	4,5%	,4%
urbain	83,8%	7,7%	2,1%	4,2%	2,1%	88,0%	4,9%	2,1%	4,9%	0,0%	95,8%	2,1%	1,4%	,7%	0,0%	84,5%	7,0%	4,2%	3,5%	,7%	76,1%	9,9%	8,5%	4,2%	1,4%
médecin	80,0%	4,0%	12,0%	4,0%	0,0%	84,0%	8,0%	4,0%	4,0%	0,0%	88,0%	4,0%	4,0%	4,0%	0,0%	84,0%	0,0%	16,0%	0,0%	0,0%	48,0%	12,0%	36,0%	4,0%	0,0%
infirmier d'Etat/Technicien supérieur	89,2%	4,9%	2,9%	2,0%	1,0%	90,2%	6,9%	1,0%	2,0%	0,0%	94,1%	3,9%	0,0%	1,0%	1,0%	84,3%	6,9%	3,9%	4,9%	0,0%	80,4%	12,7%	1,0%	5,9%	0,0%
Sage femme	78,6%	8,2%	4,1%	4,1%	5,1%	91,8%	3,1%	2,0%	3,1%	0,0%	92,9%	3,1%	3,1%	0,0%	1,0%	77,6%	14,3%	5,1%	1,0%	2,0%	82,7%	6,1%	4,1%	5,1%	2,0%
infirmier breveté/auxiliaire sage femme	85,7%	4,3%	2,5%	5,0%	2,5%	91,3%	3,7%	1,2%	3,7%	0,0%	93,8%	3,1%	0,0%	3,1%	0,0%	81,4%	11,2%	2,5%	4,3%	,6%	86,3%	4,3%	5,6%	3,1%	,6%
1. Hommes	85,0%	4,4%	3,9%	4,9%	1,9%	90,3%	5,8%	1,5%	2,4%	0,0%	93,7%	3,4%	,5%	2,4%	0,0%	81,1%	10,2%	3,9%	4,4%	,5%	79,1%	9,2%	7,8%	3,9%	0,0%
2. Femmes	83,9%	6,7%	3,3%	2,8%	3,3%	91,1%	3,3%	1,7%	3,9%	0,0%	92,8%	3,3%	1,7%	1,1%	1,1%	81,7%	10,0%	5,0%	2,2%	1,1%	83,9%	5,6%	3,9%	5,0%	1,7%
PS	85,4%	4,3%	3,4%	3,7%	3,1%	91,9%	4,3%	1,9%	1,9%	0,0%	93,5%	3,4%	,9%	1,9%	,3%	81,4%	11,2%	3,7%	2,8%	,9%	85,1%	6,2%	3,4%	4,3%	,9%
CS	80,0%	10,9%	3,6%	5,5%	0,0%	83,6%	5,5%	0,0%	10,9%	0,0%	90,9%	3,6%	1,8%	1,8%	1,8%	81,8%	5,5%	5,5%	7,3%	0,0%	67,3%	10,9%	16,4%	5,5%	0,0%
EPS	77,8%	11,1%	11,1%	0,0%	0,0%	88,9%	11,1%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	77,8%	0,0%	22,2%	0,0%	0,0%	33,3%	33,3%	33,3%	0,0%	0,0%
Total	84,5%	5,4%	3,6%	3,9%	2,6%	90,7%	4,7%	1,6%	3,1%	0,0%	93,3%	3,4%	1,0%	1,8%	,5%	81,3%	10,1%	4,4%	3,4%	,8%	81,3%	7,5%	6,0%	4,4%	,8%

Tableau A7-8. Motivation du personnel

	[09.11] Je suis fier/fière du travail que je fais dans cet établissement.					[09.12] Je suis fier/fière de travailler dans cet établissement de santé.					[09.13] Je préférerais travailler ailleurs que dans cet établissement.					[09.14] Je suis très travailleur/euse.					[09.15] J'arrive à l'heure à mon travail.				
	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Ja m-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Ja m-ais
	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
1. KEDOUGOU	91,7%	4,2%	0,0%	2,1%	2,1%	75,0%	8,3%	10,4%	4,2%	2,1%	43,8%	6,3%	20,8%	8,3%	20,8%	95,8%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	89,6%	8,3%	2,1%	0,0%	0,0%
2. SEDHIOU	94,4%	4,2%	1,4%	0,0%	0,0%	73,2%	8,5%	11,3%	4,2%	2,8%	46,5%	5,6%	12,7%	12,7%	22,5%	97,2%	1,4%	1,4%	0,0%	0,0%	95,8%	2,8%	1,4%	0,0%	0,0%
3. TAMBACOUNDA	97,0%	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%	81,1%	6,1%	5,3%	3,0%	4,5%	41,7%	11,4%	9,1%	15,2%	22,7%	96,2%	2,3%	1,5%	0,0%	0,0%	85,6%	12,1%	,8%	1,5%	0,0%
4. ZIGUINCHOR	92,6%	3,7%	2,2%	1,5%	0,0%	85,9%	4,4%	5,2%	4,4%	0,0%	43,7%	6,7%	9,6%	18,5%	21,5%	96,3%	1,5%	2,2%	0,0%	0,0%	90,4%	8,1%	,7%	,7%	0,0%
rural	95,9%	2,0%	,8%	1,2%	0,0%	83,2%	4,5%	7,0%	3,3%	2,0%	45,1%	7,8%	10,2%	14,3%	22,5%	96,7%	1,2%	2,0%	0,0%	0,0%	90,2%	7,8%	,8%	1,2%	0,0%
urbain	91,5%	6,3%	1,4%	0,0%	,7%	76,1%	9,2%	7,0%	4,9%	2,8%	40,8%	8,5%	13,4%	16,2%	21,1%	95,8%	3,5%	,7%	0,0%	0,0%	88,7%	9,9%	1,4%	0,0%	0,0%
médecin	76,0%	20,0%	4,0%	0,0%	0,0%	56,0%	12,0%	24,0%	8,0%	0,0%	52,0%	4,0%	16,0%	16,0%	12,0%	96,0%	4,0%	0,0%	0,0%	0,0%	80,0%	12,0%	8,0%	0,0%	0,0%
infirmier d'Etat/Technicien supérieur	95,1%	2,0%	1,0%	1,0%	1,0%	84,3%	3,9%	6,9%	2,9%	2,0%	32,4%	6,9%	9,8%	16,7%	34,3%	96,1%	2,9%	1,0%	0,0%	0,0%	90,2%	7,8%	2,0%	0,0%	0,0%
Sage femme	94,9%	3,1%	1,0%	1,0%	0,0%	75,5%	8,2%	4,1%	6,1%	6,1%	49,0%	11,2%	13,3%	13,3%	13,3%	93,9%	3,1%	3,1%	0,0%	0,0%	83,7%	14,3%	0,0%	2,0%	0,0%
infirmier breveté/auxiliaire sage femme	96,3%	2,5%	,6%	,6%	0,0%	85,1%	5,6%	6,2%	2,5%	,6%	46,0%	7,5%	10,6%	14,9%	21,1%	98,1%	,6%	1,2%	0,0%	0,0%	94,4%	5,0%	0,0%	,6%	0,0%
1. Hommes	93,7%	3,9%	1,0%	1,0%	,5%	82,5%	6,3%	7,3%	2,4%	1,5%	40,3%	7,8%	10,7%	15,5%	25,7%	97,1%	1,5%	1,5%	0,0%	0,0%	92,2%	5,3%	1,9%	,5%	0,0%
2. Femmes	95,0%	3,3%	1,1%	,6%	0,0%	78,3%	6,1%	6,7%	5,6%	3,3%	47,2%	8,3%	12,2%	14,4%	17,8%	95,6%	2,8%	1,7%	0,0%	0,0%	86,7%	12,2%	0,0%	1,1%	0,0%
PS	96,0%	2,2%	,9%	,9%	0,0%	83,2%	6,2%	5,6%	2,8%	2,2%	41,9%	8,4%	11,2%	15,5%	23,0%	96,6%	1,9%	1,6%	0,0%	0,0%	89,8%	8,7%	,6%	,9%	0,0%
CS	89,1%	7,3%	1,8%	0,0%	1,8%	69,1%	5,5%	14,5%	7,3%	3,6%	50,9%	7,3%	10,9%	12,7%	18,2%	94,5%	3,6%	1,8%	0,0%	0,0%	90,9%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%
EPS	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	55,6%	11,1%	11,1%	22,2%	0,0%	55,6%	0,0%	22,2%	11,1%	11,1%	100,0 %	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	77,8%	0,0%	22,2%	0,0%	0,0%
Total	94,3%	3,6%	1,0%	,8%	,3%	80,6%	6,2%	7,0%	3,9%	2,3%	43,5%	8,0%	11,4%	15,0%	22,0%	96,4%	2,1%	1,6%	0,0%	0,0%	89,6%	8,5%	1,0%	,8%	0,0%

