

**ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET ANALYSES QUALITATIVES DES  
BESOINS EN SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE DANS LES RÉGIONS  
DE DAKAR, KAOLACK ET SÉDHIYOU – AOÛT/DÉCEMBRE 2018**

---

**RAPORT FINAL DE L'ETUDE**





Ce document présente le rapport final de l'évaluation sur le besoins en santé maternelle et infantile dans le regions de Dakar, Kaolack et Sédhiou. La recherche a été effectuée dans le cadre du «Programme d'Appui au Développement Économique et Social du Sénégal (PADESS)» par le Centre de Santé Globale de la Région Toscane et l'Université de Florence.



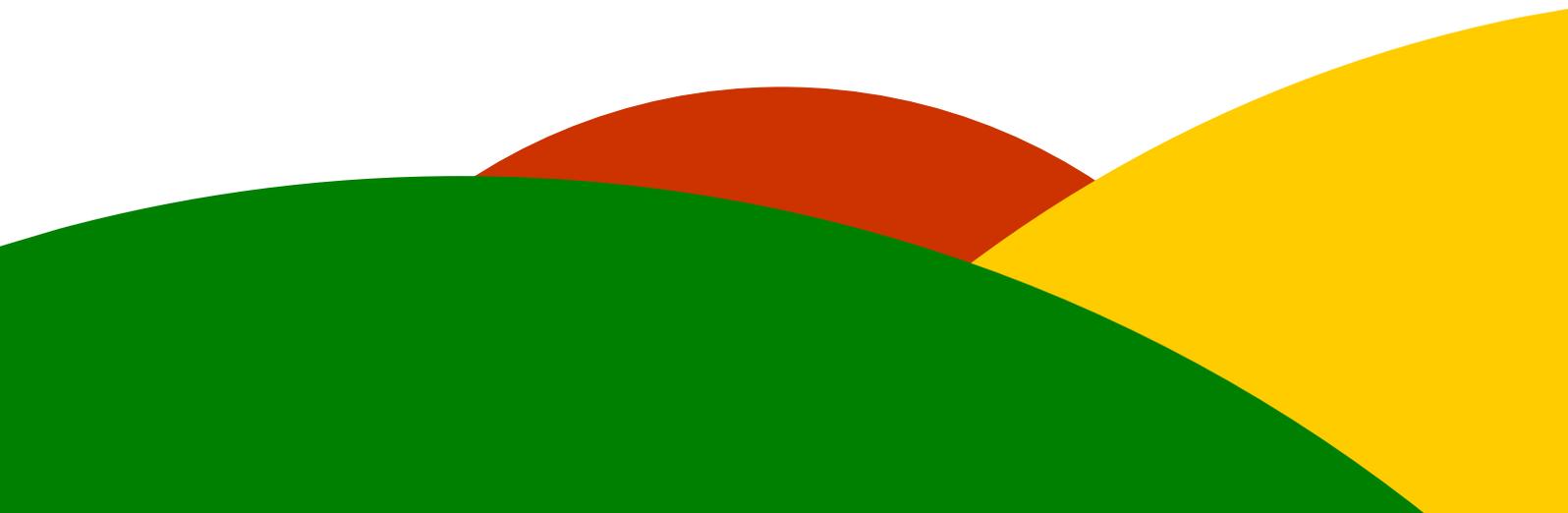
UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
FIRENZE

# SOMMAIRE

SIGLES et ABREVIATIONS -----	<b>4</b>
1. Introduction -----	<b>5</b>
2. Outils et Methodes -----	<b>8</b>
3. Description des regions -----	<b>11</b>
4. Conclusion et recommandations generales -----	<b>45</b>
5. Bibliographie -----	<b>51</b>
6. Remerciements -----	<b>52</b>
7. Annexes -----	<b>53</b>

# SIGLES et ABREVIATIONS

<b>BAAR</b>	Bacilles acido-alcool-résistants
<b>BG</b>	Badjenu Gox
<b>CMU</b>	Couverture maladie universelle
<b>CPN</b>	Consultations prénatales
<b>CPON</b>	Consultations post-natales
<b>CS</b>	Centre de Santé
<b>DS</b>	District Sanitaire
<b>DSD</b>	Dispensateurs des soins domiciliaires
<b>ECG</b>	Electrocardiographie
<b>EPS</b>	Etablissement public de santé
<b>FG</b>	Focus Group
<b>HTA</b>	Hypertension
<b>ICP</b>	Infirmière chef du poste de santé
<b>IST</b>	Infection sexuellement transmissible
<b>MAM</b>	Malnutrition aiguë modéré
<b>MAS</b>	Malnutrition aiguë sévère
<b>MSAS</b>	Ministère de la santé et de l'action sociale
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>PADESS</b>	Programme d'appui au Développement Économique et Social du Sénégal
<b>PECI-MA</b>	Pris en charge intégrée – malnutrition aiguë
<b>PECIME</b>	Pris en charge intégrée des maladies de l'enfant
<b>PF</b>	Planification Familiale
<b>PS</b>	Poste de Santé
<b>RM</b>	Région Médicale
<b>SAU</b>	Service d'accueil des urgences
<b>SF</b>	Sagefemme
<b>SIDA</b>	Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine



# 1. Introduction

## 1.1. Le contexte du pays

Le Sénégal est un État d'Afrique de l'Ouest et sa capitale est Dakar. Il est classé 162ème sur l'indice de développement humain [1]. Sa population s'élève à 16,6 millions d'habitants et son taux de croissance est de 2,4% [2].

## 1.2. Le système de santé

### Organisation

Le système de santé sénégalais est gouverné par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS). Il est structuré en trois niveaux hiérarchiques : un niveau central - représenté précisément par le MSAS - un niveau régional - organisé en "Régions Médicales" (RM) - et un niveau périphérique - constitué des districts de santé. Les RM sont 14 et coïncident avec la subdivision en régions administratives. Ils sont en charge de l'organisation, la coordination et la supervision des activités de santé dans les territoires afférents. Chaque RM dispose d'un hôpital régional de référence. En ce qui concerne le niveau périphérique, chaque district comprend au moins un Centre de Santé (CS) auquel sont rattachés un nombre variable de Poste de Santé (PS). Ces derniers sont des structures de proximité qui garantissent des soins de santé de base autant préventifs que curatifs. Dans les zones rurales, les Postes de santé peuvent être encadrés par des Cases de Santé, des structures sans personnel de santé qualifié, supervisées uniquement par des agents communautaires ou éventuellement par un service de "soins à domicile" - Dispensateurs des soins domiciliaires (DSD) qui effectuent des activités de promotion de la santé et d'orientation vers les services de santé.

### Financement

Le système de santé publique est financé en partie par l'État (51%, des ressources allouées à la santé augmentant depuis quelques années), en partie par des partenariats avec la coopération au développement (27%), en partie par la population bénéficiant des services de santé grâce au partage des coûts (19%) et enfin grâce à la contribution des collectivités locales (3%) [3]. Les dépenses de santé par habitant s'élèvent à 107 dollars et représentent 4,7% du PIB [4].

## **Ressources Humaines**

Les sources d'information les plus récentes disponibles (notamment le rapport USAID 2018 [3]) mettent en exergue un déficit du personnel de santé tant du point de vue numérique que de la qualification et de la formation. La répartition du personnel par catégorie et par région fait également apparaître une répartition non homogène sur le territoire national, avec une concentration dans la région de Dakar (43%) et en 2016, une présence de 0,07 médecin pour 1000 habitants et de 0,31 pour les infirmiers et les sages-femmes [5].

En analysant spécifiquement la dotation en personnel dans les structures territoriales (PS et CS), le Ministère fournit à chacune d'elles un minimum de personnel qualifié. Les PS sont équipés d'au moins une infirmière (ICP-infirmière chef de poste) et une sage-femme. Ce personnel est intégré par le recrutement de personnel qualifié (défini comme "communautaire" étant payé par le Comité de Santé) en un nombre variable en fonction des besoins de la structure et surtout des ressources économiques dont elle dispose. De la même manière, on recrute des personnes non qualifiées, telles que les agents de santé communautaires, les matrones et le personnel auxiliaire. La rémunération de tout le personnel communautaire est financée à travers environ 20% des revenus de la structure via les factures des visites médicales ; le salaire, qui dépend du rôle exercé dans la structure, varie donc en fonction du volume mensuel des activités. Avec ce mécanisme et dans de nombreux cas, le personnel non qualifié ne reçoit qu'un remboursement symbolique pour le transport effectué.

Au personnel travaillant dans les établissements de santé s'ajoutent les travailleurs non qualifiés qui s'occupent des activités de promotion de la santé et de sensibilisation dans les communautés (relais communautaires et Badjenu Gox). Celles-ci représentent un élément d'importance absolue au sein de l'organisation du système socio-sanitaire en termes d'impact sur l'état de santé de la population, de capillarité des activités, de proximité avec les communautés pour la détermination des besoins et la facilitation de l'accès aux soins. Dans les réalités urbaines, ils représentent une émanation des structures de santé avec lesquelles ils tissent une forte relation de collaboration; dans les zones rurales, en revanche, ils jouent un rôle dans la sensibilisation et dans le rapprochement de la population aux établissements de santé.

## **Médicaments**

L'approvisionnement en médicaments des différentes structures de santé suit un modèle hiérarchique: de la pharmacie nationale centrale (Pharmacie Nationale d'Approvisionnement - PNA) aux dépôts régionaux, puis aux dépôts des districts et enfin aux structures présentes sur le territoire.

### 1.3. Le programme PADESS

#### Organisation

Le "Programme d'Appui au Développement économique et Social du Sénégal - PADESS", financé par la Coopération italienne au développement, entend contribuer à la réduction de la pauvreté dans les régions de Dakar, Kaolack et Sedhiou, par un soutien à la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de lutte contre la pauvreté visant à l'autonomie socio-économique des groupes les plus défavorisés (femmes, jeunes et familles) et au développement économique local durable par le soutien des petites et moyennes entreprises.

PADESS entend expérimenter une approche innovante et inclusive de la protection sociale, en renforçant les services sociaux et sanitaires de base, en fournissant des services juridiques gratuits et en soutenant le développement économique local.

La PADESS a notamment les objectifs suivants:

- Améliorer l'accès des groupes vulnérables aux services sociaux et de santé;
- Soutenir et financer des activités génératrices de revenus pour les femmes et les groupes vulnérables;
- Soutenir le développement et la consolidation des petites et moyennes entreprises;
- Soutenir la gouvernance stratégique, institutionnelle et d'évaluation.

Une activité pertinente du programme est le financement de projets socio-sanitaires au niveau communautaire, en particulier la réhabilitation / construction et l'équipement de 15 PS et 6 CS, ainsi qu'une vaste activité de formation et de lutte contre la malnutrition.

### 1.4. Les objectifs de l'étude

Dans le cadre du PADESS et grâce au soutien du Centre de Santé Globale de la Région Toscane et de l'Université de Florence, Une « Enquête épidémiologique et analyses qualitatives des besoins en Santé Maternelle et Infantile dans les Régions de Dakar, Kaolack et Sédhiou: Août - Décembre 2018 » a été réalisée et avait comme objectif d'étudier et décrire les besoins de la population en matière de santé, les obstacles à l'accès aux services de santé et les besoins en formation du personnel de santé dans les trois régions impliquées.

## 2. Outils et Methodes

L'enquête a prévu la récolte d'informations par deux résidents en hygiène et santé publique qui, au cours des quatre mois de l'étude, se sont déplacés dans 2 PS et 1 CS pour chacune des 3 régions, soit un total de 9 structures. Dans le district de Pikine, un entretien a également eu lieu avec le médecin en chef du district de Pikine.

La récolte d'informations a prévu l'utilisation de cinq différentes sources :



La récolte de données quantitatives et la création d'une base de données Excel par l'intermédiaire de la consultation des registres suivants, (en fonction de leur disponibilité en raison des grèves des infirmières et des sages-femmes (SFs)<sup>1</sup>:

- Registres de Consultation Général
- Registres des enfants malades (0-59 mois)
- Registres des accouchements
- Registres des visites prénatales (CPN)
- Registres des visites postnatales (CPON)
- Registres de Planification Familial (PF)
- Registres des avortements

---

<sup>1</sup> Les grèves syndicales, qui ont débuté au mois d'Avril 2018 et toujours en cours pendant la rédaction du présent rapport, impliquent la majorité des sages-femmes et des infirmières qui travaillent aux Postes et aux Centres en vue d'améliorer leurs conditions de travail et leurs rémunérations. Ces grèves, qui sont présentes dans toutes les régions visitées au cours de l'étude, comportent la fermeture des établissements de santé lundi, mardi et mercredi (assurant uniquement les urgences et les accouchements) et la négation de l'accès aux données que le ministère de la Santé requiert mensuellement par l'intermédiaire des rapports. Certains agents de santé qui appartiennent à un syndicat différent, n'adhèrent pas aux grèves (par exemple, dans notre expérience, le personnel du PS de Medina Wandifa). La sensibilité variable des travailleurs aux mouvements syndicaux et les adhésions inégales ont provoqué une variation à la fois quantitative et qualitative dans l'accès aux établissements de santé qu'il serait essentiel de prendre en compte lors de l'analyse et de l'évaluation de notre étude

2

La consultation des rapports d'activité des Postes / Centres de Santé et des Maternités (y compris les rapports de vaccination), en fonction de leur disponibilité (en raison des grèves déjà mentionnées), et de leur informatization.

3

La récolte au moyen d'un entretien spécifique d'un questionnaire structuré visant à mettre en évidence les exigences en matière de structure, d'accessibilité, de personnel, d'hygiène et de santé de chaque PS et CS visité (Annexe 1).

4

La réalisation de 3 Focus Group (FG), un par région. Les FG se sont tenus aux PS de Camberene, Dialagne et Bambaly, dans le but d'explorer les besoins de la population en matière de santé et les obstacles à l'accès aux services de santé. Chaque FG comptait la participation d'un groupe de femme variant entre 13 et 20. Les rencontres se déroulaient avec la présence d'un interprète local et au moins un Badjenu Gox (BG), et prévoyait également l'enregistrement et la transcription de toutes les interventions; certains déterminants socio-économiques des participantes (niveau d'instruction, emploi et nombre d'enfants) ont également été récoltés.

5

La réalisation d'entretiens semi-structurés avec le personnel spécialisé et non spécialisé des PS / CS, pour un total de 40 entretiens: 16 dans la RM de Dakar, 15 dans la RM de Kaolack et 9 dans la RM de Sédhiou (tableau 1). Les entretiens visaient à enquêter et à décrire les besoins de la population en matière de santé, les obstacles à l'accès aux services de santé et les besoins en formation du personnel. Le modèle présenté à l'Annexe 2 a été suivi pour conduire les entretiens; tous les entretiens ont été enregistrés et transcrits. Deux tableaux explicatifs ont ensuite été utilisés pour résumer et schématiser les informations, les rendant ainsi comparables: le premier tableau récapitulatif rassemble des informations relatives aux problèmes mis en évidence (annexe 3.1), le second résume les besoins en formation et les caractéristiques du contexte (annexe 3.2).