Tableau A7-8. Motivation du personnel

	[09.16] En ce moment, je me sens motivé(e) pour faire le maximum dans mon travai					[09.17] Mon établissement est très dynamique. Il y a beaucoup d'innovations. Les					[09.18] Mon établissement est très formel et structuré. Les politiques et les pr					[09.19] Dans mon établissement, nous nous efforçons d'abord d'atteindre nos obje					[09.20] Le responsable de mon établissement est une personne remarquable qui est				
	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais
	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
1. KEDOUGOU	68,8 %	6,3 %	10,4 %	6,3 %	8,3%	72,9 %	10,4 %	10,4 %	0,0 %	6,3%	64,6 %	18,8 %	10,4 %	2,1 %	4,2%	64,6 %	10,4 %	12,5 %	6,3 %	6,3%	83,3 %	2,1 %	12,5 %	0,0 %	2,1%
2. SEDHIOU	67,6 %	2,8 %	8,5 %	11,3 %	9,9%	78,9 %	5,6 %	2,8 %	7,0 %	5,6%	71,8 %	8,5 %	7,0 %	8,5 %	4,2%	70,4 %	7,0 %	2,8 %	11,3 %	8,5%	78,9 %	5,6 %	5,6 %	5,6 %	4,2%
3. TAMBACOUNDA	63,6 %	12,1 %	10,6 %	7,6 %	6,1%	73,5 %	5,3 %	12,1 %	6,1 %	3,0%	65,2 %	10,6 %	12,9 %	7,6 %	3,8%	75,0 %	8,3 %	6,1 %	6,1 %	4,5%	86,4 %	4,5 %	3,0 %	4,5 %	1,5%
4. ZIGUINCHOR	65,2 %	10,4 %	7,4 %	8,1 %	8,9%	66,7 %	13,3 %	10,4 %	6,7 %	3,0%	68,1 %	13,3 %	10,4 %	8,1 %	0,0%	72,6 %	6,7 %	3,0 %	10,4 %	7,4%	85,2 %	3,0 %	5,2 %	5,2 %	1,5%
rural	67,6 %	6,1 %	11,1 %	8,2 %	7,0%	73,4 %	7,8 %	11,1 %	5,3 %	2,5%	71,3 %	9,4 %	11,5 %	5,3 %	2,5%	74,6 %	6,6 %	4,9 %	7,4 %	6,6%	87,3 %	3,3 %	3,7 %	4,5 %	1,2%
urbain	62,0 %	14,1 %	5,6 %	8,5 %	9,9%	69,7 %	10,6 %	7,0 %	6,3 %	6,3%	60,6 %	16,9 %	9,2 %	10,6 %	2,8%	67,6 %	9,9 %	5,6 %	10,6 %	6,3%	78,9 %	4,9 %	8,5 %	4,2 %	3,5%
médecin	72,0 %	16,0 %	8,0 %	4,0 %	0,0%	52,0 %	16,0 %	12,0 %	12,0 %	8,0%	56,0 %	28,0 %	4,0 %	12,0 %	0,0%	56,0 %	28,0 %	0,0 %	4,0 %	12,0 %	68,0 %	8,0 %	16,0 %	8,0 %	0,0%
infirmier d'Etat/Technicien supérieur	65,7 %	9,8 %	8,8 %	8,8 %	6,9%	70,6 %	11,8 %	9,8 %	3,9 %	3,9%	70,6 %	11,8 %	6,9 %	7,8 %	2,9%	68,6 %	6,9 %	7,8 %	12,7 %	3,9%	85,3 %	3,9 %	5,9 %	3,9 %	1,0%
Sage femme	66,3 %	8,2 %	9,2 %	6,1 %	10,2 %	73,5 %	10,2 %	7,1 %	3,1 %	6,1%	59,2 %	12,2 %	17,3 %	7,1 %	4,1%	67,3 %	8,2 %	5,1 %	8,2 %	11,2 %	77,6 %	6,1 %	4,1 %	8,2 %	4,1%

	[09.16] En ce moment, je me sens motivé(e) pour faire le maximum dans mon travai					[09.17] Mon établissement est très dynamique. Il y a beaucoup d'innovations. Les					[09.18] Mon établissement est très formel et structuré. Les politiques et les pr					[09.19] Dans mon établissement, nous nous efforçons d'abord d'atteindre nos obje					[09.20] Le responsable de mon établissement est une personne remarquable qui est				
	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais
	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
infirmier breveté/auxiliaire sage femme	64,0%	8,1%	9,3%	9,9%	8,7%	75,2%	5,0%	10,6%	7,5%	1,9%	72,0%	9,9%	9,9%	6,2%	1,9%	79,5%	5,0%	4,3%	6,8%	4,3%	90,1%	1,9%	4,3%	1,9%	1,9%
1. Hommes	64,1%	10,7%	10,2%	9,2%	5,8%	69,9%	9,2%	10,2%	6,8%	3,9%	69,9%	13,1%	7,8%	7,3%	1,9%	75,7%	7,8%	5,3%	7,3%	3,9%	87,4%	3,4%	4,9%	2,9%	1,5%
2. Femmes	67,2%	7,2%	7,8%	7,2%	10,6%	74,4%	8,3%	8,9%	4,4%	3,9%	64,4%	11,1%	13,9%	7,2%	3,3%	67,8%	7,8%	5,0%	10,0%	9,4%	80,6%	4,4%	6,1%	6,1%	2,8%
PS	66,1%	8,4%	9,3%	8,1%	8,1%	73,9%	8,4%	9,9%	5,0%	2,8%	69,9%	11,5%	10,2%	5,9%	2,5%	74,5%	6,2%	5,0%	8,1%	6,2%	87,3%	3,4%	4,0%	3,4%	1,9%
CS	61,8%	12,7%	9,1%	7,3%	9,1%	69,1%	9,1%	5,5%	7,3%	9,1%	58,2%	16,4%	10,9%	10,9%	3,6%	63,6%	12,7%	7,3%	12,7%	3,6%	74,5%	3,6%	10,9%	9,1%	1,8%
EPS	66,7%	11,1%	0,0%	22,2%	0,0%	22,2%	22,2%	22,2%	22,2%	11,1%	33,3%	11,1%	22,2%	33,3%	0,0%	33,3%	33,3%	0,0%	0,0%	33,3%	33,3%	22,2%	22,2%	11,1%	11,1%
Total	65,5%	9,1%	9,1%	8,3%	8,0%	72,0%	8,8%	9,6%	5,7%	3,9%	67,4%	12,2%	10,6%	7,3%	2,6%	72,0%	7,8%	5,2%	8,5%	6,5%	84,2%	3,9%	5,4%	4,4%	2,1%

Tableau A7-8. Motivation du personnel

	[09.21] Le responsable de mon établissement est trop attaché aux politiques et a					[09.22] Le responsable de mon établissement motive le personnel pour atteindre l					[09.23] La fidélité et la tradition sont très importantes dans mon établissement					[09.24] L'innovation et la volonté d'être les premiers à essayer quelque chose s					[09.25] Obtenir des résultats et être perfomant est très important dans mon étab				
	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais
	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
1. KEDOUGOU	79,2%	8,3%	6,3%	0,0%	6,3%	66,7%	14,6%	0,0%	8,3%	10,4%	85,4%	12,5%	2,1%	0,0%	0,0%	87,5%	8,3%	0,0%	4,2%	0,0%	97,9%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%
2. SEDHIOU	83,1%	4,2%	2,8%	5,6%	4,2%	59,2%	1,4%	8,5%	12,7%	18,3%	91,5%	5,6%	2,8%	0,0%	0,0%	87,3%	5,6%	5,6%	1,4%	0,0%	95,8%	0,0%	4,2%	0,0%	0,0%
3. TAMBACOUNDA	80,3%	6,8%	,8%	5,3%	6,8%	65,9%	9,1%	8,3%	9,1%	7,6%	87,9%	6,1%	3,0%	2,3%	,8%	82,6%	8,3%	4,5%	3,0%	1,5%	93,9%	4,5%	1,5%	0,0%	0,0%
4. ZIGUINCHOR	81,5%	5,2%	5,2%	4,4%	3,7%	63,0%	4,4%	9,6%	8,9%	14,1%	90,4%	3,7%	2,2%	3,7%	0,0%	88,1%	5,9%	3,0%	1,5%	1,5%	95,6%	3,0%	,7%	,7%	0,0%
rural	86,1%	4,1%	2,0%	3,7%	4,1%	64,8%	7,4%	7,0%	9,8%	11,1%	91,4%	5,7%	2,0%	,8%	0,0%	89,3%	6,1%	2,9%	1,6%	0,0%	95,9%	2,9%	1,2%	0,0%	0,0%
urbain	72,5%	9,2%	5,6%	5,6%	7,0%	62,0%	5,6%	9,2%	9,2%	14,1%	85,2%	6,3%	3,5%	4,2%	,7%	80,3%	8,5%	4,9%	3,5%	2,8%	94,4%	2,8%	2,1%	,7%	0,0%
médecin	68,0%	8,0%	8,0%	16,0%	0,0%	72,0%	4,0%	12,0%	8,0%	4,0%	72,0%	16,0%	8,0%	4,0%	0,0%	56,0%	8,0%	20,0%	8,0%	8,0%	76,0%	8,0%	12,0%	4,0%	0,0%
infirmier d'Etat/Technicien supérieur	85,3%	4,9%	2,9%	3,9%	2,9%	75,5%	5,9%	4,9%	4,9%	8,8%	89,2%	6,9%	2,0%	2,0%	0,0%	84,3%	8,8%	1,0%	4,9%	1,0%	97,1%	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%
Sage femme	71,4%	11,2%	4,1%	4,1%	9,2%	52,0%	5,1%	10,2%	15,3%	17,3%	89,8%	6,1%	1,0%	2,0%	1,0%	87,8%	7,1%	4,1%	1,0%	0,0%	94,9%	3,1%	2,0%	0,0%	0,0%

	[09.21] Le responsable de mon établissement est trop attaché aux politiques et a					[09.22] Le responsable de mon établissement motive le personnel pour atteindre l					[09.23] La fidélité et la tradition sont très importantes dans mon établissement					[09.24] L'innovation et la volonté d'être les premiers à essayer quelque chose s					[09.25] Obtenir des résultats et être perfomant est très important dans mon étab				
	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais	(1)Plu-part	(2)	(3)	(4)	(5)Jam-ais
	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
infirmier breveté/auxiliaire sage femme	86,3%	3,1%	2,5%	3,1%	5,0%	62,1%	8,7%	7,5%	9,3%	12,4%	91,3%	3,7%	3,1%	1,9%	0,0%	90,7%	5,6%	2,5%	,6%	,6%	97,5%	1,9%	,6%	0,0%	0,0%
1. Hommes	85,9%	4,4%	2,9%	3,4%	3,4%	69,4%	6,8%	7,3%	8,7%	7,8%	89,3%	4,4%	3,4%	2,9%	0,0%	87,4%	5,8%	4,4%	1,5%	1,0%	96,1%	2,4%	1,0%	,5%	0,0%
2. Femmes	75,6%	7,8%	3,9%	5,6%	7,2%	57,2%	6,7%	8,3%	10,6%	17,2%	88,9%	7,8%	1,7%	1,1%	,6%	84,4%	8,3%	2,8%	3,3%	1,1%	94,4%	3,3%	2,2%	0,0%	0,0%
PS	83,2%	5,9%	2,5%	2,8%	5,6%	65,5%	6,5%	7,1%	9,0%	11,8%	90,7%	5,6%	2,2%	1,2%	,3%	89,8%	6,2%	2,5%	1,2%	,3%	96,0%	3,1%	,9%	0,0%	0,0%
CS	78,2%	5,5%	5,5%	7,3%	3,6%	60,0%	7,3%	9,1%	10,9%	12,7%	85,5%	5,5%	5,5%	3,6%	0,0%	74,5%	7,3%	9,1%	7,3%	1,8%	96,4%	1,8%	1,8%	0,0%	0,0%
EPS	22,2%	11,1%	22,2%	44,4%	0,0%	22,2%	11,1%	22,2%	22,2%	22,2%	55,6%	22,2%	0,0%	22,2%	0,0%	22,2%	33,3%	11,1%	11,1%	22,2%	66,7%	0,0%	22,2%	11,1%	0,0%
Total	81,1%	6,0%	3,4%	4,4%	5,2%	63,7%	6,7%	7,8%	9,6%	12,2%	89,1%	6,0%	2,6%	2,1%	,3%	86,0%	7,0%	3,6%	2,3%	1,0%	95,3%	2,8%	1,6%	,3%	0,0%

CHAPITRE 8 COMPARABILITE DES INDICATEURS DANS LES GROUPES D'INTERVENTIONS ET DANS LES GROUPES DE CONTROLE

INTRODUCTION

La qualité des résultats des évaluations d'impact des programmes de FBR est conditionnée par la qualité des données aussi bien de base que finales collectées et analysées. Les données de base, même si elles ne renseignent pas sur l'impact du programme, jouent un rôle crucial dans l'évaluation car elles permettent de mesurer et d'établir le niveau initial des indicateurs, avant l'intervention. Dans ce cadre, il est important de comparer les indicateurs de l'échantillon d'intervention à celui de contrôle. Cette comparaison est d'autant plus importante ici que les protocoles d'affectation des unités aux contrôles et aux traitements ne sont pas assimilables à une expérimentation complètement randomisée.

En effet, au niveau du FBR Sénégal, deux types de "traitement" sont prévus: un "traitement" par l'amélioration de l'offre de santé qui s'adresse aux structures sanitaires (poste de santé, centre de santé et Etablissement public de santé) et un "traitement" par l'amélioration de la demande, orienté vers les ménages (en particulier les femmes). Les deux traitements ont fait l'objet de protocoles de sélection indépendants.

Pour ce qui est du "traitement" par l'amélioration de l'offre, des districts de santé ont été affectés de façon aléatoire soit à l'échantillon de traitement, soit à l'échantillon de contrôle. Seulement 18 districts de santé ont été retenus (9 de traitement et 9 de contrôle). Chacun comporte en moyenne 15 structures sanitaires (postes de santé et centre de santé), avec d'ailleurs une forte variance puisque le maximum est de 29 et le minimum de 6. Même si les districts ont été affectés aléatoirement à l'échantillon de contrôle ou de traitement, le faible nombre de districts, et le fait qu'ils soient hétérogènes en taille fait qu'on ne peut pas, à priori, considérer que les deux groupes sont comparables.