**Tableau 1. Abréviations : Poste de santé (PS), Centre de Santé (CS).**

Région	Structure	Nombre d'entretiens
DAKAR	<b>PS Camberene 2</b>	6
	<b>CS Wakhinane</b>	4
	<b>PS Guinaw Rails Sud</b>	5
	<b>CS Pikine</b>	1
	<i>Total régional</i>	<i>16</i>
KAOLACK	<b>PS Keur Soce</b>	6
	<b>CS Kasnack</b>	6
	<b>PS Dialegne</b>	3
	<i>Total régional</i>	<i>15</i>
SEDHIOU	<b>PS Medina Wandifa</b>	3
	<b>CS Bounkiling</b>	4
	<b>PS Bambaly</b>	2
	<i>Total régional</i>	<i>9</i>
<b>Total national</b>		<b>40</b>

## 2.1. Chrono programme

La récolte des données s'est déroulée selon le calendrier suivant :

DATE	LIEU
<b>10-15 Septembre, 7 Décembre</b>	<i>Poste de santé de Camberène 2</i>
<b>17-22 Septembre, 6 Décembre</b>	<i>Centre de santé de Wakhinane Nimzat</i>
<b>24-27 Septembre</b>	<i>Poste de santé de Guinaw Rails Sud</i>
<b>28 Septembre</b>	<i>Centre de santé de Pikine</i>
<b>1-6 Octobre</b>	<i>Poste de santé de Keur Soce</i>
<b>8-16 Octobre</b>	<i>Centre de santé de Kasnack</i>
<b>17-27 Octobre</b>	<i>Poste de santé de Dialegne</i>
<b>2-6 Novembre</b>	<i>Poste de santé de Medina Wandifa</i>
<b>7-13 Novembre</b>	<i>Centre de santé de Bounkiling</i>
<b>20-28 Novembre</b>	<i>Poste de santé de Bambaly</i>

### 3. Description des régions

Les informations recueillies seront présentées en intégrant l'analyse issue des différentes sources (entretiens, Focus Group, observation directe) et subdivisées par région. Un paragraphe spécifique sera consacré à chaque PS et CS afin de restituer le contexte, les obstacles rencontrés dans l'accès aux soins ainsi que les caractéristiques et les problèmes critiques liés au personnel. Pour chaque région, le sujet de la formation sera traité dans un chapitre spécifique, suivi des conclusions spécifiques pour la RM.

#### 3.1. La Région Médicale de DAKAR

En 2015, dans la région de Dakar résidait le 23% de la population sénégalaise, soit 3 330 694 habitants pour une densité de 6 089 habitants au km<sup>2</sup>, selon le rapport de 2018 de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie. Le 96% de cette population, vit en zone urbaine, contrairement à ce qui se passe dans d'autres régions, où ce taux ne dépasse jamais le 50%, voire moins de 20% dans certains cas. [6]

En ce qui concerne les ressources humaines, 39,1% (5 095 personnes) du personnel de santé est employé dans la RM de Dakar dont:

- 667 médecins (13,1% de l'effectif total de la RM), dont 19 gynécologues et 22 pédiatres;
- 459 sages-femmes étatiques (9% du total);
- 158 infirmiers étatiques (3,1% du total). [6]

Le tableau 2 présente plus particulièrement le personnel de santé des trois structures visitées dans la région.

**Tableau 2.**

	Population de référence	PERSONNEL MEDICAL	PERSONNEL INFIRMIER	SAGE-FEMMES	PERSONNEL DE SANTE NON QUALIFIE
<b>Poste de Santé de Camberene 2</b>	24.496	0	3	1	7
<b>Poste de Santé de Guinaw Rails Sud</b>	46.124	0	2	3	9
<b>Centre de Santé de Wakhinane</b>	31.816	4	5	6	<i>Inconu</i>

Dans la Région, divisée en 10 districts de santé, on trouve 13 hôpitaux (dont 10 EPS 3 et 3 EPS 1), 24 CS, 191 PS et 19 Cases de santé. [6]

### 3.1.1 Le Poste de Santé de Camberene 2

#### Contexte

-----

#### Démographie et nombre d'accès

Le PS de Camberene fait partie du DS de Dakar Nord auquel font référence une population de 24 496 habitants (4,8% de la population totale), un nombre décidément très élevé pour un seul Poste de santé. Les habitants du quartier se distinguent par un niveau de pauvreté important par rapport au reste de la ville. Les données du rapport mensuel indiquent environ 900 consultations / mois dans la période précédant la grève et environ 600 par mois entre avril et juillet 2018.

#### Position géographique

Le Poste a été récemment déménagé (début 2016) et installé dans un endroit moins accessible. Il ressort à la fois des entretiens avec le personnel et des FG que plusieurs usagers ignorent la localisation du nouveau poste et par conséquent s'adresse à d'autres structures de la DS.

Selon l'ICP, l'éloignement du PS de la municipalité crée un problème d'accès à la Couverture Maladie Universelle (CMU): la possibilité de s'inscrire au sein même du PS faciliterait l'adhésion.

#### Médecine traditionnelle

Il est apparu, à l'occasion du FG, que la médecine traditionnelle est assez largement utilisée pour des problèmes mineurs car elle serait moins chère ; le problème est lié au manque de connaissance des dosages.

#### Vaccinations

En ce qui concerne la vaccination, il ne semble pas y avoir de crainte ou de résistance significative dans cette région, et les participants au FG affirment avoir tous vacciné leurs enfants. Même les accouchements à domicile ne sont pas fréquents à Camberene et aucune des femmes présentes au FG n'a jamais accouché à la maison.

## Les problèmes d'accès

-----

### Transport

L'absence d'ambulance est un problème majeur auquel la structure est souvent confrontée, ce qui provoque de fréquentes difficultés lors du transfert des patients vers d'autres structures en cas de besoin.

### Les problèmes économiques

Les problèmes financiers se révèlent être un obstacle important lorsque les dépenses dépassent les tickets de soin de base, c'est-à-dire lorsqu'il est nécessaire d'acheter des médicaments ou de se rendre au Centre de Santé pour un approfondissement diagnostique ou des complications. La BG et les participants au Focus Group ont également montré à quel point les problèmes financiers sont importants, en particulier pendant la grossesse, lorsque les coûts fixes sont assez élevés (tests sanguins, ultrasons).

### Les horaires d'ouverture

Un problème majeur est lié aux horaires d'ouverture de la structure: l'activité du PS commence aux alentours de 8h30 / 9h, le personnel arrivant souvent en retard, et se termine vers 14 /15 h, rendant les services pas toujours accessibles en particulier pour ceux qui travaillent. En outre, il a été constaté que le temps d'attente de la visite est souvent trop long et se déroule dans des endroits inappropriés. Enfin, au cours des derniers mois, de nombreuses grèves ont empêché l'accès et, pendant le FG, la thèse selon laquelle un service minimum devrait être garanti même en cas de grève était soutenue.

### Les caractéristiques structurelles

Il y a des problèmes importants liés au bâtiment. Tout d'abord, l'édifice est loué (payé par la municipalité), et donc pas définitif. Ensuite, il y a de fréquentes interruptions dans l'approvisionnement en eau courante, qui manque quotidiennement dans le PS.

Un problème redondant lors des différents entretiens est lié à l'hygiène: le personnel de nettoyage n'a pas de formation en soins de santé vu qu'il est recruté par la communauté.

Il y a ensuite un manque d'espace important, de sorte que les cliniques et la salle de vaccination sont trop petites. Même la salle d'observation a le même problème de dimension réduite, auquel s'ajoutent une promiscuité entre hommes et femmes et un nombre de lits insuffisant. Le manque de logements pour le personnel, à l'exclusion de l'ICP, et l'absence d'une salle du personnel ont également été soulignés.

## **Services**

Il n'y a pas de salle d'accouchement dans la structure, pas de salle d'attente adéquate (les patients attendent dans la petite entrée) ni de salle réservée aux pansements, qui sont aménagés dans le sous-sol adjacent à l'entrée. En outre, l'utilité d'avoir également un laboratoire capable de prendre en charge les tests de diagnostic et les dispositifs de diagnostic les plus courants, notamment un électrocardiographe (ECG) et un échographe a été suggéré. À cet égard, il a été souligné lors du FG que dans tout le district de Camberene (y compris le Centre), il n'existe pas d'établissements publics équipés d'un système à ultrasons : les établissements privés sont beaucoup trop coûteux et moins facilement accessibles.

## **Matériel et médicaments**

En ce qui concerne les médicaments et le matériel de soins, les interruptions d'approvisionnement au niveau des districts sont très fréquentes. Ce problème s'accompagne de difficultés pour leur achat en raison du manque de fonds du Comité de Santé. Les médicaments qui manquent le plus souvent sont les médicaments les plus utilisés, tels que les anti-inflammatoires et les antibiotiques, et le matériel de prise en charge de la malnutrition.

## **Le personnel**

-----

Un ICP et une SF étatiques travaillent au sein du PS. Il y a également deux autres infirmières qualifiées, un responsable de la pharmacie et 6 assistants sanitaires (dont 3 responsables des soins, 2 pour les vaccinations et 1 assistant à la pharmacie) rémunérés par le Comité de santé. Même un gardien, deux préposés au nettoyage et 9 BG font partie du personnel. Le problème considéré comme prioritaire est l'absence de rémunération. En outre, la pénurie de personnel qualifié (infirmiers et infirmiers) a été maintes fois soulignée et le manque de formation adéquate du personnel non qualifié, en particulier sur des problèmes de santé courants tels que la malnutrition et les vaccinations. La population, à l'occasion du FG, a souligné la compétence et la grande disponibilité du ICP, limité uniquement par le fait qu'il ne dispose pas de suffisamment de moyens ; d'autre part, un manque d'empathie, de disponibilité et d'attention de la part de la SF a été mis en évidence, dont le remplacement a été explicitement demandé. Le peu de consultation soit pour PF, que pour CPN et CPON semblent confirmer cette difficulté. Par contre, la SF ne semble pas être pleinement consciente du problème, et explique le faible nombre de consultation par les carences de la maternité et au fait que certaines femmes sont souvent fidèles aux SF qui ont suivi leur première grossesse.

## 3.1.2 Le Poste de Santé de Guinaw-Rails Sud

### Contexte

-----

#### Démographie et nombre de consultation

Le PS de Guinaw-Rails Sud fait partie de la DS de Pikine. 46.124 habitants (12,2% du total de la DS) se réfèrent à ce Poste, ce qui représente une population trop nombreuse pour être prise en charge par un seul PS. En outre, en raison d'un problème topographique, la population des autres zones y a souvent accès. Ce n'est pas un hasard si, dans ce PS, les consultations mensuelles avant la grève étaient d'environ 1 300 et les accouchements vacillaient entre de 500 à 600 par an. À partir de la grève, le nombre de consultations a chuté de la moitié, vu que le personnel est particulièrement sensible aux questions syndicales.

#### Position géographique

Selon l'ICP, la position du PS n'est pas adéquate : un mur et une voie ferrée bloquent l'accès de la population ; de plus, les inondations sont fréquentes dans les environs pendant la saison des pluies. La maternité est située dans un bâtiment séparé, à environ 500 mètres du PS, mais - selon le personnel - cela ne pose pas de problème. L'hôpital le plus proche est à environ 2 km, mais le temps de transfert estimé par l'ICP est d'environ 60 minutes.

#### Vaccinations

En ce qui concerne les vaccinations, l'ICP a signalé que la population immigrée gambienne est réticente à le faire, arguant qu'il s'agissait d'une méthode de stérilisation. Ce problème est aggravé par la perte fréquente du carnet de vaccination par les mères.

### Les problèmes d'accès

-----

#### Problèmes économiques

La population du quartier est particulièrement pauvre et a souvent du mal à accéder aux services. De plus, étant donné le manque de services et d'outils au niveau du PS, les usagers préfèrent souvent attendre en cas de maladie et accéder directement à l'hôpital en cas d'aggravation ou de complications. Le faible niveau de connaissance du système de santé de la part de la population crée des problèmes dans la prise en charge et dans la continuité des soins.

## **Les Caractéristiques structurelles**

La structure du PS est trop petite et mal construite, générant des conditions de promiscuité ; il n'existe pas de véritable salle d'attente : la zone dédiée est un couloir généralement utilisé pour l'observation des patients car il n'existe pas d'espace spécifique à cet effet. De plus, la salle de vaccination et la pharmacie sont trop petites. En outre, il s'avère que la ventilation est insuffisante dans les salles de consultation, ce qui est gêné les usagers, surtout pendant la saison des pluies. Même dans le bâtiment de la maternité, l'espace n'est pas suffisant, étant donné la grande population qui y accède, à la fois provenant du territoire de référence de la structure et des territoires de référence d'autres PS.

### Sécurité

Au cours de l'entretien, la SF pour la maternité et le ICP pour le PS ont signalé un problème de sécurité: dans un quartier aussi dangereux que Pikine, la présence d'un gardien paramilitaire serait nécessaire jour et nuit.

## **Matériel et médicaments**

En ce qui concerne les médicaments et le matériel pour les pansements, le PS a souvent des difficultés économiques pour les acheter au District, où, entre autres choses, les stocks s'épuisent fréquemment. Dans les ambulatoires, on note un manque de meubles tel que des chaises, des tables et des armoires. De plus, un manque de lits d'observation et de lits de naissance est observé dans la maternité.

## **Le personnel**

-----  
Le PS dispose d'un ICP et une SF tout deux rémunérés par l'État et une SF payée par la municipalité. Ils sont accompagnés d'un autre infirmier et d'une infirmière qualifiée, de sept assistants sanitaires et de deux assistantes payées par la Communauté de Santé. De manière non constante, un étudiant en médecine assiste le ICP lors des visites.

Les entretiens ont mis en évidence le manque de personnel qualifié (infirmières) et une surcharge de travail sur les épaules du ICP. Les membres du personnel de la communauté, par contre, signalent être sous-payés et, dans certains cas, de manière insuffisante (par exemple pour le service de vaccination). Les BG et les relais communautaires ont dénoncé le manque des salaires et ont suggéré l'utilité de créer et financer un fond mis à la disposition de l'association des BG dans le but de mener des activités et des projets de développement dans un quartier aussi pauvre. Enfin, le ICP dénonce l'absence d'un programme de formation continue pour tout le personnel, et qui serait fondamental à son avis.

### 3.1.3 Le Centre de Santé de Wakhinane-Nimzat

#### Contexte

-----

#### Démographie et nombre de consultation

Le CS fait partie de la DS de Guediawaye et dessert une population de 31 818 habitants (8,3% du total de la DS), caractérisée par un taux de pauvreté particulièrement élevé pour la ville. Le nombre de consultation mensuel est d'environ 1400, et il n'y a pas eu de réduction significative des consultations depuis le début de la grève. Le nombre d'accouchement par an dans cette structure oscille entre 250 et 300 sur la période allant de 2014 à 2018, avec une légère tendance à la hausse. Le CS est une structure de référence du district pour la prise en charge de la tuberculose, un problème plutôt important dans cette zone selon le personnel de la santé. En revanche, l'infirmier interviewé déclare que les cas de malnutrition ne sont pas fréquents, évoquant 2 cas de malnutrition aiguë modérée (MAM) et 1 cas de malnutrition aiguë sévère (MAS) par mois ; Il se peut, cependant, que le chiffre soit légèrement sous-estimé, car, aux mois de juin et juillet 2018, 8 consultations pour des cas de MAM ont été enregistrées dans les registres des activités de la structure.

#### Position géographique

L'hôpital le plus proche se trouve à moins de 2 km et peut être atteint assez rapidement en ambulance. En effet, selon le médecin de la DS, ni la médecine spécialisée, ni les salles pour les césariennes ou la chirurgie ne sont nécessaires, vu la possibilité de transfert à l'hôpital. Au lieu de cela, un service d'urgence serait nécessaire pour réduire les consultations inappropriées.

#### La Médecine traditionnelle

En ce qui concerne la médecine traditionnelle, il ressort des entretiens qu'elle est parfois la cause de la perte de certains patients chroniques, qui préfèrent s'en remettre à cette dernière plutôt qu'à la médecine conventionnelle. Une des raisons de ce choix, pourrait être liée aux problèmes de nature économique, car les médicaments ne sont pas fournis gratuitement, mais seulement avec une réduction de 50%.

## Les problèmes d'accès

-----

### Problèmes économiques

Le premier problème de l'accès au traitement est certainement celui financier. Beaucoup de gens ne peuvent pas se permettre de payer des services (en particulier ceux qui sont plus chers comme les ultrasons) et les services sociaux ne sont pas en mesure de prendre en charge toutes les personnes qui en ont besoin.

### Les caractéristiques structurelles

Les problèmes d'infrastructure sont différents. Ceux-ci incluent le manque de salles de consultation, de bureaux administratifs, de salles d'attente adéquates dans divers services et d'espace dans les différents ambulatoires.