Quant au traitement par l'amélioration de la demande, là aussi, le mode d'affectation des ménages au groupe de traitement ou de contrôle a été réalisé bien en amont des ménages et des grappes. En effet, c'est lors stratification des unités primaires, à savoir les collectivités (communes ou groupe de communes), que certaines ont été affectées en collectivités de traitement (67) et d'autres en collectivité de contrôle (67). En suite à l'intérieur des collectivités stratifiées et affectées à l'un ou l'autre groupe, des grappes ont été tirées au premier degré, et enfin les ménages au deuxième degré.

Aussi bien pour le protocole "offre" que pour le protocole "demande", il est important d'évaluer l'ampleur des différences entre les groupes de contrôle et de traitement, afin de voir si, malgré tout, les indicateurs cibles ont des valeurs comparables avant le début du traitement. Dans ce chapitre, cette évaluation est menée à deux niveaux : d'une part au niveau des structures sanitaires

et, d'autre part, au niveau des ménages. En plus des indicateurs cibles du programme, nous évaluons de façon générale les différences les unités (structures de santé, femmes, enfants) des zones de contrôle et celles des zones traitement à travers la comparaison d'une large gamme de caractéristiques de ces unités.

8.1 TESTS D'EQUILIBRE POUR LES INDICATEURS AU NIVEAU DES STRUCTURES DE SANTE.

Dans le cadre du projet FBR, des cibles à atteindre sont fixées au niveau des structures de santé faisant partie du traitement. Ces cibles sont pour la plupart, des indicateurs d'impact sur la santé des populations et concernent la protection maternelle et infantile et la lutte contre les maladies endémiques (paludisme et tuberculose notamment). Les données permettant de mesurer ces indicateurs ont été saisis au niveau des structures sanitaires, à travers une exploitation des registres et des rapports. Les indicateurs ne sont pas nécessairement les mêmes entre les postes de santé, les centres de santé et des établissements publics de santé. Aussi, nous menons des analyses séparées pour chaque type de structure sanitaire.

8.1.1 Test d'équilibre pour les indicateurs cibles des postes de santé.

Les indicateurs permettant d'évaluer l'impact de l'amélioration de l'offre dans les postes de santé sont les suivants:

- %de couverture vaccinale complète des enfants de moins d'un an
- % de couverture SPC des enfants de moins de deux ans
- % d'enfants 0-5 ans présentant une malnutrition aigüe sévère sans complication correctement pris en charge
- % d'enfants de 6 mois à 59 mois correctement supplémentés en vitamine A en routine
- % d'accouchements réalisés par un personnel qualifié
- % de nouvelles utilisatrices de la planification familiale
- % d'utilisation en consultation post natale
- % de réalisation de test VIH chez les femmes enceintes vues en CPN
- % de Couverture adéquate en CPN
- % de nouveau–nés ayant bénéficié de soins immédiats
- % de couverture des femmes enceintes en TPI2
- % d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement traités
- % d'enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée simple correctement traités

Nous avons donc voulu savoir si ces indicateurs avaient les mêmes valeurs dans le groupe de traitement et dans le groupe de contrôle, à partir de la photographie de référence. Pour ce faire

nous utilisons un test de la différence de moyennes entre deux groupes (test sous STATA) afin de calculer le niveau des indicateurs dans chacun des groupes, la différence et le test de significativité de cette différence. Plus la probabilité critique n'est faible, plus les risques de rejeter à tort l'hypothèse nulle d'absence de différence sont minimes. En pratique, quand la probabilité critique est inférieure à 5%, on commence à considérer que les différences ne sont pas nulles.

Sur les 13 indicateurs mesurant la performance des postes de santé, 10 ont des valeurs comparables dans les groupes de traitement et de contrôle, avec les probabilités critique supérieur à 5% (un astérisque est mis sur la probabilité). Il n' y a donc plus que 3 indicateurs pour lesquels le contrôle et le traitement sont statistiquement différents. Dans deux cas sur les trois, on note que les structures de contrôle ont en moyenne de bien meilleures performance que les structures de traitement et dans l'autre cas, c'est l'inverse. Si on élargit le seuil de significativité à 10%, on note que trois indicateurs supplémentaires sont statistiquement différents (probabilité en gris), et dans les trois cas, les structures de contrôle semble plus performants que ceux de traitements. Nous ne disposons pas, à cette phase de l'analyse préliminaire, d'éléments d'explications sur ces différences qui mériterait toute une autre étude.

Tableau 8-1 : Test d'équilibre pour les indicateurs cibles des postes de santé

	Controle	traitement	Différence	Student	Probalité	Effectif
% de couverture vaccinale complète des enfants de moins d'un an	55,63	48,20	7,42	1,85	0,07	229
% de couverture SPC des enfants de moins de deux ans	23,64	23,02	0,62	0,12	0,90	229
% d'enfants 0-5 ans présentant une malnutrition aigüe sévère sans complication correctement pris en charge	92,15	89,36	2,79	0,80	0,42	171
% d'enfants de 6 mois à 59 mois correctement supplémentés en vitamine A en routine	22,97	15,56	7,41	1,66	0,10	230
% d'accouchement réalisés par un personnel qualifié	12,39	11,34	1,05	0,48	0,63	236
% de nouvelles utilisatrices de la planification familiale	9,06	6,14	2,92	1,70	0,09	229
% d'utilisation en consultation post natale	35,01	35,42	-0,41	-0,12	0,91	217
% de réalisation de test VIH chez les femmes enceintes vues en CPN	91,46	93,20	-1,74	-1,02	0,31	221
% de Couverture adéquate en CPN	14,55	15,91	-1,36	-0,56	0,58	226
de nouveau–nés ayant bénéficié de soins immédiats	81,18	74,58	6,60	2,09	0,04*	207
% de couverture des femmes enceintes en TPI2	60,31	63,61	-3,30	-1,11	0,27	220
% d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement traités	46,53	39,66	6,87	2,56	0,01*	177
% d'enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée simple correctement traités	89,32	95,03	-5,71	-2,90	0,00*	225

8.1.2 Test d'équilibre pour les indicateurs cibles des centres de santé.

Les indicateurs des postes de santé étaient en partie différents de ceux des centres de santé car les missions et les moyens attribués aux uns et aux autres ne sont pas les mêmes. Les indicateurs cibles des centres de santé sont les suivants:

- Taux de couverture vaccinale des enfants de moins d'un an
- Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de Malnutrition aigüe sévère compliquée PEC et déchargés
- Proportion d'enfants de 6 mois à 59 mois ayant reçu 1 dose de vitamine A tous les 6 mois
- Taux d'accouchements assistés réalisés par un personnel qualifié avec partogramme
- Taux de couverture adéquate en CPN
- Taux de nouvelles utilisatrices de planification familiale
- Taux d'utilisation en consultation post natale
- Proportion de femmes enceintes séropositives sous ARV
- Proportion d'enfants nés de mères séropositives mis sous ARV à titre prophylactique
- Taux de couverture des femmes enceintes en TPI 2
- Taux de dépistage de la tuberculose
- Taux de guérison au traitement de la tuberculose

Contrairement aux postes de santé dont le nombre était de plus de 200, il n'y a, au total, que 20 centres de santé, dont 10 de traitement et 10 de contrôle. Ce faible nombre rend l'utilisation des tests statistiques très peu appropriée. Nous les avons néanmoins produits pour information. On peut malgré tout, de façon qualitative, analyser les différences entre le groupe de traitement et le groupe de contrôle.

Il en ressort que généralement, les CS de traitement présentent de bien meilleurs indicateurs que les CS de contrôle. En effet, sur 12 indicateurs, trois seulement ont des valeurs plus élevées pour le contrôle que pour le traitement et 9 ont des valeurs plus faibles, avec des écarts en général loin d'être négligeables. Il convient de souligner que ce résultat est contraire à celui observé au niveau des postes de santé où les structures de contrôle avaient des valeurs plus élevés que les structures de traitement. Or dans un district de santé, toutes les structures (Poste de santé, centre de santé, établissement public de santé) sont soit de contrôle soit de traitement. La contradiction observée ici mériterait des analyses approfondies. Mais dores et déjà on peut soupçonner un problème au niveau du système d'information des structures sanitaires qui pourrait ne pas être sans reproche, au regard de la tenue des registres observée sur le terrain, d'où l'intérêt des enquêtes au niveau ménage.