Le bâtiment de la maternité pose plusieurs problèmes, tout d'abord l'absence de bains réservés aux femmes enceintes à l'intérieur de la structure ; il y a aussi une inadéquation structurelle de la salle d'observation post-partum, trop petite et manquant de l'intimité nécessaire puisqu'elle est adjacente à la salle des vaccinations. Pour cette raison, ainsi que pour la présence d'un seul lit de naissance, de nombreuses femmes suivies dans le CS pour les visites prénatales préfèrent accoucher ailleurs. Cette tendance est confirmée par les chiffres : les registres d'activité indiquent mensuellement 25 accouchements dans la structure.

Les interruptions du service d'approvisionnement en eau sont fréquentes et d'habitude quelques épisodes sont enregistrés chaque mois.

### Matériel et médicaments

Outre l'absence totale de matériel et de médicaments pour la gestion des urgences, on relève le manque d'outils en soutien à l'activité sanitaire, tels que thermomètres et tensiomètres, et le matériel de soin. En plus, le matériel d'appui est également insuffisant : chaises, tables et ordinateurs. En ce qui concerne les médicaments, les interruptions d'approvisionnement au niveau des districts sont fréquentes.

### Services

Ce CS présente deux problèmes très importants, dû au fait que quelques années auparavant il s'agissait d'un PS : le premier est l'absence d'une salle des urgences avec l'impossibilité de prendre en charge les urgences; le second est l'absence totale de lits d'hospitalisation et de lits d'observation, bien qu'un nouveau bâtiment soit actuellement en construction pour accueillir les patients nécessitant une hospitalisation.

## Le personnel

-----

Au CS travaillent un médecin du district et deux médecins du centre, dont l'un est payé par l'État et l'autre par le Comité de santé. Les SF sont 6, dont 3 étatiques et 3 communautaires. Ensuite, il y a une infirmière qui a 4 assistantes, toutes rémunérées par le Comité de Santé. Comparé à d'autres structures, l'équipe souligne moins le problème du manque de salaire (qui, à Wakhinane, semble être une spécificité des BG), peut-être parce que le CS dispose de plus de fonds qui proviennent de la vente des Tickets de soins et parce que les grèves n'ont pas réduit l'afflux des patients (et donc des revenus) exacerbant le problème.

### 3.1.4 La formation

L'analyse des entretiens a permis - comme décrit au chapitre 2 - de mettre en évidence et de résumer les besoins de formation exprimés par le personnel de santé travaillant dans les structures objets de la recherche. L'annexe 4.1 est représentée par un tableau dans lequel les domaines de formation sont décrits pour chaque catégorie professionnelle (le personnel des soins de santé qualifié et non qualifié ; ainsi que le personnels non sanitaire).

En ce qui concerne plus particulièrement les Badjenu Gox, les cours devraient avoir une empreinte plus pratique. Par exemple, dans le contexte de la malnutrition, on pourrait penser à des démonstrations pratiques de cuisine. Des cours destinés aux femmes, c'est-à-dire à la population en général, ont également été suggérés et en particulier:

- Des activités génératrices de revenus pour les rendre économiquement autonomes, y compris l'accès à la santé;
- Des cours d'administration de l'argent pour sensibiliser la population, la rendre plus prospective et capable d'économiser de l'argent compte tenu des investissements plus importants tels que ceux liés à la santé durant la grossesse;
- Des cours de cuisine saine.

### 3.1.5 Conclusion et recommandation régionales

La forte densité de population des quartiers périphériques de Dakar rend les PS qui ont pris part au projet, non conformes aux paramètres de l’OMS (1 PS / 10 000 habitants) puisqu’ils représentent des structures de référence pour une population trop importante. Aux problèmes tels que le manque d’eau et de lumière s’ajoute la disponibilité de salles de dimension insuffisantes et très peu équipées. Le manque d’infrastructures adéquates dans les districts visités rend souvent l’accès aux installations difficile et inégale. L’accès aux services de santé est affecté par l’infrastructure de la ville dans laquelle ils sont immergés. Par conséquent, il convient de prendre en compte les distances entre les structures en termes de kilométrage plutôt que d’évaluer la situation d’un point de vue urbain et de disponibilité des services ce qui s’avère limité et biaisant. La coexistence d’un taux de pauvreté élevé, d’un soutien social insuffisamment mis en valeur et pas assez soutenu financièrement et d’un faible niveau culturel qui place l’accès à la santé (surtout si on parle de médecine préventive) au bas de l’échelle des priorités, déterminent un accès tardif aux soins de la population de ces districts et une prise en charge seulement après des aggravations ou des complications. Les interruptions fréquentes de la disponibilité au niveau du district, en particulier des médicaments les plus communs et les plus utilisés (antipyrétiques, antibiotiques), obligent la population à faire appel à des pharmacies privées et augmentent encore les cas de renoncement au traitement et le recours aux médicaments traditionnels, nettement moins efficaces et avec des risques de toxicité.

#### Recommandations

-----

#### Améliorer les structures en termes de:

- 1 Renforcement des structures de santé locales, en les rendant un point de référence pour la population du quartier, en évitant les cas tels que le PS Camberene 2 où la structure est louée, donc pas fixe et non adéquate. Adaptation des structures aux normes de l’OMS en termes de population de référence, de réceptivité, de personnel et de services offerts par la structure, en évitant les situations comme celle du CS Wakhinane-Nimzat où le Centre ne fournit pas de services d’hospitalisation et d’urgence;
- 2 Renforcement du personnel non qualifié, qui est un pilier essentiel du bon fonctionnement des PS et des CS en l’état actuel, en les incluant dans des programmes de formation et en permettant de résoudre le problème des salaires insuffisants ou absents afin de les stabiliser;

3

Adaptation des ressources en termes de personnel, espace, matériel, et moyens de transport en tenant compte de l'accessibilité réelle des structures, en évitant les surcharges des uns au détriment des autres;

4

Planifier la répartition géographique des services de manière à ce que les citoyens puissent utiliser tous les services publics (services ambulatoires, de dépistage, d'urgence, de laboratoire, d'instruments, etc.) à des distances raisonnables, sans avoir à recourir à des services privées (plus coûteuses) et renoncer aux soins ou accéder directement à des établissements d'un niveau inapproprié, respectant ainsi le principe de l'assistance structurée par niveaux: Poste de Santé, Centre de Santé, Hôpital;

5

Revoir les méthodes de stockage, de livraison et de distribution des médicaments afin de limiter les interruptions fréquentes et faciliter l'accès à la population.

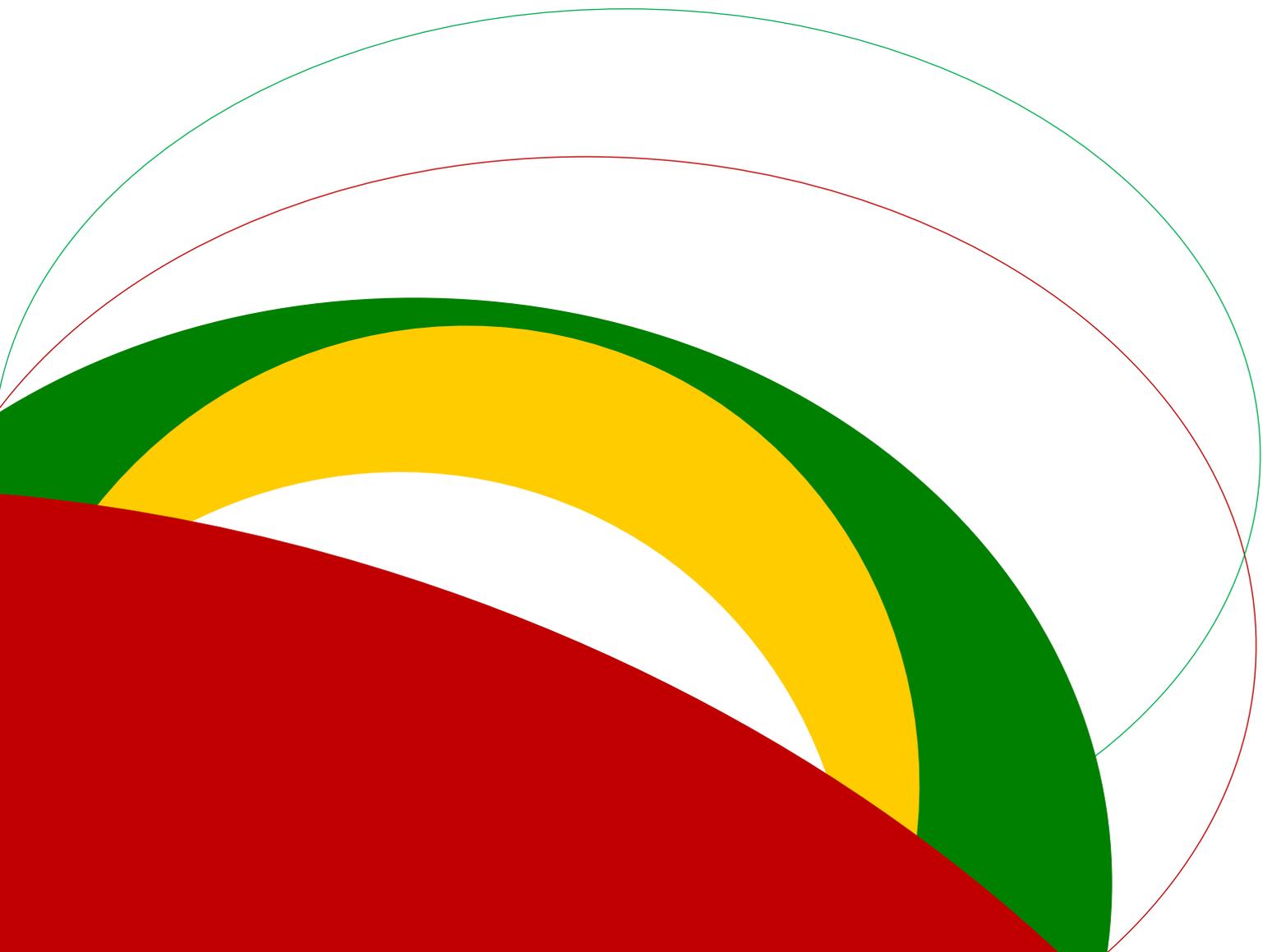
## Améliorations dans le champ économique et social:

1

La formation et l'amélioration (économique et sociale, voire formelle) du personnel communautaire (BG) qui, dans la réalité d'une ville, constituent un outil important pour que les PS / CS puissent atteindre la population avec des messages de sensibilisation et d'information;

2

Renforcement des services sociaux, en augmentant leur financement et leur impact sur la population.



## 3.2. La Région Médicale de KAOLACK

La population de la région de KAOLACK s'élevait à 1.021.657 en 2015 (7,1% du total national), avec une densité de population de 191 habitants / km<sup>2</sup>. [6] 950 personnes sont employées dans la RM, soit 7,3% du personnel de santé national, se répartissant comme suit:

- 28 médecins (2,9% du total des RM), dont 2 gynécologues et 1 pédiatre ;
- 108 sages-femmes étatiques (11,3% du total);
- 85 infirmières étatiques (8,5% du total). [6]

Le tableau 3 montre spécifiquement le personnel de santé des trois structures visitées dans la région.

**Tableau 3.**

	Population de référence	PERSONNEL MEDICAL	PERSONNEL INFIRMIER	SAGE- FEMMES	PERSONNEL SANITAIRE NON QUALIFIE
<b>Poste de Santé de Keur Soce</b>	20.900	-	1	1	8
<b>Poste de Santé de Dialegne</b>	18.985	-	2	1	10
<b>Centre de Santé de Kasnack</b>	16.795	4	6	10	<i>Inconnu (&gt;20)</i>

La région est divisée en 4 districts de santé : Kaolack, Guinguineo, Ndoffane et Nioro. Sur son territoire, il existe un hôpital (EPS 2), 4 CS, 106 PS et 33 Cases de Santé. [6]

## 3.2.1 Le Poste de Santé de Keur Soce

### Contexte

-----

#### Démographie et nombre d'accès

Il s'agit d'un PS rural, afférent à la DS de Ndooffane. Il dessert une population de 20 900 habitants, répartis dans 35 villages, et le plus éloigné se situe à 18 km du PS. Il y a 8 Cases de santé sur le territoire de référence. Dans certaines Cases, une matrone est formée pour l'assistance à l'accouchement. La structure effectue environ 250 consultations par mois dans la population adulte et environ 150 dans la population pédiatrique.

#### Position géographique

L'hôpital régional de Kaolack est l'hôpital le plus proche ; il se trouve à 17 km (environ 30 minutes de route).

### Les problèmes d'accès

-----

#### Transport

La population qui habite les villages les plus éloignés rencontre des problèmes pour accéder à la structure : le manque de moyens de transport communs adéquats oblige à utiliser des charrettes tirées par des vaches et se traduit par la difficulté d'attendre rapidement le service. Le problème s'intensifie pendant la saison des pluies.

#### Problèmes économiques

Les entretiens ont mis en évidence le fort impact sur l'accès à la santé d'une part du prix des tickets de soin et des médicaments et de l'autre du coût des moyens de transport.

#### Résistances culturelles

Dans ce contexte rural subsistent des résistances culturelles qui limitent la confiance dans la structure de santé institutionnelle, en particulier dans le cas des visites pendant la grossesse et de l'accouchement assisté : sur l'ensemble des accouchements enregistrés dans la structure - environ 40 par mois - environ 8% ont lieu à domicile et près de 10% auprès des Cases de Santé.

### **Les caractéristiques structurelles**

Le bâtiment principal ne dispose pas d'une salle d'attente, les patients attendent leur tour à l'ombre d'un grand arbre situé dans la cour de la structure. La maternité est inadéquate du point de vue des dimensions et de l'équipement pour assurer un service de qualité.

Un seul lit artisanal pour l'accouchement, trois lits d'observation et trois dans la salle de travail sont insuffisants pour faire face aux accouchements qui se déroulent dans la structure: dans le cas de plusieurs accouchements concomitants, les femmes qui ne trouvent pas de place doivent accoucher à même le sol.

En outre, le manque de ventilateur dans les salles d'accouchement, d'observation et de garde est une cause de souffrance pour le personnel et les patients, en particulier pendant la saison des pluies.

Un autre problème du PS concerne les logements du personnel: ces derniers ne sont pas suffisants et la sage-femme est en effet obligée d'habiter dans la résidence de l'infirmière Chef.

### **Matériel et médicaments**

La disponibilité du matériel pour les soins et celle des médicaments est souvent insuffisante: ici aussi, les interruptions fréquentes d'approvisionnement de la pharmacie de la part de la pharmacie du district sont dénoncées, auxquelles s'associe une carence du budget destiné au Comité de Santé pour les achats.

### **Le personnel**

-----

Le personnel qualifié de la structure est représenté par une seule infirmière et une seule sage-femme. Les autres ne sont pas qualifiées (agents communautaires, internes et matrones). Le Comité de Santé n'est pas en mesure de remédier au manque de personnel car il ne dispose pas de fonds suffisants pour la rémunération et compense en partie ce déficit grâce à la présence de stagiaires qu'il n'est pas obligés de rémunérer. La SF même est payée par une ONG avec laquelle le contrat est sur le point d'expirer. Le renouvellement n'étant pas prévu, son rôle et par conséquent le service de maternité risque de rester à découvert. Au manque de personnel qualifié s'ajoute la difficulté de garantir un salaire adéquat et stable au personnel Communautaire. Ces derniers mois, la grève a encore réduit les maigres ressources financières disponibles: la diminution du nombre de consultations s'est traduite par une diminution du nombre de tickets de soins vendus. En outre, l'ICP a également souligné le manque de formation du personnel de maternité, qu'il soit qualifié ou non. Enfin, on a relevé l'existence d'obstacles à la communication entre la population et le personnel de santé. Ce dernier, peu qualifiés et disposant d'une formation insuffisante, fourniraient des explications non adéquates aux patients.

## 3.2.2 Le Poste de Santé de Dialagne

### Contexte

-----

#### Démographie et nombre d'accès

La population de référence du PS est de 18 985 habitants. Il s'agit d'une structure très accessible qui inclut également des patientes d'autres zones de références, notamment pour bénéficier des soins à l'accouchement. Prenant comme période de référence l'année précédant la grève (mars 2017 - mars 2018); les consultations des adultes ont été en moyenne de 280 par mois, tandis que celles pédiatriques était d'environ 130.

#### Position géographique

Le PS est situé dans une zone urbaine particulièrement pauvre de la ville. L'hôpital régional de Kaolack est à 2 km.

### Les problèmes d'accès

-----

#### Transport

Le PS est plutôt accessible, même s'il s'avère souvent nécessaire de recourir au taxi dont le coût peut être prohibitif pour une partie de la population. Au contraire, il est très difficile d'effectuer rapidement et immédiatement le transfert d'un patient à l'hôpital en raison de l'absence de véhicule adapté au PS. Le service de transport des patients devrait être garanti par le DS de Kasnack. Cependant, l'on se retrouve souvent obligé à utiliser un taxi qui, en plus de ne pas garantir les conditions de sécurité dont un patient a besoin, représente un coût qui, souvent, n'est pas à la portée du patient.

#### Les caractéristiques structurelles

Le bâtiment qui abrite le PS est petit, vieux et délabré et nécessite d'une rénovation, voire d'un relooking. La seule salle de consultation, qui accueille enfants et adultes, est très petite et chaude. Les lits disponibles pour les observations sont au nombre de 14, dont 8 sont réservés à la maternité : quand ils sont tous occupés, le personnel est obligé de donner le premier traitement à la patiente, de la renvoyer et de fixer un rendez-vous de contrôle les jours suivants. Dans la salle d'attente, la ventilation n'est pas disponible. En ce qui concerne la maternité, la salle d'accouchement dispose de deux lits d'accouchement endommagés. Dans la salle d'observation post-partum, il y en a 8. Dans les deux cas, le personnel souligne le nombre insuffisant pour répondre aux besoins de la structure (les accouchements réalisés en 2017 étaient au nombre de 240, avec une moyenne de 20 naissances par

mois). Par ailleurs, la disposition structurelle empêche le respect de la privacy des femmes qui se reposent dans la salle d'observation, étant un lieu de passage obligatoire pour accéder au cabinet de consultation, qui est entre autres est petit et chaud en raison du manque de ventilation. Le seul logement disponible pour le personnel a été attribué à l'ICP. En conséquence, la sage-femme est contrainte de vivre en ville, et elle n'est donc pas en mesure de garantir une assistance qualifiée lors des accouchements qui ont lieu en dehors des horaires de travail.

### **Sécurité**

La présence d'un gardien âgé la nuit n'assure pas la sécurité des patients et du personnel de garde. En raison de la dangerosité du quartier, des épisodes de tension ont été enregistrés.

### **Services**

Le PS n'a pas de laboratoire pour pouvoir effectuer le test rapide du paludisme et de la glycémie capillaire; en cas de besoin, le patient doit se munir de l'ordonnance et s'adresser au DS de référence.

### **Matériel et médicaments**

Comme indiqué dans toutes les situations décrites jusqu'à présent, la disponibilité des médicaments est souvent insuffisante en raison d'interruptions dans l'approvisionnement au niveau de la pharmacie du District, causées par des retards au niveau de la pharmacie centrale.

### **Le personnel**

-----  
La dotation en personnel qualifié est insuffisante. La seule sage-femme doit garantir le service des consultations, de la planification familiale et de l'assistance à l'accouchement. La situation est aggravée par son absence pendant la nuit: vivant en ville elle n'est pas obligée d'assurer l'intervention en cas d'urgence, ainsi l'assistance aux accouchements nocturnes est garantie par les matrones. A l'insuffisance quantitative s'ajoute la difficulté de garantir un salaire au personnel communautaires de la part du Comité de Santé, aggravé par la diminution des revenus pendant les grèves. L'insuffisance des moyens économiques dont dispose le PS pour assurer la régularité du salaire du personnel communautaire se traduit par une présence et une disponibilité inconstante. En outre, les matrones ne sont pas suffisamment formées pour assumer la responsabilité de devoir fournir une assistance à l'accouchement en l'absence de la sage-femme.

Malgré les difficultés exposées, le FG a mis en évidence que la population avait confiance en le personnel et exprimait un degré élevé de satisfaction à l'égard de l'accueil et de la volonté d'assurer la prise en charge, face à un bâtiment délabré et inconfortable en mesure de fournir un traitement adéquat.

## 3.2.2 Le Centre de Santé de Kasnack

### Contexte

-----

#### Démographie et nombre d'accès

Le CS polarise une population d'environ 16 795 habitants, bien qu'il s'agisse également d'une structure de second niveau pour la population des 28 PS du district.

#### Position géographique

L'Hôpital Régional de Kaolack se situe à 1,5 km.

#### Vaccination

Contrairement aux PS, le CS dispose d'un service de vaccination disponible tous les jours. En conséquence, il attire un quota de mères qui devraient avoir accès à d'autres structures ce qui crée des difficultés pour l'organisation des registres et des rappels en cas de non-respect du calendrier de vaccination.

### Les problèmes d'accès

-----

#### Transport

Le CS dispose de deux ambulances, mais celles-ci sont clairement insuffisantes : la plupart des 28 PS appartenant au CS de Kasnack comptent en fait sur ces véhicules pour le transfert des patients, sans considérer que la principale activité des ambulances est la récupération des nombreuses victimes d'accidents de la route fréquents dans le district et le transfert des urgences à l'hôpital. Outre ce problème, la présence d'un seul gardien de nuit accentue encore les carences.

#### Problèmes économiques

Le manque de ressources financières pour soutenir le coût des soins est le principal déterminant de l'accès aux soins. Il se manifeste par la difficulté de payer les coûts relatifs au ticket, aux moyens de transport pour se rendre à la structure et au traitement hospitalier en cas de besoin. Cet état de fait induit un quota de femmes enceintes à ne pas respecter les visites recommandées pendant la grossesse et à négliger les 3 échographies prévues. Il s'ensuit que pour certaines femmes, après la première consultation, elles n'accèdent à la structure que pour l'accouchement. Les accouchements à domicile représentent environ 5% du total des naissances. Un autre problème auquel la structure est confrontée est le retard dans le remboursement des activités de la part du Ministère de la Santé. Par exemple, les

personnes âgées de plus de 60 ans qui bénéficient d'une assurance garantissant des tests de laboratoire gratuits sont envoyées à l'hôpital régional pour effectuer les tests de contrôle en cas de diagnostic de maladie chronique, car l'hôpital peut obtenir plus facilement et plus rapidement les remboursements.

### **Les caractéristiques structurelles**

Le CS se situe dans un ancien bâtiment de l'ère coloniale dont l'organisation de l'espace est mal disposée et qui ne correspond pas à la conception actuelle du Centre de Santé. Bien qu'ayant subi un processus de restructuration qui s'est achevé l'année dernière, des problèmes subsistent du fait de l'organisation des espaces et de la qualité des travaux de rénovation (des infiltrations se produisent en cas de pluie). Les salles dans lesquelles se déroulent les consultations et la salle d'observation ne disposent pas d'un espace suffisant. Les lits d'hospitalisation ne sont pas suffisants, surtout pendant la saison des pluies. La structure manque d'une SAU et d'une salle d'attente, obligeant les patients en attente à occuper les couloirs des ambulatoires, où des bancs en bois ont été installés. Le personnel se plaint également de l'absence d'hébergement et de service de restauration au sein de l'établissement, soulignant le grand inconfort résultant de la nécessité de vivre en ville. Le CS souffre fréquemment d'interruptions dans la fourniture du courant électrique, cet inconvénient pourrait être atténué grâce à un groupe électrogène. En ce qui concerne la maternité, la salle d'accouchement est petite et ne dispose que de 3 lits. Il n'y a pas de salle d'attente. Aux 3 lits d'accouchement sont ajoutés 3 lits pour les expectantes, 4 lits pour la période d'observation qui suit l'accouchement et 3 pour les hospitalisations. Cette pénurie de matériel doit faire face à environ 140 accouchements par mois qui se déroulent au sein de la structure.

### **Services**

L'hôpital voisin est un établissement destiné aux patients de toute la région de Kaolack, mais également des régions voisines, pour la qualité et l'abondance des services offerts (le bloc opératoire est le seul dans la région) et il en découle donc un surplus de travail. Pour cette raison, le médecin Chef affirme que la transformation de l'actuel CS en une structure de type 2 aurait des retombées bénéfiques sur la qualité et l'accès aux soins. Doter la structure d'une SAU et d'une salle pour l'exécution des interventions chirurgicales mineures va sûrement diminuer les transferts à l'hôpital. En effet, offrir les mêmes services à un coût plus raisonnable pour la population permettrait d'éviter l'obligation de transfert aux hôpitaux des régions voisines en cas d'imprévu ou d'interruption du service. Le laboratoire offre la possibilité d'effectuer tous les examens biochimiques et physiques, la mesure de la charge virale, en revanche n'est pas disponible.

### **Matériel et médicaments**

Il existe une pénurie importante de matériaux tels que les masques de ventilation et d'aspiration, nécessaires à la gestion des urgences telles que la réanimation des nouveau-nés. La disponibilité des médicaments, en particulier des médicaments d'usage courant, tels que les analgésiques, est souvent insuffisante en raison des interruptions de l'offre tant au niveau du district que de la région. Il existe également des difficultés administratives et des problèmes financiers qui limitent les possibilités d'achat. De plus, l'accès aux médicaments est affecté par des problèmes administratifs liés à la grève : l'arrêt des activités de consultation et donc des prescriptions se reflète dans l'incapacité de fournir les médicaments.

### **Le personnel**

-----

Le CS souffre d'un manque de personnel technique et qualifié (infirmier, sage-femme et médecin spécialiste) et non qualifié, en particulier au niveau du service de vaccination. De plus, sur les 4 médecins (dont un dentiste) présents dans la structure, 2 sont rémunérés par le comité de santé, ainsi que 2 des 10 sages-femmes et 4 des 6 infirmières, ainsi que l'ensemble du personnel non spécialisé. L'insécurité et la discontinuité du salaire du personnel communautaire contribuent à accroître les difficultés de gestion inhérentes au personnel de la CS. En outre, le personnel non qualifié se plaint du manque de formation, en particulier de compétences informatiques, pour la gestion ordonnée et systématique des registres.

### **3.2.4 La formation**

L'analyse des entretiens a permis - comme décrit au chapitre 2 - de mettre en évidence et de résumer les besoins de formation exprimés par le personnel de santé travaillant dans les structures objets de la recherche. L'annexe 4.2 est représentée par un tableau dans lequel les domaines de formation sont décrits pour chaque catégorie professionnelle (le personnel des soins de santé qualifié et non qualifié; ainsi que le personnels non sanitaire).

### 3.2.5 Conclusion et recommandations régionales

Les réalités observées montrent certains problèmes transversaux dans la RM, d'autres spécifiques aux contextes ruraux ou urbains. Les maigres ressources financières disponibles pour la population constituent un obstacle à un accès rapide aux services. Dans les zones rurales, ce facteur est exacerbé par le manque de moyens de transport appropriés (charrette tirée par des bœufs) pour couvrir les longues distances qui séparent parfois les villages des structures ; dans les zones urbaines, en revanche, l'obstacle réside dans la difficulté de faire face aux dépenses en transport en commun: les taxis, pas toujours disponibles - surtout la nuit - sont très chers. Face à cette situation, les structures souffrent du manque d'un service adéquat pour le transport des malades, avec la nécessité d'augmenter le nombre d'ambulances et de les répartir géographiquement de manière adaptée aux besoins. Le personnel qualifié est fortement sous-représenté et intégré par du personnel non qualifié. L'absence de programmation dans le recrutement du personnel en fonction des besoins de la structure se reflète dans la disponibilité discontinue et le risque de devoir faire face à l'absence de professions spécifiques. Cela se produit dans les cas où les professionnels sont recrutés en vertu de contrats à durée déterminée par différentes entités (organisations non gouvernementales et philanthropiques, par exemple) et ne sont pas intégrés au système étatique. Par ailleurs, il apparaît que le manque de logements pour le personnel, sur le plan quantitatif et qualitatif, génère un fort malaise ou des dépenses importantes à engager (loyer dans la ville et frais de transport pour se rendre au travail tous les jours) ou pour la promiscuité des espaces. En ce qui concerne la disponibilité des médicaments, celle-ci est sujette à des interruptions d'approvisionnement au niveau du dépôt du district et au manque de moyens financiers des structures pour les acheter.

#### Recommandations

-----

#### Améliorer les structures en termes de:

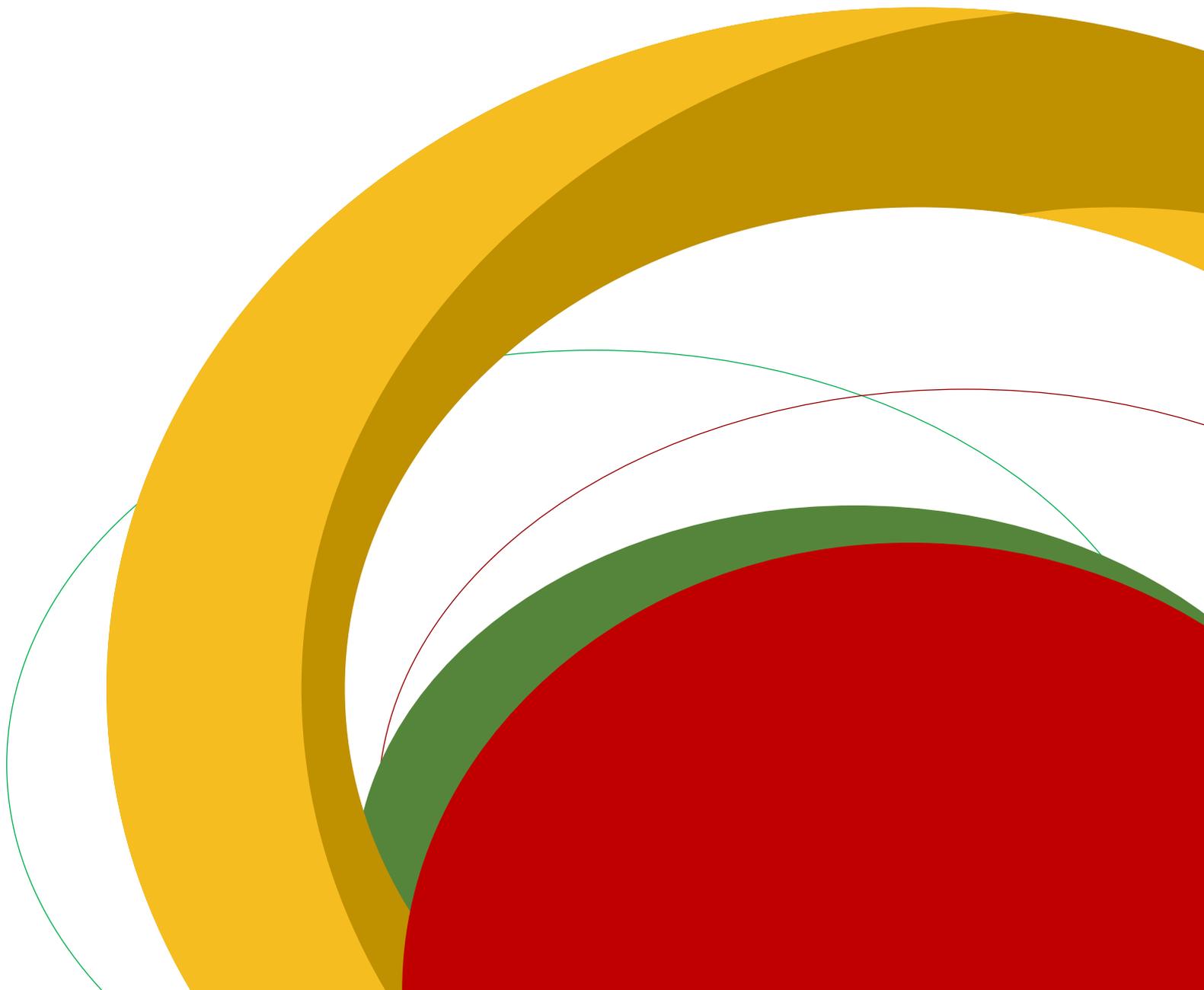
- 1 Construction ou mise à disposition du personnel de logements adéquats en nombre et en qualité;
- 2 Renforcement du parc véhicules pour le transport des patients et la planification et la coordination sur le territoire afin que le service soit accessible et disponible en fonction des besoins de la structure et de la population;