Tableau 8-2 : Test d'équilibre pour les indicateurs cibles des centres de santé

	Controle	traitement	Différence	Student	Probalité	Effectif
Taux de couverture vaccinale des enfants de moins d'un an	26,72	30,08	-3,37	-0,22	0,83	19
Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de Malnutrition aigüe sévère compliqué PEC et déchargés	96,51	81,63	14,88	1,19	0,25	16
Proportion d'enfants de 6 mois à 59 mois ayant reçu 1 dose de vitamine A tous les 6 mois	16,26	34,16	-17,90	-1,03	0,32	20
Taux d'accouchements assistés réalisés par un personnel qualifié avec partogramme	22,64	27,30	-4,66	-0,32	0,75	20
Taux de couverture adéquate en CPN	7,00	15,56	-8,57	-0,87	0,40	20
Taux de nouvelles utilisatrices de planification familiale	3,90	14,38	-10,48	-1,00	0,33	19
Taux d'utilisation en consultation post natale	27,30	40,49	-13,19	-0,91	0,38	20
Proportion de femmes enceintes séropositives sous ARV	85,32	89,27	-3,95	-0,35	0,73	16
Proportion d'enfants nés de mères séropositives mis sous ARV à titre prophylactique	78,57	77,17	1,40	0,07	0,95	16
Taux de couverture des femmes enceintes en TPI 2	45,90	66,25	-20,35	-2,54	0,02*	20
Taux de dépistage de la tuberculose	1,73	11,99	-10,26	-1,04	0,31	20
Taux de guérison au traitement de la tuberculose	48,34	30,57	17,77	0,93	0,37	17

8.1.3 Comparaison des indicateurs cibles des établissements publics de santé.

L'enquête a intégré trois établissements de santé (EPS), qui coiffent l'ensemble des centres et postes de santé. Il s'agit des EPS de Sédhiou, Ziguinchor et Tambacounda. Les deux premiers font partie des districts de traitement et celui de Tambacounda de celui de contrôle. Il s'agit donc ici d'apporter quelques éléments qualitatifs sur les différences et les similitudes entre les EPS.

Pour certains indicateurs, nous n'avons pas pu calculer des taux, mais avons plutôt rapporté les nombres qui sont moins instructifs car on ne connaît pas les dénominateurs..

Un premier enseignement qui ressort du tableau ci-dessous est que trois indicateurs sur 17 n'ont pu être renseignés dans aucun des EPS, il s'agit de :

- proportion de cas d'urgence chirurgicale PEC dans les délais
- Proportion des cas référés correctement pris en charge
- Proportion de réactifs du bilan standard prénatal n'ayant pas connu une rupture durant la période

Le fait que ces indicateurs ne soient pas du tout renseignés pourrait être le reflet de quelques lacunes au niveau du système d'informations des EPS. Viennent s'ajouter à ces indicateurs intégralement non renseignés, d'autres partiellement non renseignés. Par conséquent, la leçon la plus importante qu'on peut tirer de ces indicateurs est que le système d'information des EPS devra être amélioré afin de permettre un suivi régulier et une vraie mesure de la performance.

De façon globale, la comparaison des niveaux des indicateurs renseignés montre qu'aucun des EPS ne peut véritablement être considéré comme plus performant que les autres.

Tableau 8-3 : Comparaison des indicateurs cibles des établissements publics de santé

	Traitement		Contrôle
	SEDHIOU	ZIGUINCHOR	TAMBACOUNDA
Nombre de réunions du comité de pilotage de la qualité tenues	2		2
Nombre de réunions du CTE tenues	2		
Nombre de réunions de la CME tenues	3	12	8
proportion de services qui appliquent les 5S et le CLIN dans la gestion des déchets	13,0	21,0	12,0
Taux de promptitude des rapport d'activités trimestriel	28,6	13,8	15,8
Taux d'exhaustivité des rapports d'activités trimestriels	28,6	41,4	63,2
Taux de promptitude des rapports de suivi budgétaire		3,4	5,3
Nombre de résultats de laboratoire validés	9825	82424	34335
Nombre de résultats de laboratoire soumis au respect de la confidentialité		82424	462
Nombre de résultats de laboratoire disponible dans les délais		82424	36337
Proportion de cas d'urgence chirurgicale PEC dans les délais		100,0	
Proportion des cas référés correctement pris en charge			
Proportion de femmes enceintes séropositives suivies selon les normes et protocoles de PEC/VIH	100,0	37,5	100,0
Proportion de réactifs du bilan standard prénatal n'ayant pas connu une rupture durant la période			
Proportion de cas d'urgences obstétricales PEC dans les délais	100,0	100,0	100,0
Proportion de nouveaux nés en détresse correctement pris en charge		100,0	100,0
Proportion de décès maternels pour lesquels des audits sont réalisés		33,3	

8.1.4 Tests d'équilibre pour certaines caractéristiques des formations sanitaires.

Afin d'approfondir l'analyse de l'équilibre entre formations sanitaires de contrôle et formations sanitaires de traitement, nous avons comparé une vingtaine de caractéristiques des établissements des zones de contrôle et des zones de traitement. Pour cette analyse, nous n'avons pas distingué le type de formation sanitaire puisqu'il s'agit de questions qui avaient été posées à toutes les structures. En outre, en mettant toutes les formations sanitaires ensemble, nous accroissons la puissance des tests statistiques, à travers l'augmentation de la taille de l'échantillon d'analyse. Les résultats, présentés dans le tableau 8-4 ci-dessous montre que de façon générale, les caractéristiques des deux catégories (contrôle et traitement) sont tout à fait comparables. En effet, sur la vingtaine d'indicateurs, aucune n'est statistiquement différentes entre contrôle et traitement.

Tableau 8-4 : comparaison d'un certain nombre de caractéristiques des formations sanitaires des zones de contrôle et des zones de traitement

	Controle	traitement	Différence	Student	Probalité	Effectif
population de la zone de responsabilité couverte	20777	17374	3403	0,42	0,68	260
dispose de l'eau potable (%)	74%	78%	-4%	-0,70	0,48	265
pourcentage disposant d'un lieu de stockage de vaccin	95%	93%	2%	0,73	0,47	265
pourcentage disposant d'une ambulance	20%	26%	-6%	-1,09	0,28	265
pourcentage ayant l'électricité	60%	59%	1%	0,21	0,83	265
Pourcentage disposant du paquet intégré SRM	37%	30%	8%	1,30	0,20	265
pourcentage de frais payé par les patients	32,87	37,14	-4,27	-1,36	0,18	264
pourcentage disposant d'un moyen de transport	34%	33%	2%	0,27	0,79	265
pourcentage dispensant les soins 24h/24	50%	58%	-8%	-1,25	0,21	265
pourcentage disposant d'un laboratoire	17%	20%	-3%	-0,60	0,55	265
pourcentage disposant d'un ordinateur	25%	19%	6%	1,08	0,28	265
pourcentage disposant d'une pharmacie	26%	25%	1%	0,19	0,85	265
nombre moyen de visite d'équipe cadre de district	2,37	2,13	0,24	1,19	0,23	265
pourcentage tenant les réunions du comité de direction	87%	85%	3%	0,58	0,57	265
Nombre d'évaluation du personnel par an	3,68	3,40	0,29	0,51	0,61	265
nombre moyen de médecins/dentistes	0,34	0,26	0,09	0,59	0,56	263
nombre moyen d'infirmiers diplômés d'Etat	0,69	0,73	-0,04	-0,24	0,81	263
nombre moyen de Sages-femmes	0,79	0,67	0,13	0,77	0,44	263

Nombre moyen d'infirmier brevetés auxiliaires	1,06	0,95	0,11	0,91	0,36	263
nombre moyen d'agents communautaires	1,23	1,02	0,21	1,50	0,14	263
nombre moyen de matrones	1,28	1,26	0,02	0,14	0,89	263
nombre moyen autre personnel d'appui	1,34	1,39	-0,06	-0,36	0,72	263

8.2 TESTS D'EQUILIBRE POUR LES INDICATEURS AU NIVEAU DES FEMMES ET DES ENFANTS

Il s'agit ici de tester si unités des zones de traitement sont comparables à celles des zones de contrôle. Comme précédemment nous commençons par tester la comparabilité des indicateurs clefs du programme. Ensuite nous testons également l'équilibre d'un certain nombre de caractéristiques sociodémographiques et économiques des ménages situés dans les deux groupes. Comme nous l'avons déjà souligné en introduction, au niveau des individus, il existe deux types de traitements: le traitement par l'offre (amélioration des performances des structures de santé) et le traitement par la demande : incitation des femmes à recourir aux services de protection maternelle et infantile. Nous réalisons les tests d'équilibre alternativement sur les deux types de traitement.