3

La réorganisation des méthodes de distribution de médicaments aux niveaux régional et du district et des structures, dans le but d'éviter l'inefficacité liée au manque de planification à moyen et long terme en termes de stockage, de commande et de financement;

4

Le renforcement du personnel qualifié inséré dans le système public des PS / CS. Il semble nécessaire d'augmenter les effectifs et d'assurer une formation ciblant à la fois le personnel qualifié et non qualifié, en planifiant les besoins de chaque structure de manière prospective;



### 3.3. La Région Médicale de SEDHIOU

En 2015, La population de la région de Sédhiou était de 483 768 habitants (3,4% du total national) avec une densité de 66 habitants par km<sup>2</sup>. [6] Le personnel de santé est en sous-effectif: 226 personnes travaillent dans la RM, soit 1,7% du personnel national. Parmi les 226 employés de la RM, on distingue:

- 9 médecins (4% du total de la Région), dont un seul gynécologue et aucun pédiatre;
- 28 sages-femmes étatiques (12,4% du total);
- 23 infirmières étatiques (10,2% du total). [6]

Le tableau 4 montre de manière détaillée le personnel de santé des trois structures visitées dans la région

**Tableau 4.**

	Population de référence	PERSONNEL MEDICAL	PERSONNEL INFERMIER	SAGE-FEMMES	PERSONNEL DE SANTE NON QUALIFIE
<i>Poste de Santé de Bambaly</i>	6.920	-	1	1	4
<i>Poste de Santé de Medina Wandifa</i>	15.493	-	4	3	4
<i>Centre de Santé de Bounkiling</i>	10.671	1	6	5	14

La RM est divisée en 3 DS (Bounkiling, Goudomp et Sédhiou) et ne compte qu'un seul hôpital (EPS 1), 3 CS, 50 PS et 49 Cases de Santé. [6]

### 3.3.1 Le Poste de Santé de Bambaly

#### Contexte

-----

#### Démographie et nombre d'accès

La population de référence du Poste de Santé est de 6 920 habitants répartis dans six villages, le plus éloigné se situe à 12 km de la structure. Sur le territoire de référence, seul un village possède une Case de Santé en état de fonctionnement (le village de Massaria, situé à 11 km du PS), tandis que les deux autres villages particulièrement reculés disposent d'un service DSD. Le faible niveau socio-économique, la difficulté d'accès aux structures sanitaires en raison du manque de ressources financières, les problèmes structurels des PS et les fréquents épisodes de non-disponibilité du personnel de santé pour répondre aux besoins des malades participent également à l'accès tardif aux soins (surtout pendant la grossesse), au pourcentage élevé d'accouchement à domicile et au manque d'adhésion aux consultations post-partum. En effet, selon les données fournies par les registres d'activité, le taux d'accouchements à domicile oscille entre 30 et 50%. Cependant, ces données sont sous-estimées en raison de l'impossibilité de disposer du nombre total exact des accouchements à domicile: les registres contiennent uniquement des données sur les accouchements à domicile des femmes qui accèdent à l'établissement dans les 48 heures pour recevoir les premiers soins postnataux.

#### Vaccinations

En ce qui concerne le service de vaccination, il n'y a aucune résistance à l'accès et à la compréhension de son importance par la population.

#### Les problèmes d'accès

-----

#### Transport

La difficulté de transport pour se rendre à la structure est importante, et la saison des pluies rend l'accès encore plus difficile pour ceux qui vivent dans des villages éloignés: en utilisant un véhicule tiré par des bœufs (généralement le seul disponible), cela prend deux heures. Il semble clair que lorsqu'une urgence se produit, l'arrivée dans les délais impartis au PS n'est pas possible. Les épisodes d'accouchement en cours de route sont fréquents, il est fréquent aussi que les gens choisissent de ne pas aller au Centre en cas de problèmes mineurs préférant une réponse de la médecine traditionnelle. Le PS ne dispose pas d'ambulance, mais seulement d'un véhicule, pas toujours en état de marche et qui n'est surtout pas conforme au transport des patients qui doivent maintenir une position couchée.

### **Problèmes économiques**

Le principal problème d'accès est certainement le manque de moyens financiers pour faire face aux coûts du transport, au ticket de soins (bien que bon marché), aux médicaments prescrits, et encore plus aux tests instrumentaux et de laboratoire. Pour donner un exemple qui quantifie le montant des dépenses pour une femme enceinte, on rappelle que le coût de chaque échographie, dans le district de référence, est de 4 000 CFA et que les échographies recommandées sont au nombre de 3. A ceci s'ajoute le coût des examens de laboratoire et du transport, étant donné que les districts de Sédhiou qui se situe à 18 km ou de Goudomp (de l'autre côté de la rivière), les centres de santé les plus proches ne sont accessibles que par le moyen d'un véhicule payant. Le Focus Group a confirmé que le manque de ressources était le principal facteur déterminant de l'accès.

### **Résistances culturelles**

Il existe également des raisons culturelles pour limiter l'accès précoce au traitement. La sage-femme du PS a en effet fait remarquer que les accouchements à domicile intéressaient également des femmes qui résident à une courte distance de la structure et vu que l'assistance à l'accouchement était gratuite, la décision d'accoucher à domicile est un signe de manque de confiance dans le service.

### **Les caractéristiques structurelles**

Le PS est constitué de deux bâtiments: l'un abrite la salle de consultation et la pharmacie, l'autre la maternité. Les problèmes structurels sont liés à la disponibilité d'une salle d'observation unique à la fois pour la maternité et la médecine générale (6 lits théoriquement destinés à l'observation post-partum) ce qui génère des problèmes d'hygiène sanitaire et de respect de la vie privée des patientes. A ceci s'ajoute les inconvénients liés à l'absence d'une salle d'attente. La grande cour abrite également des animaux domestiques qui contribuent à rendre les conditions sanitaires inadéquates pour un établissement de santé. En plus de ces problèmes structurels, le personnel signale de fréquentes interruptions dans l'approvisionnement en électricité, en particulier pendant la saison des pluies, et dans la disponibilité de l'eau, dont la source principale est le puits.

### **Sécurité**

L'absence de clôture qui limite l'accès à la structure et l'absence de gardien ne permettent pas de garantir la sécurité, surtout la nuit.

## **Services**

L'ICP pense que la population pourrait disposer d'un laboratoire effectuant des tests tels que la goutte épaisse et le crachat BAAR: la structure la plus proche pour effectuer de telles analyses est actuellement le district de Sédhiou, ce qui rend son utilisation parfois difficile.

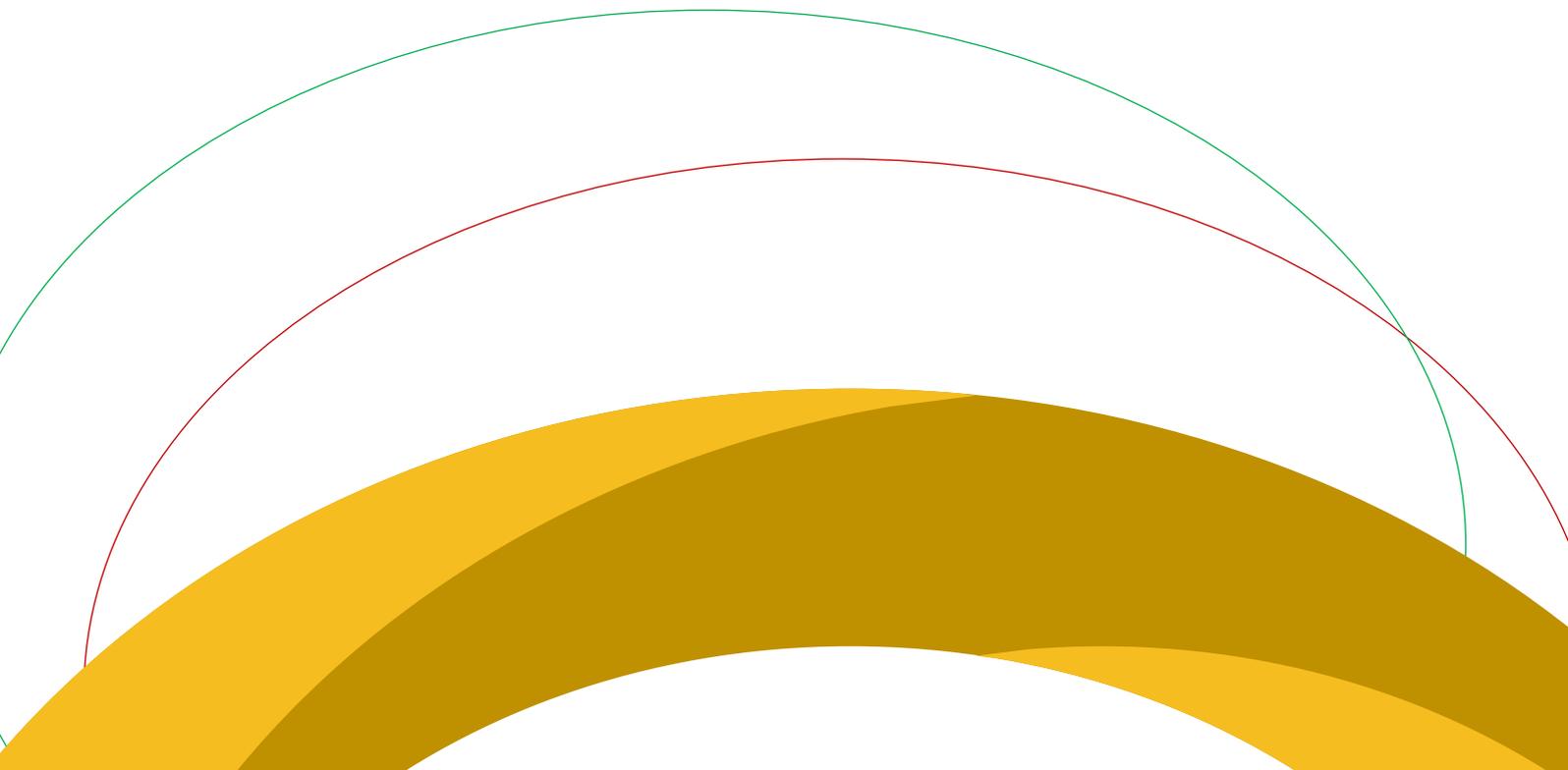
## **Matériel et médicaments**

Du point de vue de la disponibilité des moyens et du matériel, les médicaments font souvent défaut, en raison du manque de disponibilité au niveau du district qui ne reçoit pas l'approvisionnement depuis deux mois, mais aussi en raison des ressources financières insuffisantes pour acheter les médicaments nécessaires.

## **Le personnel**

-----

La structure souffre d'un manque de personnel qualifié. En fait, il n'y a qu'une infirmière qualifiée et seulement une sage-femme. En outre, le Focus group a permis de souligner le manque de personnel disponible pour répondre aux besoins de la population ayant accès à la structure. Les causes se trouvent à la fois dans la grève et dans le manque d'empathie de l'infirmière chef. À la même occasion, la tendance de la sage-femme à négliger les femmes qui accèdent à la structure directement au moment de l'accouchement sans avoir fait de visite pendant la grossesse a émergé. Ce comportement, même s'il provoque un fort inconfort pour la femme, constitue une tentative de la part de la SF de se protéger et de limiter la survenue de complications imprévues qui, compte tenu de la rareté des moyens à sa disposition, elle ne pourrait gérer.



### 3.3.2 Le Poste de Santé de Medina Wandifa

#### Contexte

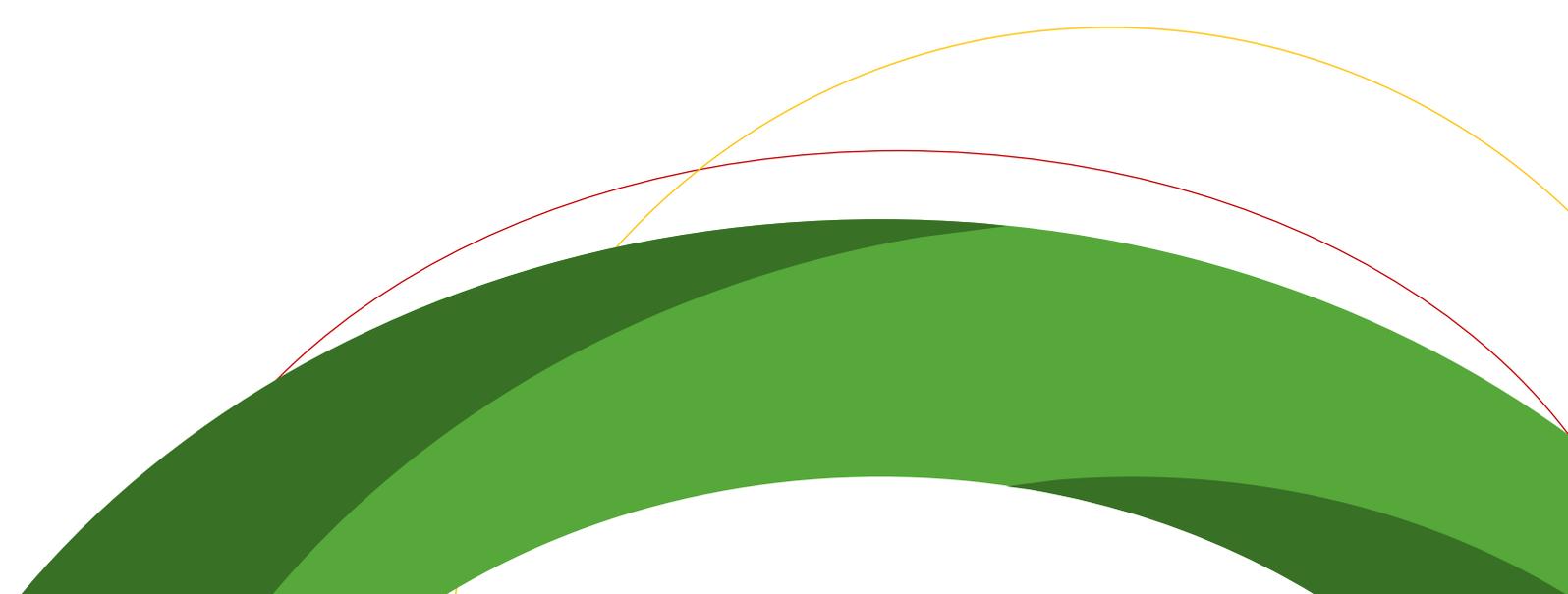
-----

##### Démographie et nombre d'accès

La population desservie par la structure est, au moins officiellement, 15 493 habitants. Le PS est une référence pour un très grand territoire, mais il n'y a qu'une seule Case de Santé en activité. En fait, la plupart des villages ne disposent pas d'un bâtiment dédié aux activités de santé, bien qu'il existe un service DSD. En raison des caractéristiques géographiques décrites dans le paragraphe Position géographique (voir ci-dessous), il s'agit d'une structure très accessible. Les usagers sont donc à la fois des résidents du territoire de compétence, et des gens en transit (étant une structure située sur un carrefour). Des patients en provenance des zones environnantes y accèdent également car ils préfèrent cette structure à la leur pour obtenir une réponse adéquate à leurs besoins. Le volume d'activité de la structure s'élève à 430 consultations générales et 200 consultations pédiatriques en moyenne par mois sur la période 2016 - 2018, avec une tendance à la croissance continue ; ces données mensuelles ont augmenté à près de 900 et plus de 350 respectivement, dans la période suivant le début de la grève, à laquelle le personnel du PS n'adhère pas. En ce qui concerne les accouchements, la moyenne mensuelle est de 35, augmentée à environ 45 à partir du mois d'avril, pour les mêmes raisons. La forte affluence et son augmentation continue sont une conséquence de la position géographique de la structure, de la qualité des services offerts, de la plus grande disponibilité de médicaments et de la susmentionnée non-adhésion du personnel à la grève nationale.

##### Position géographique

La ville de Medina Wandifa est située à l'intersection des routes reliant les grands centres urbains du sud du pays : Sénoba (limitrophe de la Gambie), Ziguinchor, Sédhiou et Kolda. L'hôpital le plus proche est celui de Sédhiou régional, situé à 42 km (environ 90 minutes de route).



## Les problèmes d'accès

-----

### Transport

La population qui habite les villages les plus éloignés et qui, en l'absence de transport en commun approprié, utilise des charrettes tirées par des vaches ou des véhicules à deux roues motorisés ("Jackarta") présente une difficulté d'accès à la structure, qui se reflète dans la difficulté d'utiliser les services rapidement et immédiatement. Un exemple de cette situation est représenté par l'accès tardif aux consultations prénatales et postnatales et par le pourcentage élevé d'accouchements à domicile: ces derniers représentent en moyenne 15% du nombre total des naissances enregistrées à l'établissement. Malgré le volume d'activité important, la poste ne dispose pas d'un véhicule pour transporter les malades. En cas d'urgence, on ne compte que sur la disponibilité de deux ambulances dans le district de Bounkiling. L'absence d'une ambulance appartenant au PS a été soulignée comme l'un des principaux problèmes par toutes les personnes interrogées.

### Les caractéristiques structurelles

Le PS se compose de deux bâtiments: le bâtiment principal, ancien et en mauvais état, a subi des modifications structurelles au fil du temps (refonte du toit et découpage du logement de l'une des sages-femmes et de la salle de consultation), et la maternité. Cette dernière pose un problème imputable à la taille insuffisante de la salle de consultation et de la salle d'accouchement. La taille de la salle d'accouchement et la présence de seulement deux lits de naissance contrastent avec le nombre élevé d'accouchement mensuel - plus de 40 en moyenne - qui se déroulent dans la structure et empêchent ainsi de garantir le respect de l'intimité des femmes. Même les locaux du personnel sont insuffisants en termes de qualité et de nombre: l'infirmière chef et deux sages-femmes ont un logement indépendant, une des infirmières vit dans la salle des gardes et une autre est obligée de loger en ville.

### Sécurité

L'absence d'un gardien de nuit pose des problèmes de sécurité.

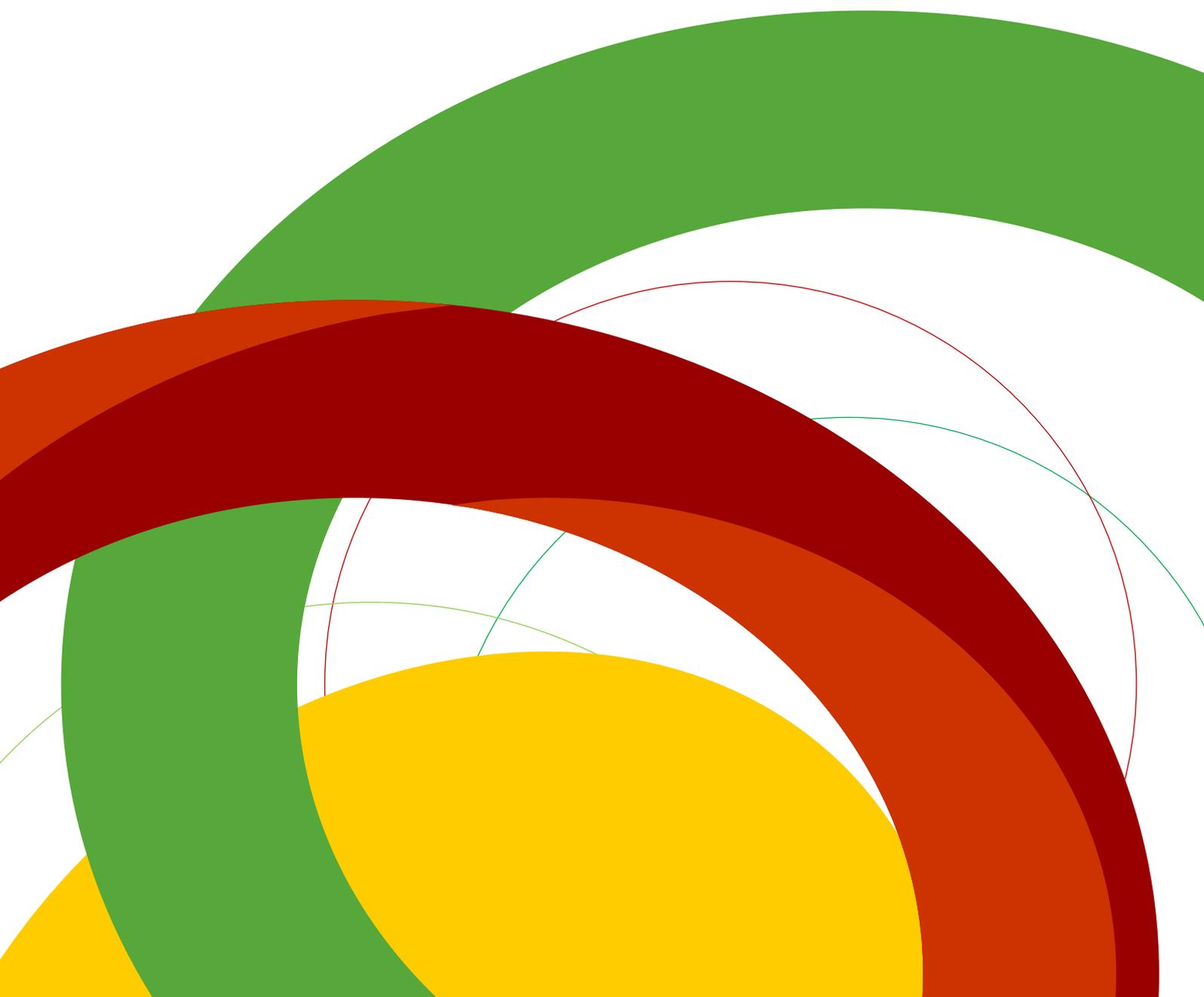
### Matériel et médicaments

Du point de vue de la disponibilité du matériel, la structure dispose des médicaments avec une plus grande continuité par rapport aux structures voisines. En fait, malgré la disponibilité rare et discontinue des médicaments au niveau de la pharmacie du district qui conditionne l'approvisionnement dans les structures afférentes, ce PS a mis en place des mécanismes qui permettent d'éliminer partiellement l'inefficacité du système.

## **Le personnel**

---

Le personnel du PS est composé de 4 infirmières qualifiées - dont 3 communautaires- 3 sages-femmes - dont 1 communautaire - et 4 unités de personnel communautaire non qualifiés. Il semble clair que le Comité de santé a jugé essentiel de faire face à l'énorme activité de la structure en recrutant du personnel qualifié auxquels il est capable de garantir un remboursement, du moment qu'un nombre de consultation élevé se traduit en des revenus constants. Malgré cela, le personnel actuel est contraint à une surcharge de travail considérable. Un autre problème signalé est le fait que la rotation fréquente et inévitable du personnel communautaire pénalise l'efficacité de la formation, la rendant fragmentée et désagréable.



### 3.3.2 Le Centre de Santé de Bounkiling

#### Contexte

-----

#### Démographie et nombre d'accès

La population desservie par le CS est de 10 671 habitants et se caractérise par un faible niveau socio-économique et d'instruction. Le faible niveau socio-économique et d'instruction, qui est plus accentué que dans les territoires voisins, permet d'interpréter la difficulté et les retards d'accès aux services de santé, la confiance placée dans la médecine traditionnelle et la forte prévalence de la malnutrition chez les enfants, fréquemment dans une phase sévère et compliquée. L'un des principaux problèmes est l'accès tardif aux services pendant la grossesse et la persistance d'un pourcentage élevé d'accouchements à domicile, qui est d'environ 10% selon les registres d'activité, bien que la tendance soit en diminution grâce aux interventions de sensibilisation des agents communautaires (BG). Le personnel interrogé a également souligné de manière particulière le taux élevé de patients séropositifs, en dépit des données nationales les plus récentes indiquant un taux conforme à la moyenne nationale (0,5%) et inférieur à celui des régions voisines de Kolda et Ziguinchor. (1,5%) [3]. Les causes se trouvent dans la position transfrontalière du territoire de référence, dans la sexualité précoce et dans les coutumes culturelles.

#### Position géographique

Le centre de traitement est situé loin de l'hôpital régional de Sédhiou (55 km) et à environ 100 km de ceux de Kolda et de Ziguinchor, où il est nécessaire de transférer les traumatismes majeurs et les urgences pédiatriques en raison de l'absence de services de diagnostic et de prise en charge au même niveau de l'hôpital Sédhiou.

Comme décrit au chapitre 2.3.2 dédié au Poste de Santé de Medina Wandifa, le territoire du district est situé à l'intersection des grandes routes qui relient les centres urbains du sud du pays. Pour cette raison, les patients traumatisés des nombreux accidents de la route qui se déroulent sur la route nationale font référence au CS, la structure étant la seule du district à disposer d'un médecin capable de faire une première évaluation de la gravité. Dans ce contexte, les difficultés à garantir une gestion adéquate et les lacunes considérables dans la gestion des activités de base sont clairement exacerbées. En effet, les urgences polarisent les maigres ressources de la structure : le personnel dédié aux consultations, le service de transport des malades et les lits d'hospitalisation. Malgré cela, les patients ne reçoivent souvent pas de réponse résolutive et après les premiers soins ils exigent le transfert vers l'Hôpital régional ou plus souvent vers les structures hospitalières des régions limitrophes (Ziguinchor o Kolda).

## **Médecine traditionnelle**

Une part importante de la population choisit de s'adresser principalement à la médecine traditionnelle. Les causes de ceci se trouvent dans les problèmes d'accès à la structure lors de la manifestation d'un problème de santé, ce fait représente un obstacle important à l'efficacité de la prise en charge.

## **Les problèmes d'accès**

-----

### **Transport**

Le manque de moyens de transport en commun oblige les habitants à l'utilisation de charrettes tirées par des bœufs et se traduit par une difficulté d'accès pour la population vivant dans les villages les plus reculés. Le CS ne dispose que de deux ambulances pour le transport des patients de tout le DS, et qui sont souvent occupées par le transport des urgences à la suite des nombreux accidents de la route, de sorte qu'ils ne sont presque jamais disponibles au cas où un PS en aurait besoin. Cette situation est considérée comme un facteur décisif à surmonter pour améliorer le niveau d'assistance.

### **Problèmes économiques**

Les entretiens ont révélé qu'entre 5 et 8 patients sur 10 n'avaient pas assez d'argent pour payer: le ticket de soins, le carburant pour leur transport en cas d'utilisation de l'ambulance, et surtout les médicaments et les hospitalisations.

### **Résistances culturelles**

La résistance culturelle contribue à l'accès tardif aux services d'assistance. L'accès aux consultations prénatales uniquement au cours du deuxième trimestre, qui découle de la pratique consistant à dissimuler la grossesse à un stade précoce, en est un excellent exemple. Un autre exemple est la difficulté à se fier à la structure dans le cas de manifestations symptomatiques neurologiques survenant au cours d'un paludisme neurologique.

### **Les caractéristiques structurelles**

La structure abritait à l'origine un poste de santé et a été transformée en centre en 2015, lors de la création du district de Bounkiling. Pour cette raison, l'ancien bâtiment a été agrandi par l'ajout de deux nouveaux édifices, tout en conservant une structure et des dimensions qui le rendent plus semblable à un Poste de Santé qu'à un centre. En effet, l'espace est insuffisant pour répondre aux exigences des directives nationales et internationales relatives à la création d'un centre de santé. En particulier, il n'a pas de SAU. La promesse d'une coopération française de contribuer à la construction d'une nouvelle structure ne s'est toujours pas concrétisée et les travaux n'ont pas encore commencé. Certains bâtiments

sont en bon état, d'autres (la clinique pour patients tuberculeux, le dépôt de stockage des médicaments et la maternité) sont vétustes et en mauvais état. Il y a 18 lits pour les hospitalisations, auxquels s'ajoutent 9 pour la maternité. Ce nombre est insuffisant en cas d'accident majeur de la route (les patients traumatisés sont hospitalisés ou stabilisés en attendant leur transfert) ou pendant la saison des pluies en raison de la forte prévalence des cas de paludisme. Parmi les bâtiments de la structure, la maternité pose de gros problèmes : elle est petite et usée et nécessite une restructuration (en partie en cours) et une expansion. La salle d'accouchement, chaude et peu confortable, dispose de 2 lits d'accouchement, insuffisants pour faire face à environ 40 accouchements par mois durant la période précédant la grève. De plus, les salles de bain sont extérieures et dans des conditions inacceptables.

### **Services**

Une seule sage-femme est formée à la réalisation d'ultrasons pendant la grossesse. Pour cette raison, son absence interrompt les services dans tout le district. En plus, personne dans le district n'est formé pour effectuer des échographies abdominales : la disponibilité de l'examen au CS, étant donné la présence d'un échographe, permettrait d'éviter l'inconvénient de devoir envoyer des patients à l'hôpital de Sédhiou, ce qui entraîne fréquemment une renonciation aux soins par manque de moyens.

### **Matériel et médicaments**

En ce qui concerne la disponibilité des équipements et du matériel, il existe généralement une pénurie importante du: i) matériel de traitement - en particulier celui nécessaire à la réanimation des nouveau-nés - ; ii) Matériel de support dans les salles utilisées pour les consultations (par exemple, les tables). A cette pénurie s'ajoute l'utilisation par le laboratoire d'équipements anciens qu'il faudrait remplacer et l'absence de défibrillateur. Par ailleurs, les pénuries de médicaments sont fréquentes du fait de l'inconstance au niveau de la pharmacie du district à cause des interruptions au niveau du dépôt national de Dakar, mais surtout à l'insuffisance des moyens financiers pour acheter les médicaments nécessaires et de l'insuffisance de la pharmacie (qui a été maintenue avec la même taille et les mêmes fonctionnalités d'une pharmacie d'un Poste de Santé).

### **Le personnel**

-----

Le personnel de la structure est représenté par un seul médecin, 2 sages-femmes rémunérées par l'État, 5 infirmières dont une communautaire et 9 autres travailleurs communautaires non qualifiés (techniciens de laboratoire, chefs de pharmacie, technicienne en ophtalmologie). C'est insuffisant du point de vue qualitatif et quantitatif. En fait, il y a une pénurie de personnel qualifié, en particulier d'infirmières, de personnes formées aux urgences sanitaires et de médecins : le chef de district est le

seul médecin de toute la DS. Cette situation est encore aggravée par la pénurie extrême de médecins dans la région de Sédhiou. En ce qui concerne le personnel communautaire, le Comité de santé a beaucoup de difficulté à garantir le salaire.

### 3.3.4 La formation

L'analyse des entretiens a permis - comme décrit au chapitre 2 - de mettre en évidence et de résumer les besoins de formation exprimés par le personnel de santé travaillant dans les structures objets de la recherche. L'annexe 4.3 est représentée par un tableau dans lequel les domaines de formation sont décrits pour chaque catégorie professionnelle (le personnel des soins de santé qualifié et non qualifié ; ainsi que le personnels non sanitaire).

Il a été proposé de penser à organiser des cours et d'offrir un soutien pour des activités génératrices de revenus pour les femmes locales.

### 3.3.5 Conclusion et recommandations régionales

La pauvreté de la population et le faible niveau socio-économique, les grandes distances entre les structures de santé et les villages et le manque de moyens de transport commun adéquats pour se déplacer et de moyens financiers disponibles pour pouvoir payer le coût du transport et des soins, a participé à la détermination de l'accès tardif aux services de santé (notamment pendant la grossesse), à la lourdeur des problèmes de santé moins invalidants dans d'autres régions (malnutrition et VIH en premier) et à la persistance d'un taux élevé de recours aux traitements traditionnels.