Comme précédemment, nous utilisons la commande test de STATA. Il convient de souligner que cette commande ne permet pas l'utilisation des poids dans les tests statistiques. Aussi malgré le fait que les fichiers issus de l'enquête ménage soient munis de poids, ce derniers ne peuvent pas être utilisés. Par ailleurs, le plan de sondage de l'enquête est complexe. Le caractère exploratoire de cette étude ne nous permet pas de prendre en compte toute cette complexité.

8.2.1 Tests d'équilibre pour les indicateurs entre les sites de traitement par l'offre et les sites de contrôle au niveau des femmes et enfants.

Les indicateurs concernés sont les suivants:

- Proportion de femmes ayant fait au moins une consultation prénatale lors des grossesses des 24 dernier mois
- Proportion de femmes ayant fait au moins 4 consultations prénatales lors des grossesses des 24 dernier mois
- Proportion de femmes ayant été assistée par un personnel de santé lors des accouchements des 24 derniers mois
- Proportion de femmes ayant fait le test du VIH lors d'une CPN durant les grossesses au cours des 24 dernier mois
- Proportion de femmes ayant pris un traitement préventif contre le palu lors des grossesses au cours des 24 dernier mois

- Proportion de femmes ayant fait une consultation post natale après la naissance lors des naissances au cours des 24 dernier mois
- Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant pris le SRO en cas de diarrhée
- Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous moustiquaire imprégnée
- Proportion d'enfants de 1 à 2 ans complètement vaccinés
- Proportion d'enfants de 1 à 2 ans supplémentés en vitamines A

De façon globale, les personnes vivant dans les sites de traitement par l'offre ont des niveaux d'indicateurs d'accès aux soins maternels bien meilleurs que ceux des sites de contrôle. Sur 6 indicateurs concernant les femmes cinq sont statistiquement différents entre les deux groupes au profit du groupe vivant dans les sites de traitement. En réalité, seul l'accès à au moins une CPN est quasiment identique entre les deux groupes.

Au niveau des enfants, les deux groupes sont un peu plus équilibrés puisque seul un indicateur sur quatre est statistiquement différent entre les deux groupes. Il s'agit en l'occurrence de la proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous moustiquaire imprégnée. Comme pour les femmes, les enfants du groupe de traitement sont plus nombreux à dormir sous une moustiquaire imprégnée

Tableau 8-5 : Tests d'équilibre pour les indicateurs entre les sites de traitement par l'offre et les sites de contrôle au niveau des femmes et enfants

	Contrôle	traitement	Différence	Student	Probablité	Effectif
- Proportion de femmes ayant fait au moins une consultation prénatale lors des grossesses des 24 dernier mois	89,75	90,49	-0,74	-0,56	0,57	2107
- Proportion de femmes ayant fait au moins 4 consultations prénatales lors des grossesses des 24 dernier mois	49,05	58,90	-9,84	-4,40	0,00	1999
- Proportion de femmes ayant été assisté par un personnel de santé lors des accouchements des 24 derniers mois	57,25	64,64	-7,39	-3,37	0,00	1999
- Proportion de femmes ayant fait le test du VIH lors d'une CPN durant les grossesses au cours des 24 dernier mois	58,71	74,26	-15,56	-7,19	0,00	1898
- Proportion de femmes ayant pris un traitement préventif contre le palu lors des grossesses au cours des 24 dernier mois	77,97	83,23	-5,26	-3,02	0,00	2107
-Proportion de femmes ayant fait une consultation post natale après la naissance lors des naissances au cours des 24 dernier mois	67,31	76,94	-9,63	-4,73	0,00	1965
- Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant pris le SRO en cas de diahrrée	45,18	40,24	4,94	0,74	0,46	248
- Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous moustiquaire imprégnée	54,22	62,09	-7,87	-6,27	0,00	6189
- Proportion d'enfants de 1 à 2 ans complètement vaccinés	36,14	39,22	-3,08	-1,09	0,28	1191
- Proportion d'enfants de 1 à 2 ans supplémentés en vitamines A	55,59	59,29	-3,70	-1,29	0,20	1191

8.2.2 Tests d'équilibre pour les indicateurs entre les sites de traitement par la demande et les sites de contrôle au niveau des femmes et enfants.

Contrairement au dispositif précédent pour lequel les contrôles et les traitements étaient fort différents chez les femmes, on note ici des différences relativement plus faibles entre les deux groupes. En effet, sur les 6 indicateurs d'accès aux soins des femmes, seulement deux sont différents entre les deux groupes, toujours en faveur du groupe de traitement. Il s'agit de l'assistance à l'accouchement par un personnel de santé, et de l'accès aux soins postnataux.

Les indicateurs d'accès aux soins sont quasiment identiques chez les enfants des deux groupes.

Tableau 8-6 : Tests d'équilibre pour les indicateurs entre les sites de traitement par la demande et les sites de contrôle au niveau des femmes et enfants

	Contrôle	traitement	Différence	Student	Probalité	Effectif
- Proportion de femmes ayant fait au moins une consultation prénatale lors des grossesses des 24 dernier mois	88,43	88,41	0,01	0,01	0,99	1563
- Proportion de femmes ayant fait au moins 4 consultations prénatales lors des grossesses des 24 dernier mois	50,35	47,16	3,20	1,23	0,22	1481
- Proportion de femmes ayant été assisté par un personnel de santé lors des accouchements des 24 derniers mois	49,22	60,08	-10,86	-4,22	0,00	1481
- Proportion de femmes ayant fait le test du VIH lors d'une CPN durant les grossesses au cours des 24 dernier mois	58,45	60,41	-1,97	-0,74	0,46	1382
- Proportion de femmes ayant pris un traitement préventif contre le paludisme lors des grossesses au cours des 24 dernier mois	78,60	78,17	0,43	0,21	0,84	1563
-Proportion de femmes ayant fait une consultation post natale après la naissance lors des naissances au cours des 24 dernier mois	64,41	69,53	-5,12	-2,07	0,04	1452
- Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant pris le SRO en cas de diahrrée	41,94	41,44	0,49	0,07	0,94	204
- Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous moustiquaire imprégnée	55,74	58,11	-2,36	-1,63	0,10	4654
- Proportion d'enfants de 1 à 2 ans complètement vaccinés	32,52	32,62	-0,09	-0,03	0,98	878
- Proportion d'enfants de 1 à 2 ans supplémentés en vitamine A	54,13	55,36	-1,24	-0,37	0,71	878

8.2.3 Tests d'équilibre sur les caractéristiques socio-économique des femmes et des ménages entre les sites de traitement par l'offre et les sites de contrôle.

Comme pour les établissements de santé, il s'agit ici de comparer les unités (ménages, femmes) enquêtées dans les zones de traitement et dans les zones de contrôle sur un certain nombre de caractéristiques socio-économiques. Nous en avons sélectionné 25 qui sont présenté dans les deux tableaux ci-dessous. Le premier des deux tableaux présente les tests d'équilibre du traitement par l'offre comparé au contrôle. Il en ressort qu'en gros sur quasiment les deux tiers des caractéristiques des unités de traitement par l'offre sont différentes de celles de contrôle.

Tableau 8-7 : Tests d'équilibre sur les caractéristiques socio-économiques des femmes et des ménages entre les sites de traitement par l'offre et les sites de contrôle.

	Contrôle	traitement	Différence	Student	Probalité	Effectif
Age de la femme (en années)	23,06	22,98	0,74	0,50	0,62	6822
Femmes en union (%)	68,59	57,61	10,98	9,46	0,00	6822
Femme sans instruction (%)	37,36	27,91	9,45	8,36	0,00	6822
Femme de niveau post primaire(%)	6,99	11,08	-4,10	-5,93	0,00	6822
Femme ayant une activité(%)	13,68	11,66	2,03	2,52	0,01	6822
Ménages propriétaires (%)	91,25	87,91	3,33	3,49	0,00	4062
Ménages Eau potable (%)	39,17	43,13	-3,96	-2,57	0,01	4062
Ménages où les femmes s'occupant de la corvée d'eau(%)	72,20	67,25	4,94	3,43	0,00	4062
Ménages avec WC avec chasse eau(%)	2,32	4,97	-2,64	-4,52	0,00	4062
Ménages avec électricité(%)	23,98	32,70	-8,71	-6,19	0,00	4062
Ménages avec radio(%)	62,96	66,70	-3,74	-2,50	0,01	4062
Ménages avec télévision	22,68	28,84	-6,16	-4,50	0,00	4062
Ménages avec téléphone cellulaire (%)	86,51	89,07	-2,56	-2,49	0,01	4062
Ménages avec réfrigérateur(%)	5,85	10,88	-5,03	-5,83	0,00	4062
Ménages avec cuisinière (%)	2,32	4,81	-2,49	-4,31	0,00	4062
Ménages avec sol en ciment(%)	35,35	34,90	0,44	0,30	0,77	4062
nombre pièces de couchage (%)	3,92	3,99	-0,07	-0,97	0,33	4060
Ménages avec bicyclette (%)	53,72	43,53	10,19	6,53	0,00	4062
Ménages avec moto (%)	20,70	22,42	-1,72	-1,33	0,18	4062
Ménages avec voiture(%)	0,77	1,56	-0,78	-2,33	0,02	4062
Ménages avec camion(%)	1,16	1,15	0,01	0,02	0,98	4062
Ménages avec charrette (%)	30,61	28,94	1,67	1,17	0,24	4062
Ménages avec charrue (%)	22,44	25,03	-2,59	-1,94	0,05	4062
Ménages avec pirogue (%)	1,60	2,36	-0,76	-1,75	0,08	4062
Ménages avec troupeau (%)	79,45	79,14	0,31	0,24	0,81	4062

8.2.4 Tests d'équilibre sur les caractéristiques socio-économiques des femmes et des ménages entre les sites de traitement par la demande et les sites de contrôle.

Quand on s'intéresse à l'équilibre des unités des zones de traitement par la demande comparés aux zones de contrôle, il en ressort également que sur au moins la moitié des indicateurs, les différences sont statistiquement significatives (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 8-8 : Tests d'équilibre sur les caractéristiques socio-économiques des femmes et des ménages entre les sites de traitement par la demande et les sites de contrôle.

	Contrôle	traitement	Différence	Student	Probalité	Effectif
Age de la femme (en années)	2328	2317	11,1	0,6213	0,5344	4642
Femmes en union (%)	76,5	69,0	7,5	5,7	0,0	4642
Femme sans instruction (%)	43,8	37,4	6,4	4,5	0,0	4642
Femme de niveau post primaire(%)	3,7	6,8	-3,1	-4,8	0,0	4642
Femme ayant une activité(%)	10,0	11,3	-1,3	-1,4	0,2	4642
Ménages propriétaires (%)	93,6	90,3	3,3	3,2	0,0	2793
Ménages Eau potable (%)	50,3	46,9	3,4	1,8	0,1	2793
Ménages où les femmes s'occupant de la corvée d'eau(%)	75,3	73,9	1,4	0,8	0,4	2793
Ménages avec WC avec chasse eau(%)	4,2	4,6	-0,3	-0,4	0,7	2793
Ménages avec électricité(%)	18,0	25,4	-7,4	-4,8	0,0	2793
Ménages avec radio(%)	64,8	63,1	1,7	0,9	0,3	2793
Ménages avec télévision	18,6	25,0	-6,4	-4,1	0,0	2793
Ménages avec téléphone cellulaire (%)	84,6	86,2	-1,6	-1,2	0,2	2793
Ménages avec réfrigérateur(%)	6,0	8,1	-2,1	-2,2	0,0	2793
Ménages avec cuisinière (%)	1,6	3,3	-1,6	-2,8	0,0	2793
Ménages avec sol en ciment(%)	30,9	34,8	-3,9	-2,2	0,0	2793
nombre pièces de couchage (%)	373,1	375,3	-2,2	-0,2	0,8	2791
Ménages avec bicyclette (%)	50,4	50,9	-0,5	-0,3	0,8	2793
Ménages avec moto (%)	21,3	24,2	-2,9	-1,8	0,1	2793
Ménages avec voiture(%)	1,1	1,0	0,1	0,2	0,8	2793
Ménages avec camion(%)	1,3	0,6	0,7	1,9	0,1	2793
Ménages avec charrette (%)	39,0	33,6	5,3	2,9	0,0	2793
Ménages avec charrue (%)	31,3	27,3	4,0	2,3	0,0	2793
Ménages avec pirogue (%)	1,3	1,0	0,3	0,7	0,5	2793
Ménages avec troupeau (%)	82,1	78,8	3,2	2,1	0,0	2793

Conclusion

L'objet de ce chapitre était l'analyse de l'équilibre entre groupes d'intervention et groupes de contrôle, avec comme "traitements" l'action sur l'offre de soins des structures sanitaires d'une part, et, d'autre part, l'action sur la demande de soins par ménages.

Les analyses ont montré que de façon générale, les groupes d'intervention et les groupes de contrôle ne sont pas rigoureusement identiques pour quelques indicateurs et ceci pour plusieurs raisons qu'il convient d'expliciter. La première et la plus importante, est que la randomisation s'est effectuée à des niveaux autres que les unités finales de l'enquête (ménages et formations sanitaires). Dans ce cas, il peut être impossible d'avoir un échantillon des unités finales (aussi bien en termes de structures sanitaires que de ménages) statistiquement similaires entre les groupes de contrôle et de traitement. Néanmoins les analyses ont montré que le dispositif de mesure d'impact du "traitement" par l'amélioration de la demande était relativement équilibré entre le groupe d'intervention et le groupe de contrôle. Probablement parce que le nombre d'unités sur lesquelles a porté la construction des deux groupes était relativement important (170 collectivités).

Par contre, le design des groupes d'intervention et de contrôle pour le traitement par l'amélioration de l'offre de soins reposait sur des unités primaires encore plus larges et donc moins nombreuses (18 districts de santé). Comme conséquence, les indicateurs (portant sur les soins maternels et infantiles) de l'enquête de base sont significativement différents entre les deux groupes, aussi bien quand ces indicateurs sont estimés au niveau des ménages que quand ils sont estimés au niveau des structures de santé (en particulier des postes de santé). Dans ce dernier cas, la validité des données dépend aussi de la performance des systèmes d'information au sein des structures de santés. Nous avons par exemple montré que les différences des indicateurs entre groupe de contrôle et groupe de traitement n'étaient pas toujours cohérentes quand on calculait ces indicateurs au niveau des postes de santé, centres de santé ou des ménages.

Enfin, des tests d'équilibre ont aussi été menés au niveau des certaines caractéristiques des formations sanitaires et des ménages/individus. Pour ce qui est des formations sanitaires, celles-ci ont plutôt des caractéristiques comparables entre groupe de traitement et groupe de contrôle. Quant aux ménages/individus, les groupes de traitement et de contrôles sont différents sur la plupart des caractéristiques considérées, que l'on considère le traitement par l'offre ou le traitement par la demande.