En particulier, les caractéristiques géographiques et logistiques nécessitent d'équiper les structures avec des véhicules adaptés du point de vue quantitatif, et qualitatif et de répartir ses véhicules sur le territoire régional. Comme cela a été souligné à maintes reprises dans la description des différents services PS / CS, une lacune importante apparaît à cet égard. Les interruptions fréquentes de l'approvisionnement aux niveaux régional et des districts et le manque de ressources financières limitent considérablement la disponibilité des médicaments sur tout le territoire. L'exemple vertueux du PS de Medina Wandifa montre à quel point l'efficacité du personnel peut apporter d'importantes améliorations. Cependant, la nécessité de résoudre un problème systémique (interruption de l'approvisionnement en médicaments des pharmacies nationales et en conséquence des dépôts régionaux et de district) ne peut pas être supplantée par les bonnes pratiques individuelles. Ces observations mettent en exergue le lien existant entre les déterminants sociaux (niveau socio-économique, sources de revenu, scolarité, etc.) et la qualité des services (disponibilité des services, infrastructures et personnel qualifié, accès physique et

économique aux soins) conditionnant l'état de santé de la population. En conséquence, les recommandations rendent les sphères sociale et sanitaire inséparables.

## Recommandations

-----

### Améliorer les structures en termes de:

- 1 Renforcement du personnel étatiques dans les PS, avec la double nécessité d'élargir l'organigramme et de garantir une formation qui implique chaque élément, avec une attention particulière aux services spécialisés tels que l'écographie;
- 2 Renforcement du personnel médical spécialisé dans les CS et dans les hôpitaux afin de contrer l'importante carence de personnel, en particulier dans le domaine de la gynécologie, la pédiatrie et la réanimation;
- 3 Structurer de manière adéquate les services de transport, diagnostic et prise en charge des urgences traumatologiques autour du carrefour et de la route transgambienne, vu le nombre élevé d'accidents qui surchargent un système déjà en difficulté et incapable de garantir une réponse adéquate qualitativement et quantitativement;
- 4 Revoir les modalités de stockage, d'approvisionnement et de distribution des médicaments de manière à limiter les fréquentes interruptions et faciliter l'accès à la population.

### Améliorations dans le champs économique et social:

- 1 Soutien aux activités génératrices de revenus pour renforcer l'indépendance économique et le pouvoir décisionnel des femmes et par conséquent également la possibilité d'accéder à la santé; dans ce sens, une partie des revenus pourrait être dédiée à la constitution d'une assurance sanitaire communautaire à laquelle les femmes pourraient avoir recours en cas de besoin;
- 2 Renforcement des services sociaux, en augmentant leurs moyens financiers et leur pénétration territoriale.

## 4. Conclusion et recommandations générales

### 4.1. Organisation du système de santé et interdépendance des besoins sanitaires et sociaux

La répartition inégale des structures sur le territoire intra et extrarégional et leur dotation en services, matériel et personnel, souffrent d'une disponibilité fragmentée des financements qui ne prend pas en compte les besoins et les exigences locaux spécifiques. La qualité des services, leur facilité d'utilisation par la population et l'efficacité de la réponse aux besoins de santé pourraient tirer parti d'une centralisation à la fois de la planification des activités et de la gestion du financement. Les besoins purement médicaux se mêlent aux besoins sociaux influencés par le contexte de vie et, avec des incidences variables, aident à définir l'état de santé de la population. En conséquence, l'attention portée à la qualité, à l'accessibilité et à la disponibilité des services de santé fournis ne peut être dissociée de l'attention portée aux caractéristiques du contexte qui influent sur l'accès : niveau d'instruction, moyens de payer les soins, éloignement des structures, habitudes et convictions, signification culturelle des concepts de santé et de maladie.

#### Recommandations spécifiques

-----

1

La programmation centralisée des activités, des services, de la gestion et de la répartition des fonds, en tenant compte des exigences particulières des territoires et des besoins spécifiques;

2

L'investissement dans des activités de promotion de la santé et de prévention telles que la vaccination et la planification familiale. L'action devrait viser à la fois l'organisation et la fourniture du service, ainsi que l'évaluation des résultats et de l'efficacité aux niveaux local, du district, régional et national.

## 4.2. Le personnel

Comme expliqué dans le chapitre introductif, le système de santé sénégalais s'est engagé à fournir un minimum de personnel qualifié à toutes les structures présentes sur le territoire national (PS et CS), même si, dans certains cas, cela ne s'est pas effectivement réalisé. L'organigramme est intégré par le recrutement de personnel qualifié et non, ce qui est presque toujours insuffisant. Cette organisation, variable et dépendante des moyens dont disposent chaque structure (les comités de santé), a présenté des problèmes structurels transversaux à toutes les régions. Nous proposons ci-dessous des implémentations souhaitables séparément pour les trois catégories de personnel:

- personnel qualifié;
- personnel communautaire;
- personnel menant des activités de promotion de la santé et de sensibilisation dans la communauté.

En ce qui concerne le personnel qualifié, compte tenu de la pénurie susmentionnée, il serait souhaitable d'augmenter le nombre minimal garanti par l'État, en planifiant au niveau régional les besoins des différentes structures et en pondérant l'allocation en fonction du nombre d'habitants. Cela éviterait le surplus de travail effectué par certains travailleurs et permettrait d'atteindre une organisation qui permettrait de profiter des vacances, des jours de repos et de maladie sans causer d'interruption des activités. Par l'intermédiaires de ses recrutements étatiques, la part du budget du Comité de Santé affectée aux salaires serait réduite, ce qui lui permettrait d'augmenter celle disponible pour rémunérer le personnel non qualifié. En outre, nous estimons que le personnel devrait bénéficier d'un soutien logistique et structurel, tel qu'un logement adéquat dans l'établissement.

En ce qui concerne le personnel communautaire (qualifié ou non), la stabilisation de la rémunération est un facteur essentiel pour surmonter la condition d'insécurité et d'incertitude sur l'avenir qui est le résultat évident d'un système public dans lequel une grande partie du personnel est salariée en fonction du nombre et de la taille du volume d'activité de la structure. L'instabilité des conditions de travail est pour cette raison due à un roulement rapide qui affecte également l'efficacité à long terme d'un programme de formation qui leur est destiné.

Le personnel non qualifié possède des compétences non homogènes et un niveau de formation variable qui influe sur la qualité des services fournis. Il est proposé de les inclure dans un plan de formation centralisé allant au-delà d'une organisation locale et fragmentée. L'importance d'inclure dans le plan de formation des thématiques administratives et de gestion ainsi que des thèmes liés à la santé a également été soulignée.

Le rôle du personnel qui exerce des activités de promotion de la santé et de sensibilisation de la communauté, bien qu'il soit d'une importance primordiale, n'est pas officiellement reconnu dans le système. Il est souhaitable de revoir la situation actuelle en reconnaissant cette position. Ceci devrait être réalisé par l'insertion formelle dans le système socio-sanitaire, la certification des activités de formation, la garantie d'un salaire mensuel ou d'un remboursement et l'attention portée aux droits des agents publics, en particulier mutuelle de santé. De plus, comme cela est apparu dans les activités de FG, il est important de favoriser l'agrégation des BG au sein d'associations.

Pour conclure, on rappelle que l'empathie et l'approche que le personnel exprime envers le patient au moment de l'accès conditionnent la qualité du service fourni et la confiance que le destinataire du service accorde au système.

### 4.3. La formation

Il existe actuellement des programmes de formation au niveau des districts, des régions et du pays, largement soutenus par la contribution de divers partenaires et liés à des projets spécifiques. Par conséquent, il existe souvent une offre de formation non homogène dans les différentes RM et dans les différents DS, non motivée par des raisons épidémiologiques, mais uniquement par des opportunités économiques et logistiques. L'offre dans le temps est variable et inconstante. En plus, cette formation ne concerne généralement qu'une ou deux personnes pour chaque structure ou unité fonctionnelle (qui doit ensuite transmettre aux collègues ce qui a été acquis) et ne s'adresse dans la grande majorité des cas qu'à du personnel qualifié. En réfléchissant à une proposition de formation, il serait donc important d'investir dans l'implication de tout le personnel qualifié, et pas seulement du responsable de l'unité ou de la structure, en fournissant un horaire ne provoquant pas d'interruption du service (par exemple des cours en dehors des heures de bureau ou plus structurés en plusieurs sessions). Les entretiens menés ont fait apparaître la nécessité, pour le personnel qualifié, de faire des révisions et des mises à jour continus, notamment sur les pathologies les plus fréquentes et les plus courantes ; à ceci devrait être associé des thèmes de formation spécifiques, certains communs au niveau national (expliquées ci-dessous parmi les recommandations) et d'autres dépendant des particularités du territoire et des caractéristiques épidémiologiques de la population de référence, comme cela est déjà apparu dans la description des réalités locales individuelles (Chapitres 3.1.4, 3.2.4 et 3.3.4).

Il est également essentiel d'impliquer le personnel communautaire non qualifié dans la formation qui, comme expliqué en détail au point 4.2, joue un rôle crucial dans le fonctionnement du système. Il est clair, comme cela a déjà été dit, qu'il est également nécessaire de le stabiliser - même au moyen d'une rémunération adéquate - afin de réduire son roulement et d'éviter de rendre inutile la formation.

En ce qui concerne la formation du personnel qualifié et non qualifié, de nombreux sujets seront communs et superposables (par exemple, ceux qui concernent la prise en charge des enfants mal nourris, l'assistance aux accouchements et les maladies chroniques), mais la nécessité d'avoir deux plans de formation parallèles est claire. Il serait utile de construire des synergies tout en maintenant les deux parcours bien différenciés : le personnel non qualifié doit avoir la capacité de fournir des services de dépistage, de prévention et de soutien, à la fois paramédicaux et administratifs et logistiques, laissant au personnel qualifié la responsabilité la plus complexe des pathologies, en vue de travailler en synergie et sans chevauchement des rôles.

### Recommandations spécifiques

-----

#### Personnel de santé qualifié

- 1 Cours visant à encourager une gestion intégrée et à long terme des maladies chroniques pour adultes (en raison de la prévalence élevée de maladies telles que le HTA et le diabète sur le territoire national) et des problèmes socio-sanitaires de l'enfant (malnutrition en premier lieu);
- 2 Cours sur la gestion des urgences (notamment obstétriques, traumatologiques et pédiatriques) spécifiques aux différents niveaux d'assistance (PS ou CS);
- 3 Enquêter sur le contrôle épidémiologique et la surveillance de la santé (y compris, mais sans s'y limiter, les maladies infectieuses) et sur l'importance d'un système de surveillance et d'une compilation correcte des registres.

#### Personnel de santé non qualifié

- 1 Importance de la participation à la formation, compte tenu des suggestions décrites au paragraphe 4.3.

---

### **Autre personnel**

- 1** Former le personnel administratif, en particulier le personnel du Comité de santé et le personnel des PS et des CS, qui gèrent l'argent ou planifient les investissements (par exemple au niveau de la pharmacie), pour une évaluation correcte des besoins et de la planification, en vue d'une gestion plus efficace et plus prospective des fonds de la structure;
- 2** Former le personnel administratif et non qualifié à l'établissement des registres d'activité et à l'informatisation, de manière à réduire la charge de travail du personnel qualifié sans nuire à la qualité de la collecte des données;
- 3** Former le personnel auxiliaire à l'assainissement correct et adéquat des environnements et à l'hygiène hospitalière, afin de réduire les risques d'infections nosocomiales.

---

### **La population générale**

La nécessité de former et de soutenir la population en général, en particulier une catégorie vulnérable telle que les femmes, a été mise en exergue. Pour ce faire, le soutien du personnel de la communauté (BG) et des investissements spécifiques seront nécessaires. Trois actions principales sont proposées:

- 1** Éducation aux pratiques quotidiennes (telles que la cuisine et l'hygiène) à des fins préventives;
- 2** Des cours qui supportent la planification des dépenses de la famille, afin de permettre aux femmes, par exemple, de supporter des dépenses importantes mais prévisibles, telles que celles auxquelles elles sont confrontées pendant leur grossesse;
- 3** Création et soutien d'activités génératrices de revenus pour les femmes.

## 4.4. Médicaments

Comme indiqué dans le chapitre introductif, l'approvisionnement en médicaments des différentes structures de santé suit un modèle hiérarchique: de la pharmacie centrale nationale aux dépôts régionaux, puis aux dépôts de district et enfin aux structures individuelles. Cependant, toutes les entités examinées ont souligné la présence d'interruptions fréquentes de l'approvisionnement en médicaments en raison de retards principalement au niveau du dépôt de district qui reflètent les inefficacités du système. Une solution à ce problème peut être obtenue par une réorganisation des mécanismes de stockage et de transport, une planification des besoins des structures par le biais de la formation du personnel et une prise en compte de l'obstacle financier qui empêche les structures d'acheter les médicaments en quantité adaptée aux besoins de la population.

## 4.5. Transport

L'accès aux soins est largement entravé par des obstacles logistiques qui dépendent, selon le contexte, d'une mauvaise répartition des services, d'un plan d'urbanisme inefficace, d'obstacles géographiques et du manque de moyens de transport, à la fois sanitaires (ambulances) et civils (public ou privé). Il est crucial et prioritaire de s'attaquer à ces obstacles et de les réduire, mais l'analyse est inévitablement particulière à chaque territoire, pour lesquelles il est fait référence aux chapitres 3.1, 3.2 et 3.3 du rapport.

## 5. Bibliographie

- 1 Human Development Report 2016 – « Human Development for Everyone », United Nations Development Programme, 2016.
- 2 Population growth rate 2017, CIA World Factbook, Dicembre 2018
- 3 Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS) 2017, Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, Settembre 2018
- 4 Global Health Observatory, Organisation mondiale de la Santé, 2014  
(<https://www.who.int/countries/sen/en/>)
- 5 Observatoire mondiale de la santé, Organisation mondiale de la Santé, 2018  
(<http://apps.who.int/gho/data/node.cco.latest?lang=en>)
- 6 Situation économique et sociale du Sénégal en 2015, Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, Gennaio 2018.  
([http://www.ansd.sn/ressources/ses/SES-2015\\_def-fev2018.pdf](http://www.ansd.sn/ressources/ses/SES-2015_def-fev2018.pdf))

## 6. Remerciements

Nous remercions tout d'abord Mme Diop, Mme Ndiaye, M. Ba, M. Thiam, M. Aw, pour leur soutien et leur disponibilité. Nous remercions également tous les chauffeurs et collaborateurs PADESS.

Un merci tout particulier au personnel des centres et des Postes de Santé pour leur collaboration et leur disponibilité.



# 7. Annexes

## 7.1. Annexe 1. Questionnaire structuré

### Enquête dans les centres et postes de santé du PADESS

Nom de l'intervieweur \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

#### IDENTIFICATION DES INSTALLATIONS ET DES INFRASTRUCTURES

Typologie de l'unité :

- Poste de santé
- Centre de santé
- Hôpital rural
- Autre (spécifier) : .....

Région
Nom de l'établissement de santé
Propriété (publique, privée, lucratif/non lucratif ...)
Nom et qualification de l'agent de santé interrogé
Commentaires

#### Informations générales

N.	Objet	Réponse
1	population desservie par le centre de santé	N° .....
2	Nombre de patients consultés au cours du mois précédent	N° .....
3	Nombre d'enfants de moins de 5 ans consultés le mois précédent	N° .....
4	Nombre de naissances assistées au mois précédent	N° .....
5	Nombre de patients hospitalisés admis au cours du mois précédent	N° .....