En définitive, l'analyse menée ici permet de montrer qu'il faut être particulièrement précautionneux quand on compare les groupes de traitement et les groupes de contrôles car il semble exister des différences entre les différents groupes. Mais ces différences, ne constituent pas

une menace sérieuse pour l'évaluation du programme car il suffira justement d'en tenir compte (à travers la méthode des doubles différences) au moment de l'évaluation d'impact final.

ANNEXE

EQUIPE DE L'ENQUETE DE BASE SUR LE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS DANS LE DOMAINE DE LA SANTE AU SENEGAL

BANQUE MONDIALE

Le Coordonnateur et Investigateur Principal du Projet

- **Victor Orozco,** Economiste, DIME, Banque mondiale

Les co-investigateurs et conseillers académiques :

- **Professeurs Harsha Thirumurthy,** Université de Caroline du Nord - Chapel Hill),
- **Josh Graff Zivin,** Université de Californie - San Diego,
- **Pr. Mouhamadou Guélaye Sall,** Université Cheikh Anta Diop**.**

Assistance opérationnelle et de recherche

- **Jedediah Fix,** DIME, Banque mondiale

Responsable du projet

- **Christophe Lemiere,** AFTHE, Banque mondiale *assisté de* **Maud Juquois**, AFTHE, Banque mondiale

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE DU SENEGAL (MSAS)

- **Direction Générale de l'Administration et de l'Equipement (DAGE),**
- **Programme National de Financement Basé sur les Résultats (PNFBR)**

COORDINATION GENERALE

- **SAMUEL NOUETAGNI**, Project Manager, Coordonnateur du Centre d'Etudes et de Recherches Appliquées en Sciences Sociales (CERASS)
- **Pr. SALL MOUHAMADOU GUELAYE,** Directeur Institut de Population, Développement et Santé de la Reproduction (IPDSR**)**

COORDINATION DES ASPECTS QUALITATIFS

- **Pr SALL MOHAMADOU,** Enseignant chercheur, IPDSR

COORDINATION DES ANALYSES

- **MATHIAS KUEPIE,** Chercheur CEPS-INSTEAD / DIAL *Assisté de* **IBRAHIMA GAYE,** Statisticien, ANSD

RESPONSABLE DES OPERATION DE TERRAIN

- **SEKE DE SYG KOUASSI,** Chercheur CERASS

RESPONSABLE DU TRAITEMENT DES DONNEES

- **MASSOGUI CISSE,** Data manager, ANSD / IPDSR *Assisté de* **ALASSANE NDOYE,** Informaticien, ANSD

EXPERT SANTE

- **Dr. SECKNDIOGOU,** Pédiatre, UGM / IPDSR

EXPERT SOCIO-ANTROPOLOGUE

- **Dr. FATMA LAMESSE,** Sociologue, UCAD / IPDSR

APPUI ADMINISTRATIF ET FINANCIER

- **SANOU DIOUF KANE,** Comptable du projet
- **Mme KANE GNAGNA,** Assistante administrative UCAD/IPDSR

LISTE DES AGENTS DE COLLECTE

QUALITE	NOMS	PRENOMS
ENQUETE FORMATION SANITAIRE (FOSA)		
CONTROLEUR FOSA	BOCOUM	FATIMATA
CONTROLEUR FOSA	MBAYE	ROKHAYA
CHEF D'EQUIPE FOSA	DIOUF	SANOU
CHEF D'EQUIPE FOSA	THIAM	SEYDOU NOUROU
CHEF D'EQUIPE FOSA	BA	AWA
CHEF D'EQUIPE FOSA	TOURE	SOUKAINA
ENQUETEUR FOSA	ALY	MARIAMA DOUSSOU
ENQUETEUR FOSA	CISSE	MAME DIARRA B.
ENQUETEUR FOSA	KALY	INNOCENCE JUSTINE
ENQUETEUR FOSA	NGOM	SOKHNA ASTOU
ENQUETEUR FOSA	SAMBA	ROKHAYA
ENQUETEUR FOSA	SARR	MARIEME
ENQUETEUR FOSA	SOW	NDEYE OUMOU KH.
ENQUETEUR FOSA	DIOUF	SOKHNA AMY
ENQUETEUR FOSA	BA	ALIOUNE BADARA
ENQUETEUR FOSA	TOURE	FATOU BINETOU
ENQUETEUR FOSA	DIACK	FAMA
ENQUETEUR FOSA	DIAGNE	AWA SIDIBE
ENQUETEUR FOSA	DIEYE	NDEYE

ENQUETEUR FOSA	DIEYE	DEGUENE
ENQUETEUR FOSA	BOCOUM	DIEYNABA
ENQUETEUR FOSA	SY	MARIEME
QUALITE	**NOMS**	**PRENOMS**
ENQUETE MENAGE		
CONTROLEUR MENAGE	SANDRA LINDSAY	NOUETAGNI NOGUEM
CONTROLEUR MENAGE	SALL	IBRAHIMA
CHEF D'EQUIPE MENAGE	AMAR	GORA
CHEF D'EQUIPE MENAGE	DIOUCK	ALLA
CHEF D'EQUIPE MENAGE	GAYE	OUSMANE SAMBA
CHEF D'EQUIPE MENAGE	SARR	WALY
ENQUETEUR MENAGE	AIDADARA	DIENEBA
ENQUETEUR MENAGE	BADIANE	MOUSSA
ENQUETEUR MENAGE	BAMBA	SOUNKAROU
ENQUETEUR MENAGE	KEITA	RIGOBERT M.
ENQUETEUR MENAGE	COLY	BINTOU
ENQUETEUR MENAGE	DIAW	KHADIDIA
ENQUETEUR MENAGE	GUEYE	AMINATA
ENQUETEUR MENAGE	GUEYE	ASSANE
ENQUETEUR MENAGE	DIOP	KHADY
ENQUETEUR MENAGE	LO	ADAMA DEMBA
ENQUETEUR MENAGE	SAMB	MASSAMBA
ENQUETEUR MENAGE	NDIAYE	SEYDOU NOUROU
ENQUETEUR MENAGE	NDIAYE	MARIAM
ENQUETEUR MENAGE	SY	MOUHAMED
ENQUETEUR MENAGE	SOW	DOUTA BIRAM

ENQUETEUR MENAGE	SOW	HAMET
ENQUETEUR MENAGE	GUEYE	DAME BALLA
ENQUETEUR MENAGE	MBAYE	MAIMOUNA
ENQUETE VOLET QUALITATIF		
QUALITE	**NOMS**	**PRENOMS**
ENQUETEUR QUALI	DIALLO	ABDOULAYE MOUSSA
ENQUETEUR QUALI	DIATTA	ZUSELE
ENQUETEUR QUALI	DIEDHIOU	MARIAMA
ENQUETEUR QUALI	CISSE	MADIALE
ENQUETEUR QUALI	KA	SOUARE
ENQUETEUR QUALI	BARRO	MAMADOU KHADIM
ENQUETEUR QUALI	SARR	MARGUERITE YANDE
ENQUETEUR QUALI	LY	DJELIA
ENQUETEUR QUALI	CISSE	MARIEME
ENQUETEUR QUALI	BIAYE	MARIAMA DIANKE
PERSONNEL D'APPUI		
QUALITE	**NOMS**	**PRENOMS**
CHAUFFEUR	SARR	SERIGNE MBAKE
CHAUFFEUR	DIAGNE	MOUSSA
CHAUFFEUR	DIOP	IBRAHIMA
CHAUFFEUR	SAGNE	PAPE
CHAUFFEUR	SOW	MAMADOU
CHAUFFEUR	DIAW	NDOGO
CHAUFFEUR	LO	NIAO
CHAUFFEUR	NGUER	BIRAMA
CHAUFFEUR	SARR	BIRAME
CHAUFFEUR	NGOM	HACHIM