## Infrastructure

N.	Objet	Réponse	Commentaires
6	Est-ce que cette installation a de l'électricité?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
7	Quelle est la principale source d'électricité?	<input type="checkbox"/> Lignes électriques <input type="checkbox"/> Générateur <input type="checkbox"/> Solaire <input type="checkbox"/> Autre (spécifier) :	
8	L'électricité fonctionne-t-elle (au moment de cet enquête)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
9	Est-ce que cette installation a de l'eau?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
10	Quelle est la principale source d'eau?	<input type="checkbox"/> Eau courante <input type="checkbox"/> pompe manuelle <input type="checkbox"/> eau de source <input type="checkbox"/> Autre (spécifier) :	
11	Au cours du dernier mois, combien de jours sans eau?	N° .....	
12	Comment sont les conditions générales du bâtiment?	<input type="checkbox"/> Excellents <input type="checkbox"/> Bonnes <input type="checkbox"/> Acceptables <input type="checkbox"/> Mauvaises	
13	Y a-t-il au moins une salle d'accouchement? Si OUI, combien ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non N°.....	
14	Y a-t-il au moins un bloc pour une césarienne? Si OUI, combien ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non N°.....	
15	Combien de lits sont disponibles pour les patients dans cet établissement (total dans tous les départements)?	N° .....	
16	Combien de lits sur le total sont réservés exclusivement aux patients obstétricaux?	N° .....	
17	Combien de lits/canapés de livraison sont disponibles dans la salle d'accouchement?	N° .....	

TRANSPORT ET COMMUNICATION

Communications pour faciliter la orientation des patients

N.	Objet	Est-ce qu'au moins un est disponible et fonctionnel?		Si OUI, les personnes en service utilisent-elles pour référence 24/7?	
		Oui	Non	Oui	Non
1	Téléphone portable ou fixe (appartenant à l'installation)				
2	Téléphone portable (appartenant au personnel)				
3	Autres téléphones publics à proximité				
4	Radio				

N.	Objet	Réponse	Commentaires
5	Avez-vous un signal de téléphone cellulaire dans cette installation?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

ORIENTATION D'URGENCE

Quel type de patients transférez-vous habituellement à l'hôpital de district? (surtout les femmes enceintes)

<u>Description:</u>
---------------------

ACCÈS

N.	Objet	Réponse
6	L'établissement fournit-il des soins obstétriques 24 heures sur 24, 7 jours sur 7?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7	À quelle distance se trouve l'hôpital de référence le plus proche avec un bloc pour une césarienne?	..... km
8	Combien de temps faut-il pour se rendre à cet hôpital de référence avec un bloc pour une césarienne?	..... minutes

TRANSPORT

N.	Objet	Est-ce qu'au moins 1 est disponible?		
		Disponible et fonctionnel	Disponible mais pas fonctionnel	Indisponible
9	Ambulance à moteur du bureau de santé			
10	Ambulance à moteur du l'hôpital de district			
11	Autres ambulances à moteur			
12	Autre type de véhicule			
13	Autre (spécifier) :			

## DURÉE DU SÉJOUR

No.	Objet	Réponse
14	Combien d'heures les femmes restent-elles généralement dans l'établissement après un accouchement normal?	..... heures
15	Combien de jours gardez-vous habituellement un bébé prématuré sans complications?	..... jours
16	L'établissement effectue-t-il régulièrement des audits de décès maternels ou des examens de cas? <i>(Routine signifie: après chaque décès maternel, ou systématiquement, régulièrement, par exemple tous les mois ou tous les six mois.)</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Jamais eu un décès

## RESSOURCES HUMAINES

N.	Fonction / Service	Médecins	sages-femmes	Infirmières	Technicien de laboratoire	Spécialiste	.....	.....
1	Ce type de membre du personnel travaille-t-il actuellement dans cet établissement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
2	Combien travaillent actuellement dans cette installation? <i>(écrire le numéro)</i>							
3	Combien ont quitté cet établissement au cours des 12 derniers mois? <i>(écrire le numéro)</i>							
4	Combien ont été affichés dans cet établissement au cours des 12 derniers mois <i>(écrire le numéro)</i>							

## STÉRILISATION

Quels sont vos méthodes de stérilisation en ce moment?

N.	Objet	Au moins 1 est-il disponible et fonctionnel?	
		Oui	Non
1	Autoclave (avec manomètres de température et de pression)		
2	Stérilisateur à air chaud (four à sec)		
3	Stérilisateur à la vapeur		
4	Stérilisation d'instruments à vapeur / autocuiseur (électrique)		
5	Stérilisateur / autocuiseur (kérosène chauffé)		

6	Autre (spécifier) ;.....		
---	--------------------------	--	--

#### AUTRE CHOSES

No.	Objet	Available
7	Le centre de santé a-t-il une procédure de lavage des mains?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Décrire la procédure: .....
8	Le centre de santé dispose-t-il d'un incinérateur fonctionnel?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9	Où disposez-vous les placentas après les livraisons?	.....

#### LABORATOIRE

No.	Objet	Available
1	Est-ce que cette installation a un laboratoire?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2	Quel type de tests cliniques effectuez-vous en ce moment?	Lister: .....
3	Avez-vous un laboratoire de référence où effectuer les tests? Expliquer les procédures.	.....

#### CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES

Services fournis dans cette installation. Est-ce que cette installation fournis... ?

N.	Objet	Disponible	Indisponible	Note
1	Service ambulatoire			
2	Soins prénatals			
3	Soins postnatals			
4	Planning familial			
5	Immunisation/Vaccinations			
6	Surveillance de croissance			
7	Diagnostic et traitement des maladies sexuellement transmissibles			
8	TB traitement			
9	HIV/SIDA clinique et antirétroviral traitement			

10	Prévention de la transmission mère-enfant			
11	Physiothérapie			
12	Service d'urgence			
13	Activités hors d'atteinte			
14	Rayon X			
15	Ultrason			
16	Banque du sang			
17	Livraisons vaginales			
18	Salle d'opération			
19	Admission des patients hospitalisés			
20	Services spécialistes (spécifier les types) : .....	.....	.....	
21	Autres services: .....			

QUELLES SONT LES 5 PRINCIPALES MALADIES QUE VOUS AVEZ DANS LE SERVICE DE CONSULTATION EXTERNE DE CETTE INSTALLATION ?

Hommes	Femmes	Enfants moins de 5 ans
.....	....	....

QUELLES SONT LES 5 PRINCIPALES MALADIES QUE VOUS AVEZ DANS LE SERVICE HOSPITALIER DE CETTE INSTALLATION ?

Hommes	Femmes	Enfants moins de 5 ans
.....	....	....

MÉDICAMENTS ESSENTIELS, ÉQUIPEMENT ET PROVISIONS SECTION PHARMACIE

No.	Objet	Réponse	Commentaires
1	Est-ce que cette installation a une pharmacie/dispensaire?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
2	L'établissement dispose-t-il d'un approvisionnement régulier en médicaments?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
3	Quelle est la principale source de médicaments pour cet établissement de santé?  <i>(cercle une Réponse; s'il y a 2 sources d'égale importance, spécifiez dans "Commentaires")</i>	<input type="checkbox"/> Fournisseur du gouvernement <input type="checkbox"/> Pharmacie privée <input type="checkbox"/> NGO / Mission <input type="checkbox"/> autre (spécifier) : _____	

No.	Objet	Réponse	Commentaires
7	Quelle est the principale source de gants, seringues et autres fournitures médicales?  <i>(cercle une réponse; s'il y a 2 sources d'égale importance, spécifiez dans "Commentaires")</i>	<input type="checkbox"/> Fournisseur du gouvernement <input type="checkbox"/> Pharmacie privée <input type="checkbox"/> NGO / Mission <input type="checkbox"/> autre (spécifier) :	
8	Quelle est la cause la plus commune du retard dans la livraison des fournitures médicales ?  <i>(cercle une réponse)</i>	<input type="checkbox"/> transport inadéquat <input type="checkbox"/> difficultés administratives <input type="checkbox"/> problèmes financiers <input type="checkbox"/> carburant insuffisant <input type="checkbox"/> personnel insuffisant <input type="checkbox"/> fournitures médicales terminée au magasin central <input type="checkbox"/> autre (spécifier) :	
9	Est-ce que la pharmacie est accessible 24 heures, tout le jours?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
10	Est-ce que les médicaments qui nécessitent une réfrigération sont stocké dans un réfrigérateur fonctionnel ?  <i>(ocytocine et autres pour exemple)</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
11	Avez-vous terminée un stock médicaments importants au cours des les dernière 3 moises ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Commentaires: selon ta opinion, quelles sont actuellement les problèmes principaux dans cet établissement ?

--

Commentaires: selon ta opinion, quelles sont actuellement les besoins principaux dans cet établissement en terme d'équipement, de formation ou d'autres problèmes ?

--

Commentaires : Autres observations libres

--

## 7.2. Annexe 2. Entretien semi-structuré

### Evaluation qualitative

Nom de l'intervieweur \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Typologie de l'unité :

- Poste de santé
- Centre de santé
- Hôpital rural
- Autre (spécifier) : .....

Région
Nom de l'établissement de santé
Propriété (publique, privée, lucratif/non lucratif ...)
Nom et qualification de l'agent de santé interrogé
Commentaires

Questionnaire de réponse libre :

Selon vous, quels sont les principaux problèmes actuels pour fournir des services de santé de qualité dans votre centre de santé ? (infrastructures, accessibilité, protocoles cliniques et organisationnels, ressources humaines, équipements et consommables, organisation, législation, collaboration avec d'autres services et avec l'hôpital de référence, etc.)
Selon vous, quelles sont les priorités pour améliorer les services de santé de qualité dans votre hôpital ?
De quel cours de formation vous bénéficierez plus pour votre pratique clinique ? S'il vous plait justifier chaque sujet dans la liste
Quel sera l'impact de la formation sur votre pratique clinique ?
Quels programmes de formation devraient être prioritaires ?
Quelle longueur de cours devrait être offerte – combien de temps le personnel sera-t-il disponible ?
Quelle(s) méthode(s) de formation doit-on utiliser (en classe / site sur site, basé sur un projet) ?
Quels sont les protocoles cliniques que vous sentez le plus utile pour votre pratique clinique ? S'il vous plait justifier chaque protocole listé
Quels sont les protocoles organisationnels que vous sentez le plus utile pour votre pratique clinique ? S'il vous plait justifier chaque protocole listé

### 7.3. Annexe 3.1 Tableau récapitulatif de support pour les problèmes mis en évidence

	STRUCTURES (ETAT DU BATIMENT, ESPACES, SERVICES, VEHICULES)		PERSONNEL		MATERIEL		ACCESSIBILITE DE LA POPULATION (MOYENS FINANCIERE, DISTANCE/TRANSPORT, RESISTANCE)	
	PROBLEME GENERIQUE	RAISON	PROBLEME GENERIQUE	RAISON	PROBLEME GENERIQUE	RAISON	PROBLEME GENERIQUE	RAISON
<b>Nombre Poste/Centre de Santé</b>								
<b>personne interrogée</b>	Bâtiment	...	Manque/ Problèmes	...	Médicaments	...	Moyens financière	...
	Services	...			Matériel des soins	...	Position	...
	Véhicule	...	Formation	...	Matériel d'appui	...	Transport	-
	Sécurité	...					Résistance	-

### 7.3. Annexe 3.2 Tableau récapitulatif de support pour les besoins en formation et les caractéristiques du contexte

Région/structure	Profession	Besoins de formation		Caractéristiques du contexte
		bénéficiaire	domaines	
<b>NOMBRE REGION</b>				
Nombre Poste/Centre de Santé	personne interrogée	Personne bénéficiaire de la formation	...	...

## 7.4 Annexe 4.1. Formation Dakar

<i>Sujet de formation</i>	PERSONNEL SANITAIRE							PERSONNEL PAS SANITAIRE		
	<i>Personnel sanitaire qualifié</i>			<i>Personnel sanitaire pas qualifié</i>				<i>Personnel auxiliaire</i>	<i>Personnel qui exerce des activités dans la communauté</i>	
	<b>Tout le personnel</b>	<b>Infirmière chef</b>	<b>Sagefemme</b>	<b>Tout le personnel</b>	<b>Matrones</b>	<b>Vaccinateurs</b>	<b>Dépositaire de la pharmacie</b>	<b>Personnel de ménage</b>	<b>Badjenu Gox</b>	<b>Comité de santé</b>
Prise en charge des malades chroniques (HTA, diabète, etc.)	<b>X</b>			<b>X</b>						
Prise en charge intégrée des enfants malades et PECI-MA	<b>X</b>			<b>X</b>						
Prise en charge de l'infection du VIH/SIDA	<b>X</b>			<b>X</b>						
Vaccination	<b>X</b>			<b>X</b>					<b>X</b>	
Surveillance des maladies infectieuses (es. Dengue) et surveillance épidémiologique		<b>X</b>								
Malnutrition				<b>X</b>					<b>X</b>	
Tuberculose				<b>X</b>						
Courses sur les différentes formulations de médicaments							<b>X</b>			
Courses sur la gestion des stocks de médicaments							<b>X</b>			
Courses sur la gestion des registres							<b>X</b>			
Courses sur la gestion des ressources financières pour un meilleur plan des acquisitions de médicaments							<b>X</b>			
Détection des signes de danger pendant l'accouchement					<b>X</b>					
hygiène hospitalière								<b>X</b>		
Stérilisation et désinfection								<b>X</b>		

## 7.5 Annexe 4.2. Formation Kaolack

<i>Sujet de formation</i>	PERSONNEL SANITAIRE							PERSONNEL PAS SANITAIRE		
	<i>Personnel sanitaire qualifié</i>			<i>Personnel sanitaire pas qualifié</i>				<i>Personnel auxiliaire</i>	<i>Personnel qui exerce des activités dans la communauté</i>	
	Tout le personnel	Infirmière chef	Sagefemme	Tout le personnel	Matrones	Vaccinateurs	Dépositaire de la pharmacie	Personnel de ménage	Badjenu Gox	Comité de santé
Gestion des urgences	X			X						
Prise en charge de la diarrhée	X			X						
Dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles (ISTs)	X			X						
Pris en charge de la TB	X			X						
Pris en charge du paludisme	X			X						
Vaccinations	X			X						
Santé maternelle et infantile	X									
Prise en charge intégrée des enfants malades et PECI-MA	X									
Prise en charge de l'HTA		X								
Stérilité			X							
Infections maternelles			X							
Ecographie			X							
Screening de la malnutrition				X						
Maladies nosocomiales et contagieuses				X						
Stérilisation, décontamination, utilisation des matérielles				X						

Courses sur l'utilisation des supports informatiques				<b>X</b>						
Courses sur la compilation des registres d'activité				<b>X</b>						
Courses sur la comptabilité, pour une meilleure gestion des revenus des tickets				<b>X</b>						
Détection des signes de danger pendant l'accouchement					<b>X</b>					
Courses sur la gestion de la pharmacie							<b>X</b>			

## 7.6 Annexe 4.3. Formation Sédhiou

<i>sujet de formation</i>	PERSONNEL SANITAIRE								PERSONNEL PAS SANITAIRE		
	<i>Personnel sanitaire qualifié</i>				<i>Personnel sanitaire pas qualifié</i>				<i>Personnel auxiliaire</i>	<i>Personnel qui exerce des activités dans la communauté</i>	
	Tout le personnel	Médecin chef	Infirmière chef	Sagefemme	Tout le personnel	Matrones	Vaccinateurs	Dépositaire de la pharmacie	Personnel de ménage	Badjenu Gox	Comité de santé
Gestion des urgences	X				X						
Prise en charge intégrée des enfants malades et PECI-MA	X										
Médecine préventive et traitements à long terme (es. Planification Familial)	X										
Ecographie	X										
ECG		X	X								
Courses de santé publique		X									
Signes de danger pendant la grossesse				X							
Prise en charge du VIH et des infections sexuellement transmissibles (ISTs)				X							
Screening de la malnutrition					X						
Renforcements sur les pathologies le plus fréquentes (paludisme, TB, diabète, HTA, SIDA, etc)									X		

La **SANTÉ** est le **DÉVELOPPEMENT**

2019 @ Centro Salute Globale | [salute.globale@regione.toscana.it](mailto:salute.globale@regione.toscana.it) | [www.centrosaluteglobale.eu](http://www.centrosaluteglobale.eu)



Regione Toscana